

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS  
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Vitória Regina Quirino de Araújo

**“O QUE TRAZES, DE ONDE VENS, O QUE TE DOU?”**  
Fatores sócio-culturais e sua influência na relação  
entre fisioterapeutas e pacientes



Campina Grande  
2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA  
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS  
Vitória Regina Quirino de Araújo

**“O QUE TRAZES, DE ONDE VENS, O QUE TE DOU?”**  
**Fatores sócio-culturais e sua influência na relação**  
**entre fisioterapeutas e pacientes**

Campina Grande  
2009

Vitória Regina Quirino de Araújo

**“O QUE TRAZES, DE ONDE VENS, O QUE TE DOU?”  
Fatores sócio-culturais e sua influência na relação  
entre fisioterapeutas e pacientes**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais.

Orientador: Prof. Dr. Lemuel Dourado Guerra  
Sobrinho

Campina Grande  
2009

A663q Araujo, Vitoria Regina Quirino de  
O que trazes, de onde vens, o que te dou? fatores socio-  
culturais e sua influencia na relacao entre fisioterapeutas  
e pacientes / Vitoria Regina Quirino de Araujo. - Campina  
Grande, 2009.  
329 f.

Tese (Doutorado em Ciencias Sociais) - Universidade  
Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades.

1. Sociologia da Saude - Fisioterapia 2. Antropologia da  
Saude 3. Relacao 4. Fisioterapia 5. Tese - Ciencias Sociais  
I. Guerra, Lemuel Dourado. II. Universidade Federal de  
Campina Grande - Campina Grande (PB)

CDU 316:615.8(043)

Vitória Regina Quirino de Araújo

**“O QUE TRAZES, DE ONDE VENS, O QUE TE DOU?”**

**Fatores sócio-culturais e sua influência na relação  
entre fisioterapeutas e pacientes**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais.

Aprovada em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Lemuel Dourado Guerra Sobrinho – Orientador – UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ednalva Maciel Neves – UFPB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria do Carmo Eulálio – UEPB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Benedita Edina da Silva Lima Cabral – UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Glacy Gonzales Gorski – UFCG

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magnólia Gibson – Suplente – UFCG

A minha mãe Maria Pompéia (in memoriam)

Sua fé é sinônimo de grandeza.

A meu pai Antonio Quirino

Seu exemplo é de lisura.

## AGRADECIMENTOS

Aqueles que foram imprescindíveis para a pesquisa e construção da nossa tese.

Ao Professor Doutor Lemuel Guerra. Presença generosa, visão atenta, escuta sensível e palavras de incentivo.

Aos pacientes e fisioterapeutas entrevistados, que amavelmente compartilharam suas vivências no campo da saúde.

Às Professoras Doutoras Ednalva Maciel, Glacy Gorski, Benedita Edina, Maria do Carmo Eulálio, Magnólia Gibson, pela disponibilidade da contribuição à banca.

À amiga e Professora Doutora Joseana Fechine, pelos contatos certos, na hora certa.

Aos professores do Doutorado em Ciências Sociais, em especial ao Professor Doutor Roberto Veras, pela postura sempre compreensiva.

Aos colegas do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, pelo suporte dado para o investimento nessa jornada.

A Alessandro Marcelino, companheiro de viagens, pelo apoio de sempre.

À amiga Roseli Cortelletti pela parceria construída.

A Quirinus, irmão e suporte para as questões familiares.

À Mariana e Gabriel, filhos bem amados, pela compreensão e torcida.

À Marta Lúcia, pelo apoio familiar.

À Lua!

Infinitas graças ao Pai, a Mãe, aos Anjos Bons. Sempre!

[...] cada pessoa só é capaz de dizer “eu”  
se e porque pode, ao mesmo tempo, dizer “nós”.

(ELIAS, 1994, p. 57)

## RESUMO

Partindo do debate realizado no campo da Sociologia e Antropologia da Saúde e do conceito de "*habitus*", de Pierre Bourdieu, analisamos neste trabalho a *relação Fisioterapeuta e Paciente*, a partir de entrevistas realizadas com uma amostra de 80 integrantes dos dois conjuntos de atores da cidade de Campina Grande, Paraíba. Tendo em vista a complexidade inerente às práticas da saúde e aos indivíduos adoecidos, ou com disfunções residuais às doenças, profissionais do campo da saúde com formações diversificadas, integram a equipe no atendimento multi e interdisciplinar, nos níveis da assistência primária, secundária e terciária à saúde. A cada encontro entre profissionais e pacientes, a possibilidade da relação se faz presente. Nela cada um dos atores se posiciona lançando mão não apenas da sua competência profissional, mas também da habilidade relacional. Contudo, é corrente o entendimento de que há em curso, um conjunto de tensões e conflitos no campo da saúde resultando na chamada crise de harmonia clínica. Esta ocorre cotidianamente nos atendimentos dos serviços de saúde públicos e/ou privados, e é revelada pela crescente insatisfação, frustração e medo dos cidadãos-pacientes. Identifica-se, portanto, que a relação entre os fisioterapeutas e pacientes é uma relação entre indivíduos em suas posições sociais, sendo os comportamentos adotados orientados de acordo com os *habitus* e elas associados, sendo os principais elementos de diferenciação o capital econômico e o capital cultural. Tal relação, estruturalmente assimétrica, pode ser mais ou menos autoritária, mais ou menos participativa, porém apresenta uma característica marcante e naturalizada, de prescrição por parte dos profissionais da saúde e de obediência por parte dos pacientes. Com tal entendimento, nesse estudo, foram levantados dados sobre o "*habitus*" profissional do fisioterapeuta e o "*habitus*" familiar dos pacientes, a fim de identificar em que medida, estes influenciam as relações estabelecidas em processos fisioterapêuticos. A análise dos dados indica a força dos "*habitus*", na constituição do caráter dos encontros entre fisioterapeutas e pacientes, já que as disposições herdadas através das trajetórias dos sujeitos no espaço social, determinadas, sobretudo, pelo volume de capital econômico e cultural, influenciam as operações proxêmicas e as respostas a elementos da interação tais como a comunicação verbal e não-verbal presentes nos diversos níveis de atenção à saúde.

Palavras-chaves: Sociologia da saúde. Antropologia da saúde. Relação. Fisioterapia.

## ABSTRACT

Based on the discussions in the field of Sociology and Anthropology of Health and on the concept of *habitus*, by Pierre Bourdieu, in this study we analyzed the nature of the physiotherapist and patient relationships, based on interviews with a sample of 80 members of two sets of those actors in the city of Campina Grande, Paraíba. Given the complexity inherent in the practice of health and diseased individuals, or with residual dysfunction diseases, professionals in the health sector with diverse backgrounds, take part of the team during multi-and interdisciplinary levels of primary, secondary and tertiary to health. Therefore, each encounter between professionals and patients implies in a possibility of relationship between them. In it each player is positioned not only making use of their professional competence, but also the relational skill. However, it is common understanding that there are ongoing, a number of tensions and conflicts in health care resulting in the so-called crisis of the clinic harmony. It reflects in the day by day of public or private health services. It is revealed by the growing dissatisfaction, frustration and fear of citizens-patients. We identify, therefore, that the relationship between the categories of health professionals and patients occurs between individuals in their social positions, an the actors behavior are oriented according to the *habitudes* related to those social positions. In these relationships the main elements of differentiation are economic and cultural capital. This relationship which is structurally asymmetric, may be more or less authoritarian, more or less participatory and presents a striking and naturalized feature: physiotherapists rules and patients obey. With this understanding, in this study, data were collected on the "*habitus*" by the therapist and the *habitus* of each patient in order to identify to what extent they influence the relations established in physical therapy procedures. Data analysis indicates the strength of "*habitus*" in constituting the character of the encounters between therapists and patients, since dispositions inherited through the subjects' trajectories in social space which are determined mainly by the volume of economic and cultural capital influence proxemic operations and responses to verbal and nonverbal elements of interaction.

Keywords: Sociology of Health. Anthropology of Health. Relationship. Physiotherapy.

## RÉSUMÉ

En prenant en compte les débats dans le domaine de la Sociologie et de l'Anthropologie de la Santé, ainsi que le concept d'« *habitus* » de Pierre Bourdieu, nous avons analysé dans ce travail les éléments que déterminent la relation physiothérapeute/patient, à partir d'interviews réalisés auprès de 80 personnes, appartenant à deux ensembles de sujets d'étude, de la ville de Campina Grande, Paraíba. À cause de la complexité inhérente aux pratiques de santé et aux individus malades ou avec des problèmes résiduels de maladies, des professionnels de santé, ayant des diplômes diversifiés, font partie d'un groupe multi et interdisciplinaire aux niveaux des assistances primaire, secondaire et tertiaire de santé. Donc, à chaque rencontre entre les professionnels de santé et leurs patients, c'est possible d'y avoir une effective relation entre eux. Nous identifions, alors, que dans ces relations entre les professionnels de santé et leurs patients, les comportements sont orientés selon la position sociale et culturelle des patients. Cette relation asymétrique peut être plus au moins autoritaire ou participative, mais elle a un caractère marquant et naturalisé de prescription et d'ordre, d'accomplissement et d'obéissance, au nom d'un savoir scientifique autorisé. Par contre, la relation entre les physiothérapeutes et leurs patients est caractérisée par les liens entre eux, renforcée à travers les valeurs tels que la confiance et le respect mutuels, proportionnés, surtout, par des successives sections physiothérapeutiques dont les patients en général ont besoin dans le processus de réhabilitation. À partir de cela, dans cette étude, nous avons pris des données sur l'« *habitus* » du professionnel de physiothérapie ainsi que de l'« *habitus* » familial des patients, afin d'identifier dans quelle mesure ceux-ci influencent les relations établies dans les processus physiothérapeutiques. L'analyse des données indique la force des « *habitus* » en ce qui concerne la constitution du caractère des rencontres entre physiothérapeutes et patients, puisque les dispositions héritées à travers les trajectoires des sujets dans l'espace social, orientées, surtout, par le volume de capital économique et culturel, influencent les opérations proxémiques et les réponses aux éléments de l'interaction, tels que les communications verbales et non-verbales présentes dans les plusieurs niveaux de soins de santé.

Mots-clés: Sociologie de la Santé. Anthropologie de la Santé. Relations. Physiothérapie.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Faixas etárias dos pacientes .....	174
Tabela 2 – Faixas de renda dos pacientes.....	175
Tabela 3 – Níveis de instrução dos pacientes .....	175
Tabela 4 – Faixas etárias dos fisioterapeutas .....	177
Tabela 5 – Faixas de renda dos fisioterapeutas.....	178

## LISTA DE SIGLAS

AC - Análise de Correspondências

APFisio - Associação Paranaense de Prestadores de Serviços em Fisioterapia

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CINAEM - Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DVD - *Digital Versatile Disc*

Ident. Religiosa – Identificação Religiosa

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

MEDLARS - *Medical Literature Analysis and Retrieval System*

MEDLINE - MEDLARS On-Line,

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNHF - Referencial Nacional de Honorários Fisioterapêuticos

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SUS - Sistema Único de Saúde

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UNIPÊ - Centro Universitário de João Pessoa

URNe - Universidade Regional do Nordeste

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b><u>INTRODUÇÃO</u></b>	<b>16</b>
1.1	METODOLOGIA	22
1.1.1	Aparato metodológico de referência	23
1.1.2	Campo empírico de pesquisa	25
1.1.3	Universo amostral	26
1.1.4	Estruturação da Entrevista	28
1.1.5	Análise dos dados	30
<b>2</b>	<b><u>REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 2</u></b>	<b>32</b>
2.1	O ENFOQUE SÓCIO-ANTROPOLÓGICO NO CAMPO DA SAÚDE	32
2.2	APONTAMENTOS SOBRE A SOCIOLOGIA DA SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS, INGLATERRA, FRANÇA E BRASIL	37
2.3	SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NA INGLATERRA	46
2.4	SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NA FRANÇA	51
2.5	A SOCIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL	65
<b>3</b>	<b><u>REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 3</u></b>	<b>76</b>
3.1	SOBRE OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA	76
3.1.1	Concepções de Saúde	80
3.1.2	Sobre a experiência da doença	91
<b>4</b>	<b><u>REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 4</u></b>	<b>103</b>
4.1	O ENFOQUE SÓCIO-ANTROPOLÓGICO SOBRE A RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE	103
4.1.1	Conceituando a relação profissional de saúde e paciente	107
4.1.2	A comunicação médico-paciente	115
4.1.3	Sobre a comunicação não verbal	124
4.1.3.1	Formas de comunicação não-verbal: a Proxêmica	127

4.1.3.2	O toque como forma de comunicação .....	131
4.1.4	<b>Outra forma de comunicação: A Informação.....</b>	<b>137</b>
<b>5</b>	<b><u>REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 5.....</u></b>	<b>144</b>
5.1	PIERRE BOURDIEU E A FORÇA DE SEUS CONCEITOS.....	144
5.1.1	<b>O campo, segundo Bourdieu .....</b>	<b>148</b>
5.1.2	<b>Outras compreensões sobre o <i>habitus</i>.....</b>	<b>158</b>
<b>6</b>	<b><u>ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</u></b>	<b>173</b>
6.1	LOCALIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PACIENTES E FISIOTERAPEUTAS.....	173
6.1.1	<b>Localização sócio-demográfica dos pacientes .....</b>	<b>173</b>
6.1.2	<b>Localização sócio-demográfica dos fisioterapeutas .....</b>	<b>176</b>
6.2	SOBRE A COMPREENSÃO DA SAÚDE, DO ADOECIMENTO ENTRE PACIENTES E FISIOTERAPEUTAS E OS DISCURSOS SOBRE A RELAÇÃO .....	182
6.2.1	<b>As pacientes e suas compreensões sobre a saúde.....</b>	<b>183</b>
6.2.2	<b>O que dizem os fisioterapeutas sobre a saúde .....</b>	<b>195</b>
6.2.3	<b>Sobre as repercussões do adoecimento .....</b>	<b>203</b>
6.2.4	<b>A compreensão das pacientes sobre o adoecimento e suas repercussões .....</b>	<b>204</b>
6.2.5	<b>A percepção dos fisioterapeutas sobre o adoecimento e suas repercussões .....</b>	<b>216</b>
6.2.6	<b>Sobre a relação fisioterapeuta e paciente .....</b>	<b>222</b>
6.2.7	<b>A relação fisioterapeuta e paciente sob a ótica dos pacientes.....</b>	<b>226</b>
6.2.8	<b>Sobre a relação fisioterapeuta e paciente: o que dizem os fisioterapeutas.....</b>	<b>237</b>
6.2.9	<b>A comunicação verbal sob a ótica dos pacientes.....</b>	<b>246</b>
6.2.10	<b>A comunicação verbal para os fisioterapeutas .....</b>	<b>254</b>
6.2.11	<b>A informação sobre o adoecimento e a comunicação não verbal.....</b>	<b>260</b>
6.2.12	<b>O que dizem os fisioterapeutas sobre os pacientes informados .....</b>	<b>271</b>
6.2.13	<b>A interpretação do toque pelos pacientes .....</b>	<b>277</b>

6.2.14	Os fisioterapeutas e suas compreensões sobre o toque.....	286
6.2.15	Os fisioterapeutas comentam sobre a aparência física, formas de vestir e higiene.....	295
<b><u>7</u></b>	<b><u>CONCLUSÕES.....</u></b>	<b><u>306</u></b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>REFERÊNCIAS .....</u></b>	<b><u>314</u></b>
	<b><u>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FISIOTERAPEUTAS .....</u></b>	<b><u>326</u></b>
	<b><u>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES .....</u></b>	<b><u>327</u></b>
	<b><u>APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM FISIOTERAPEUTAS....</u></b>	<b><u>328</u></b>
	<b><u>APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM PACIENTES.....</u></b>	<b><u>330</u></b>



## 1 INTRODUÇÃO

Nosso objeto de tese se filia a um questionamento mais geral referente às dinâmicas e processos envolvidos nas relações entre indivíduos autorizados pela posse de conhecimentos específicos, e de que dependem outros atores em seus encontros. De modo mais específico, nosso trabalho de pesquisa, analisa as variáveis que influenciam as relações entre os profissionais de saúde em geral e os pacientes, focalizando mais atentamente aquelas estabelecidas entre fisioterapeutas e indivíduos por eles atendidos.

Em linhas gerais, nossa tese é a de que esses encontros que se definem por durações e períodos previamente estabelecidos sofrem a influência e a determinação das posições sociais ocupadas pelos participantes da relação, teoricamente aqui descritas em termos de *habitués* construídos a partir de trajetórias de acumulação de capital econômico e cultural, relacionados aos papéis culturalmente associados ao gênero e à idade, bem como das concepções de saúde/doença, terapêutica, dentre outros termos do campo da saúde, e definições sócio-culturais de políticas de espaço e de corporalidade.

A entrada no sistema de relações com profissionais de saúde em geral, e particularmente com fisioterapeutas se dá pelas experiências de adoecimento. Longe de significar algo claro e homogêneo para todos os indivíduos, saúde e doença são termos altamente polissêmicos. Essa polissemia produz maneiras diferenciadas de lidar com os processos de adoecimento – do lado dos pacientes -, e de terapêutica – do lado dos fisioterapeutas.

O medo de adoecer, aliado ao da dependência, eventualmente advinda com os quadros de disfunções e/ou limitações funcionais orgânicas, se soma às demais

inseguranças tão presentes no dia a dia dos indivíduos em suas variadas localizações sociais. Para enfrentá-los, são buscadas estratégias diversas, como medidas preventivas e terapêuticas comprovadas cientificamente tais como, a prática de atividades físicas, programas de re-educação alimentar, terapias medicamentosas, alternativas e complementares, técnicas psicoterápicas, bioenergéticas e espirituais e outros procedimentos supostamente suficientes para prevenir as causas do adoecer e eficazes o bastante para proporcionar a obtenção do capital saúde.

Estar doente pode apresentar possibilidades variadas. Para alguns indivíduos, a doença, vista do ponto orgânico, e, sobretudo, a que se manifesta por tempo prolongado, ou aquela que traz consigo níveis variados de limitações físicas e emocionais pode representar perdas e ganhos distintos. Para alguns indivíduos, por vezes afetivamente carentes, o adoecimento possibilita a obtenção de atenção e cuidado da família. Para outros, os ganhos são os secundários, visto que vão, desde a oportunidade de conquista de licenças-saúde e seguros, às aposentadorias. Para alguns, a doença é vista como prova, expiação ou castigo, e o seu enfrentamento se torna muitas vezes, ainda mais difícil que a própria enfermidade e as eventuais disfunções residuais, pois aliada à desordem biológica, afloram sentimentos e comportamentos variados, inclusive de ordem emocional, que ocasionam revolta, negação e perdas, expressos nas formas específicas de agir e reagir. Para muitos, no entanto, o adoecimento, visto como um fenômeno social é um evento possível na vida das pessoas e a sua forma de enfrentamento, proporciona a conjugação de valores como fé, enfrentamento e superação, a partir de atitudes e expectativas, que por vezes torna a terapêutica efetiva para a recuperação possível.

Assim, independentemente da reação adotada frente à doença, sentimentos diversos brotam quando ela e/ou as suas conseqüências se instalam. Parte desses sentimentos tanto pode estar associada a aspectos pessoais, familiares, profissionais, culturais, sociais e espirituais, quanto podem ser decorrentes das incertezas que permeiam o diagnóstico, tratamento, restabelecimento e/ou cura, mas, certamente são produzidos, forjados como resultado de uma síntese entre a individualidade e as definições coletivas em cujo âmbito os indivíduos são socializados, a partir das posições sociais ocupadas.

Ou seja, além de todas as dúvidas associadas à experiência de adoecer, os seus desdobramentos implicam na vivência da dinâmica do campo da saúde. A depender da localização social do indivíduo doente, com o adoecimento surge a convivência e experiência com as complexidades da especialização, da tecnificação, da medicalização, da relação entre profissionais de saúde e paciente.

Estes, entre outros tantos fatores têm sido freqüentemente apontados como pontos de fragilização no campo da saúde, ocasionando, por conseguinte, a indicação de que a compreensão da complexidade do processo saúde e doença, enquanto fenômeno social, não é devidamente considerado, sobretudo, por parte daqueles que com ela estão diretamente envolvidos, pacientes e profissionais do campo da saúde.

Nesse entendimento, o presente estudo intenciona analisar sob o enfoque sócio-antropológico, a natureza da relação fisioterapeuta-paciente com a compreensão de que esta é influenciada pelo *habitus* profissional e familiar dos envolvidos. Para tal, realizamos um estudo qualitativo com uma amostra dos dois conjuntos de atores, composta por 35 fisioterapeutas e 45 indivíduos que estão em acompanhamento fisioterapêutico, e que, portanto, estão no papel de pacientes, de

ambos os gêneros, das várias faixas etárias e localizações sociais, integrantes, como profissionais ou pacientes das vivências dos serviços de fisioterapia públicos e privados de Campina Grande, Paraíba.

O interesse pela temática deu-se por saber, primeiro, através da experiência no campo, que em grande medida, está em curso uma deterioração na relação entre o profissional de saúde e o paciente, revelada pela crescente insatisfação, frustração e medo dos pacientes; por um lado, e pela insatisfação e frustração, sobretudo com as condições de trabalho, remuneração e reconhecimento, por parte de muitos profissionais das várias categorias do campo da saúde. Apesar do contexto nem sempre favorável ao acompanhamento terapêutico, no imaginário da fisioterapia é corrente o entendimento de que em suas práticas, a relação entre o profissional fisioterapeuta e o paciente se configura de forma supostamente diferenciada. Isto se dá, possivelmente, devido à criação de vínculo, influenciada pelo tempo destinado ao atendimento, tempo de tratamento, pela co-responsabilidade e parceria para a obtenção dos resultados, e ainda, devido às formas de comunicação verbal e não-verbal, que incluem o toque, características estas, inerentes à dinâmica das práticas fisioterápicas.

Considerando a relação social existente entre o fisioterapeuta e o paciente, surgiu a necessidade de refletir sobre a natureza dessa relação e dos possíveis fatores que influenciam a fluidez ou os entraves na relação estabelecida entre esses atores sociais nas práticas terapêuticas.

A partir da perspectiva teórica de Bourdieu, identificamos que suas noções de campo, capital e *habitus* por se aplicam convenientemente à obtenção dos aspectos a serem analisados a fim de compreender as interações sociais existentes nessas práticas de saúde. Na perspectiva relacional de Bourdieu as práticas são

condicionadas pelo campo e geradas pelo *habitus*. Para o autor, o *habitus* tende a conformar e a orientar a ação, mas, por ser produto das relações sociais, ele tende a assegurar a reprodução das mesmas relações objetivas que o engendram (ORTIZ, 1994).

O *habitus* expressa assim, uma disposição, uma tendência, uma inclinação, uma propensão, uma predisposição, ou seja, uma maneira de ser, um estado habitual (BOURDIEU, 1990). Os hábitos interiorizados numa trajetória singular são objetivamente regulados e regulares sem, contudo, ser produto da obediência consciente a regras. Ou seja, vestir-se, cumprimentar as pessoas e escolher as palavras de acordo com a situação, são exemplos de ações sociais que freqüentemente, dispensam cálculo. São disposições individuais, coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um maestro assim, o senso perceptivo definido pelo hábito é uma espécie de olhar pré-objetivo (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003).

Enquanto fisioterapia e docente do curso de fisioterapia, e assim ser, com o *habitus* do campo da saúde e acadêmico, mais uma condição se fez presente, a da vigilância epistemológica, o estranhamento ao que me é familiar. Para Bourdieu, a proximidade e a familiaridade com o objeto de estudo são os principais obstáculos epistemológicos ao caráter científico do trabalho do sociólogo.

Evans-Pritchard ao referir-se ao seu empreendimento junto aos Azandes afirma, [...] a batalha não se trava no campo, mas depois que se volta dele. Confesso que a minha batalha deu-se antes, com as hesitações, no campo, com as inclinações e depois, na fase da análise dos dados e dos encaminhamentos e conclusões.

O campo para o qual fui além de me ser familiar estava povoado por pessoas familiares, ex-professoras, ex-alunos, colegas, meus pares. As entrevistas eram também re-encontros, trocas de ideias, de histórias e abraços. As entrevistas, os horários, os locais, as conversas que em muitos casos, não se restringiram à pesquisa, fluíram da melhor forma possível. Cada uma de todas as portas que bati se abriram e assim, me senti acolhida. Os profissionais se dispuseram a falar, talvez até precisassem falar! Mas o desafio é o da vigilância! É o da observação constante, do dito, do não dito, das hesitações, das emoções.

Com os pacientes, o estranhamento foi mais fácil. As verbalizações estavam facilitadas pelo desconhecimento mútuo. Ainda assim, a busca pelo familiar, pelo papel previsto e esperado. E a batalha continuava!

Conviver com as diferentes realidades dos serviços de fisioterapia públicos e privados, foi um aprendizado à parte. Em muitos serviços visitados, foi perceptível o burburinho da sala de espera, a demanda de pacientes, o longo de tempo de espera, e em muitos casos, o pouco tempo de atendimento, profissionais que iam e vinham, olhares e entreolhares, pacientes ou não tanto, inquietações e incertezas de parte a parte. Algumas sutilmente verbalizadas nas entrevistas.

Tanto com os fisioterapeutas, quanto com os pacientes, a maior parte das entrevistas foi feita nos respectivos serviços de atuação ou de tratamento (hospital, clínica, ambulatório). Com alguns fisioterapeutas, as entrevistas ocorreram em suas casas. Com alguns pacientes, elas se realizaram em suas casas e em seus ambientes de trabalho.

As entrevistas com os pacientes, independentemente do lugar, invariavelmente se iniciavam com um misto de curiosidade e dúvidas em relação à pesquisa e às suas contribuições. Mesmo com as explicações acerca dos objetivos,

muitos deles receavam que lhes fosse perguntado algo que eles não soubessem responder. Aos poucos e com a vivência no campo, as estratégias para superar as resistências foram sendo aperfeiçoadas. Com os pacientes de menor capital econômico e cultural, percebi que o gravador lhes despertava curiosidade. Intuitivamente, passei a informar-lhes que ao final das entrevistas, ouviríamos um pouco do conteúdo registrado, com o argumento de conferir se a gravação havia ficado boa. Observar a reação deles ao ouvir as suas próprias vozes, foi muito interessante. Surpresa, admiração, reprovação! O estranhamento do familiar é possível!

Com os pacientes de maior capital econômico e cultural e com os fisioterapeutas, o objeto que naqueles despertava curiosidade e posterior admiração e sorrisos, nestes causava intimidação e certo constrangimento inicial. A estratégia adotada na tentativa de contornar os desconfortos foi a de entabular uma conversa prévia, a fim de encaminhar as questões, de forma a entremeá-las em um contexto com maior descontração.

Assim, na batalha do durante, tentei me manter vigilante!

## 1.1 METODOLOGIA

Partindo do debate realizado no campo da sociologia e antropologia da saúde e do conceito de *habitus*, de Pierre Bourdieu, analisamos neste trabalho a relação entre fisioterapeutas e pacientes, a partir de entrevistas realizadas com uma amostra casual dos dois conjuntos de atores da cidade de Campina Grande, Paraíba. Foram levantados dados sobre os *habitués* profissional e de gênero do fisioterapeuta e o

*habitus* familiar dos pacientes, a fim de identificar em que medida estes influenciam as relações estabelecidas em processos fisioterapêuticos.

No campo das profissões, os valores associados a cada uma delas são pré-existentes à formação, sendo adquiridos na família, na experiência pessoal e acadêmica pregressa, confirmados ou negados nas experiências da realidade profissional. Com tal entendimento, o conceito de *habitus* de Bourdieu é adotado com o intuito de identificar a influência do *habitus* profissional e de gênero do fisioterapeuta para a relação, por considerar que não é apenas a formação que ‘concebe’ um profissional, este, sofre a influência da trajetória social, do capital cultural, que em suas disposições são estruturadas nas relações, linguagem e estilos de vida (BOURDIEU, 1994).

Por sua vez, o *habitus* familiar dos pacientes é igualmente influenciado pela localização social, que a seu turno, orienta o estilo de vida comumente adotado. Para Pierre Bourdieu, os agentes ou grupos são distribuídos no espaço social, em função do volume e estrutura do capital acumulado, sendo o capital econômico e o capital cultural, os mais eficientes princípios de aproximação e distanciamento dos agentes no espaço social (BOURDIEU, 1995).

Assim, o conceito de *habitus* foi considerado como modelar para a análise pretendida visto que a influência do capital global e seu peso relativo em cada campo estruturam as relações, linguagem, estilos de vida, formas de pensar, enfim, orientam o indivíduo em suas disposições no espaço social (BOURDIEU, 1994).

### **1.1.1 Aparato metodológico de referência**

Como referência teórica para o presente estudo, adotamos conforme já mencionado os conceitos chave de Bourdieu, campo, capital e *habitus*, aprofundados em suas diversas obras e em obras de seus comentadores. Para tal, dedicamos um capítulo, para a discussão da contribuição das noções defendidas pelo autor, sobretudo, para o campo da saúde. No tocante às demais temáticas necessárias como suporte ao estudo, inicialmente, efetivamos um levantamento das principais temáticas, orientações teóricas e metodológicas, adotadas nos últimos anos, a fim de possibilitar a identificação do estado recente das pesquisas no campo das ciências sociais em saúde. As principais contribuições ao estudo nessa seção, foram advindas dos estudos de NUNES (2003, 2003a, 2003b, 2005, 2006, 2007). Seus estudos acerca de questões e aspectos diferenciados das várias temáticas do campo da saúde aprofundados à luz de aspectos teóricos e metodológicos das ciências sociais, possibilitaram o acesso às diversas abordagens efetuadas desde meados do século XX aos dias atuais em países como nos Estados Unidos, na Inglaterra, França e no Brasil.

Posteriormente situamos o debate acerca das concepções de saúde e doença, a partir das contribuições de diversos autores do campo das ciências sociais em saúde, saúde coletiva e epidemiologia. Em seguida, discutimos aspectos relacionados à relação estabelecida nas práticas de saúde, tomando por base a relação médico e paciente. Tal escolha se deu, pelo maior acesso às investigações sobre tal relação, em oposição à escassez de estudos dedicados aos aspectos da relação profissional de saúde e paciente e fisioterapeuta e paciente, notadamente sob o enfoque da sociologia e antropologia da saúde. Para tal discussão, acrescentamos algumas análises em temáticas como, comunicação verbal, comunicação e comunicação não-verbal, sendo adotada a perspectiva teórica de

Eduard Hall, sobre a proxêmica, bem como, analisamos aspectos do toque, enquanto comunicação não-verbal e discutimos de forma sucinta questões acerca da informação em saúde.

O acesso ao referencial teórico adotado deu-se a partir da consulta, seleção, leitura, fichamento e arquivamento de informações pertinentes em livros e artigos relacionados ao estudo. Em grande medida, lançamos mão da consulta eletrônica nas base de dados integradas BIREME (<http://www.bireme.br/php/index.php>) e a Biblioteca Virtual em Saúde ([www.bvs.br](http://www.bvs.br)): LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde; SciELO - Scientific Electronic Library Online e no sistema de procura do Google Acadêmico (<http://scholar.google.com.br>) em dissertações, teses, livros, resumos e artigos científicos revisados de editoras acadêmicas, bibliotecas e universidades.

### **1.1.2 Campo empírico de pesquisa**

O trabalho de campo se deu na cidade de Campina Grande, Paraíba. Os serviços de fisioterapia contatados e que permitiram a realização da pesquisa foram serviços públicos, um deles vinculado à Instituição de Ensino Superior Pública, e privados, dois deles vinculados às Instituições de Ensino Superior Privadas.

Foram feitas entrevistas em 11 serviços privados, sendo entrevistados dos mesmos, 23 pacientes; enquanto dos serviços públicos foram entrevistados, 22 pacientes. Quanto aos fisioterapeutas, a maior parte deles (27 fisioterapeutas) atua em mais de um local de emprego nas esferas públicas e privadas. Portanto, foram

entrevistados 20 fisioterapeutas que atuam em serviços de saúde privados, 12 que atuam em serviços públicos e privados e três que atuam apenas no serviço público.

### 1.1.3 Universo amostral

Compusemos uma amostra de 80 entrevistados, sendo 45 pacientes e 35 fisioterapeutas, a fim de analisar os diversos aspectos relativos ao *habitus* e à relação fisioterapeuta - paciente.

Tendo em vista a necessidade da composição de um grupo heterogêneo a fim de atender as diversas questões associadas ao objetivo primordial que é o da apreensão do *habitus* profissional e familiar, a amostra, não aleatória, foi estratificada por faixa etária, estado civil, renda individual mensal, religião, nível de instrução e trajetória ocupacional e tipo de vinculação profissional.

Devido à necessidade da diversificação e equilíbrio dos estratos amostrais, em relação à escolha dos entrevistados, optamos por estabelecer contatos iniciais com os fisioterapeutas dos diversos serviços. A amostra de fisioterapeutas foi composta, buscando o equilíbrio entre mulheres e homens, jovens e mais velhos, há mais e menos tempo formados, das diversas áreas de atuação e atuantes em serviços públicos e privados. O acesso aos mesmos foi facilmente estabelecido, devido, sobretudo à relação profissional ou de professora - aluno existente entre a pesquisadora e a maior parte dos entrevistados.

Após o contato inicial, era feito o convite para a participação na pesquisa e agendadas as entrevistas individualizadas em horários livres e convenientes e em local adequado para a manutenção da privacidade dos procedimentos. Na

oportunidade, solicitava-se aos fisioterapeutas o acesso aos pacientes. À medida que as variáveis da estratificação iam sendo preenchidas, era solicitado aos fisioterapeutas o acesso a pacientes com determinadas características definidoras dos estratos amostrais a serem formados: com maior nível de escolaridade, idoso, homem, maior renda individual. Ou seja, aspectos que contribuíssem para a composição do mosaico para a determinação da localização social e estilo de vida.

Como se trata de uma análise que prioriza aspectos qualitativos respectivos a duas categorias de sujeitos, com características distintas, foram considerados aptos a compor a amostra: profissionais fisioterapeutas graduados, sem nenhuma pendência relativa a requisitos de conclusão de curso e que estejam exercendo a prática fisioterápica nas diversas especialidades da fisioterapia em clínicas, hospitais, equipes de saúde, em âmbito acadêmico (cursos de graduação em fisioterapia) ou atendimentos domiciliares em Campina Grande – Paraíba e que apresentem disponibilidade para participar do estudo. Na oportunidade da entrevista foram feitas as considerações éticas sobre os objetivos da pesquisa, da dinâmica da entrevista, do uso meio eletrônico de gravação e explicado o teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), a ser posteriormente assinado pelo entrevistado.

A fim de manter a privacidade e o sigilo, todos os nomes dos integrantes da amostra foram substituídos, na análise dos depoimentos, por nomes fictícios.

No que diz respeito ao paciente, por considerar a sua complexidade no tocante aos aspectos físicos, emocionais e cognitivos, e ainda levando em conta aspectos da Resolução 196/96, que regulamenta as pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), foram considerados como aptos a integrar a pesquisa pacientes em acompanhamento fisioterapêutico, em serviços de saúde público ou privado de

Campina Grande, com idade superior a 18 anos, com condições emocionais e intelectuais de refletir e responder sobre as questões propostas nesse estudo.

Foram respeitadas as decisões de não participar da pesquisa, bem como considerada qualquer possibilidade de risco ou dano, como a eventual interferência prejudicial no âmbito organizacional, profissional ou na própria relação fisioterapeuta-paciente.

#### **1.1.4 Estruturação da Entrevista**

Os roteiros que nortearam a entrevista foram formatados para cada categoria que compõe a amostra e contemplou os seguintes aspectos:

Para os fisioterapeutas:

Os instrumentos adotados para coleta de dados foram divididos em duas seções: uma seção para a localização social dos entrevistados com a respectiva utilização dos Formulários para Pesquisa com Fisioterapeutas; e outra seção para a identificação das questões abertas atinentes à relação fisioterapeuta e paciente com Roteiros para Entrevista com Fisioterapeutas (Apêndice C), constando de questões direcionadas a elicitarem:

a) dados sócio-econômicos: (idade, gênero, estado civil (com ou sem filhos), religião, escolaridade dos pais;

b) dados sobre estilo de vida: hábitos (fumar, beber), formas de lazer, atividades físicas, preferências musicais, literárias, gêneros de filmes, utilização do tempo livre;

c) dados sobre a formação acadêmica: motivação para a escolha do curso; dados da graduação, pós-graduação (quando houver); cursos de formação na área (quando houver);

d) dados sobre a trajetória profissional: área de atuação; instituição em que trabalha; tempo médio que está no mercado de trabalho; carga horária semanal;

d) questões abertas atuação prática da fisioterapia: compreensão sobre a saúde; compreensão acerca da repercussão do adoecimento para o paciente; compreensão acerca da relação fisioterapeuta e paciente; compreensão acerca da comunicação, verbal e não-verbal (toque); compreensão acerca da informação e em saúde por parte do paciente e do profissional.

De forma semelhante, junto aos pacientes adotamos o Formulário para Pesquisa com Pacientes e Roteiros para Entrevista com Pacientes (Apêndice D), onde constavam questões destinadas a elicitarem:

a) dados sócio-econômicos: (idade, gênero, estado civil (com ou sem filhos), religião, escolaridade dos pais;

b) dados sobre estilo de vida: hábitos (fumar, beber), formas de lazer, atividades físicas, preferências musicais, literárias, gêneros de filmes, utilização do tempo livre;

c) dados sobre escolaridade: dados sobre a formação acadêmica, graduação, pós-graduação (quando houver);

c) dados sobre a trajetória profissional: área em que atua (ou atuou); instituição em que trabalha (ou trabalhou); tempo médio que está (ou esteve) no mercado de trabalho; carga horária semanal (atual ou anterior); trabalhos alternativos às condições de saúde atuais; vinculação a planos previdenciários; aposentadoria;

d) dados sobre a área da saúde: compreensão da saúde; área de maior comprometimento causado pela disfunção; compreensão acerca da relação paciente e fisioterapeuta; compreensão acerca da comunicação verbal e não verbal (toque), por parte do fisioterapeuta, compreensão acerca da busca de informação em saúde.

### 1.1.5 Análise dos dados

Os registros da entrevista foram feitos a partir de mídia eletrônica (gravador digital). O tempo de entrevista com os pacientes variaram entre 15 e 60 minutos e as entrevistas com os fisioterapeutas tiveram duração entre 30 e 180 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas e após a sistematização das mesmas, o tratamento das transcrições foi feito a partir da análise temática, a partir da ordem do Roteiro de Entrevista.

Para a análise do *habitus* dos integrantes da amostra, representado pelo conjunto de características relativas aos estilos de vida como: atividades ocupacionais, religião, práticas de lazer, atividades físicas, frequência a cinemas, gosto pela leitura, músicas, gêneros literários e musicais preferidos, hábitos referentes à bebida e fumo e utilização do tempo livre, nos dois conjuntos de atores integrantes do estudo, elaboramos o diagrama sinóptico adaptado do diagrama de *La distinction* (BOURDIEU, 1979, p. 20), com o objetivo de possibilitar a visualização global da tomada de posição dos atores integrantes do estudo, a partir dos estilos de vida, gostos e hábitos.



## 2 REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 2

### 2.1 O ENFOQUE SÓCIO-ANTROPOLÓGICO NO CAMPO DA SAÚDE

O debate sobre aspectos relativos à saúde e à doença seja entre profissionais do campo da saúde ou como questões do cotidiano dos indivíduos estão freqüentemente em pauta nos diversos espaços sociais. As pessoas, por diferentes razões, passaram a se interessar mais e a procurar informações acerca dos variados aspectos relativos à saúde, incluindo o direito ao acesso digno a serviços de qualidade nessa área. Essas posturas são legítimas, uma vez que se convive com um sistema de saúde público que embora adote formalmente entre os seus princípios aspectos como a integralidade, igualdade na assistência e o direito à informação<sup>1</sup>, ainda enfrenta o fato de que uma significativa camada da população viva à margem da assistência adequada. São muitos os estudos que notificam o

---

<sup>1</sup> Princípios do SUS, estabelecidos pela Constituição de 1988:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. Integralidade de assistência, 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;
- III. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. Participação da comunidade;
- IX. Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII. Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII. Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2006).

crescimento da desigualdade no acesso aos serviços de saúde<sup>2</sup>, seja através da limitação ou negação do acesso aos serviços de saúde existentes ou pela exclusividade desses aos que podem pagar<sup>3</sup>.

Em paralelo, identifica-se a crescente natureza econômica do campo da saúde. Dentre as principais áreas de serviços do crescente setor terciário da economia, a da saúde é a mais dinâmica (cf. CARVALHEIRO, 1999). Tal dinamismo é dado pela incorporação do aparato tecnológico aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e pelas significativas mudanças dos processos de gestão das atividades do setor, a exemplo da assistência médica individual exercida por prestadores privados, que, ao contemplar a supremacia do mercado nas várias ações, estimulam a competitividade através da privatização dos serviços.

Com relação ao mercado da saúde, em grande medida, a relação pessoal entre alguns profissionais da saúde e os dos laboratórios das indústrias farmacêuticas não pode ser descartada atualmente, tanto devido ao avanço do conhecimento das doenças quanto pela eficácia dos medicamentos. A relação entre médicos e os profissionais a serviço dos laboratórios farmacêuticos é uma prática que traz benefícios para ambos, sobretudo, porque há sempre novos produtos

---

<sup>2</sup> O acesso e a utilização de serviços de saúde dependem de uma série de fatores esquematicamente divididos em determinantes da oferta e determinantes da demanda. A pré-condição mais importante para a oferta é a existência dos serviços. A partir da sua existência, os serviços de saúde passam a modular a oferta, aspectos como: a acessibilidade geográfica (localização, vias de acesso, transporte público) cultural (padrões de atendimento e normas de conduta aceitáveis ou não pela população a ser assistida), econômica (existência ou não de taxas moderadoras do uso) e organizativa (modo de funcionamento e organização da prestação, e principalmente a densidade tecnológica do serviço ofertado) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004 apud BARATA, 2008).

<sup>3</sup> Entre os aspectos identificados quando da análise dos diversos setores e serviços do campo da saúde, Martins (2003) destacou: a progressiva dependência da área da saúde em relação a uma axiologia do interesse e do cálculo, a qual por sua vez possibilita o enfraquecimento da base de legitimação social da ciência médica dominante; a gradativa tomada de consciência dos cidadãos de que a inovação tecnológica atende também a interesses da indústria farmacêutica e da nova burguesia médica; a percepção de que os preços dos medicamentos e das inovações biotecnológicas são parte integrante das estratégias de mercado; a extrema especialização médica, que contribui para as incertezas do diagnóstico; a ocorrência de erros médicos e aumento nos custos dos tratamentos; e ainda, a crescente insatisfação, frustração e medo dos cidadãos-pacientes.

gerados em tão curto espaço de tempo, que o profissional médico, com sua diversificada rotina de trabalho visando a melhores salários, mal tem como alimentar seu contínuo processo de ampliação, revisão e atualização de conhecimento (cf. CRUZ NETO, 2003).

Nesse contexto, o que se identifica é a adesão de vários profissionais às exigências do 'marketing farmacêutico', o que resulta em um campo de relações diferencialmente disputado tanto pela indústria privada – o setor que mais fatura no mundo e que tem o olhar totalmente fechado para o significado e a importância social dos medicamentos – como pelo setor público, que nesse campo vem timidamente crescendo. Devido à complexidade presente nesse mercado, por anos consecutivos, os gestores de políticas públicas do campo da saúde não consideraram essencial a existência de uma rede pública eficaz de produção e de distribuição de produtos essenciais à prevenção e à manutenção da saúde de todos, o que não se restringe aos medicamentos. A efetivação dessa proposta demanda entre outros aspectos, questões como:

[...] valorização profissional, infra-estrutura compatível, equipe profissional diversificada, planejamento adequado da produção, controle de qualidade do produto em suas distintas etapas de criação/produção, pesquisa continuada e distribuição garantida. Este é o momento de se retomar o esforço da conquista da saúde como tarefa do Estado e direito de todos, reforçando o espaço público de produção. É também para isso que o cidadão paga seus impostos, visando a ter acesso a uma rede pública de qualidade e respeitosa (CRUZ NETO, 2003, p. 3).

Atualmente existe em curso uma polêmica trama que revela a complexidade do campo da saúde, caracterizado, dentre outros aspectos: por identificados quando da análise dos diversos setores e serviços do campo da saúde, Martins destacou: uma progressiva dependência do campo citado em relação a uma axiologia do interesse e do cálculo, a qual por sua vez possibilita o enfraquecimento da base de legitimação social da ciência médica dominante; pela gradativa tomada de consciência dos cidadãos de que a inovação tecnológica atende também a

interesses da indústria farmacêutica e da nova burguesia médica; pela percepção de que os preços dos medicamentos e das inovações biotecnológicas são parte integrante das estratégias de mercado; por uma extrema especialização médica, que contribui para as incertezas do diagnóstico; ocorrência de erros médicos e do aumento nos custos dos tratamentos; e ainda, pela crescente insatisfação, frustração e medo dos cidadãos-pacientes (cf. MARTINS<sup>4</sup>, 2003). Segundo Luz (2002), o conjunto de tais dilemas faz parte da chamada crise de harmonia clínica que ocorre cotidianamente nos atendimentos dos serviços de saúde.

Em face de tal panorama defende-se a necessidade de uma reação por parte da sociedade contra uma situação que se torna sociologicamente indesejável do ponto de vista da reprodução da medicina enquanto fenômeno social (MARTINS, 2003, p.32).

Para Herzlich (2005), atualmente e cada vez mais, a sociedade fala a si própria em termos de saúde. Entende-se que muitas vezes a referência à saúde é a única a legitimar o aparecimento no espaço público de um problema social até então ocultado ou negado, o que possibilita o surgimento de um debate coletivo. A identificação dos diversos problemas sociais que ameaçam a saúde, como os citados ou a fragilidade corporal que atinge amplos setores da população brasileira, autoriza a ação política de resistência e a torna necessária e urgente. Nesse contexto, a saúde tem o estatuto de principal referente simbólico e qualquer ação de saúde pública deve se situar visando a compreender suas implicações na vida dos cidadãos, contando para tal, com a contribuição das ciências sociais.

---

<sup>4</sup> Paulo Henrique Martins, em seu livro *Contra a Desumanização da Medicina* apresenta uma crítica sociológica ao campo médico oficial no Brasil, e a partir da compreensão da medicina enquanto fato social total, em uma linguagem maussiana; identifica uma passagem de uma ordem menos complexa para uma mais complexa, a possibilidade de fortalecimento de um poder médico econômico-corporativista ou o surgimento de uma medicina humanista amparada nos fundamentos sociais e éticos da medicina antiga que aponta para o Paradigma da Dádiva médica (MARTINS, 2003).

Considerando a complexidade que envolve as diversas questões imbricadas no campo da saúde, no âmbito da academia identifica-se a diversidade de temáticas a ele ligado que vêm ocupando lugar no cenário das ciências sociais. Enfoques provindos de pesquisas antropológicas e sociológicas, desde a década de cinquenta, buscam analisar as dinâmicas sociais e culturais mobilizadas quanto à saúde e à doença, questionando as visões naturalizadas, biologicistas ou mecanicistas.

Ao longo das últimas três décadas, a pesquisa sobre temas ligados à saúde tem se tornado cada vez mais frequente no universo das ciências sociais e humanas. Com uma significativa diversificação temática, disciplinar, epistemológica, teórica e metodológica, a importância de tal campo de pesquisa revela-se a partir da inclusão de aspectos relativos à saúde e à doença entre as temáticas discutidas em reuniões científicas tanto no campo da saúde quanto no das ciências sociais, do número crescente de programas de pós-graduação em universidades de várias regiões do mundo com a incorporação das contribuições das ciências sociais ao campo da saúde (cf. NUNES, s/d).

Registra ainda o crescimento da pesquisa nas ciências sociais em saúde a partir do número de publicações especializadas tanto em séries temáticas de livros publicadas por editoras internacionais, como em revistas especializadas, tais como: *Social Science and Medicine*, *Sociology of Health and Illness*, *Sciences Sociales et Santé*, *Anthropology and Medicine*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, *Medical Anthropology Quarterly*, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* (cf. NUNES, 2006).

Ou seja, as contribuições das ciências sociais para as várias questões do campo da saúde, quer sejam nas discussões empreendidas pela Sociologia da Saúde, pela Antropologia Médica ou pela História da Medicina e da Saúde, têm se

mostrado bastante profícuas. Entre as várias temáticas que envolvem as questões da saúde e doença, as investigações sobre os aspectos da relação médico e paciente, profissionais de saúde e paciente, nas diversas experiências e nas diferentes realidades sociais são efetivadas, a partir de matrizes teóricas e metodológicas apropriadas à temática em sua complexidade nos contextos regionais e globais.

Sendo nossa tese o resultado do nosso encontro com a Sociologia e Antropologia, delineamos as principais linhas do debate sobre temáticas ligadas à saúde nesses campos de pesquisa, esse capítulo se propõe a inicialmente, realizar um balanço das principais temáticas, orientações teóricas e metodológica, bem como pontuar as pesquisas que se dedicaram ao aspectos da relação entre profissionais de saúde e pacientes, a partir de alguns estudos desenvolvidos nos Estados Unidos, na Inglaterra, França e no Brasil. Ao final desse percurso, algumas das contribuições aos problemas da saúde são apresentados, possibilitando assim, a identificação do estado recente das pesquisas no campo das ciências sociais em saúde.

## 2.2 APONTAMENTOS SOBRE A SOCIOLOGIA DA SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS, INGLATERRA, FRANÇA E BRASIL

O interesse das ciências sociais pelos diversos aspectos inerentes à saúde e à doença remonta ao período de sua emergência e a compreensão acerca da relação entre elas tem sido um espaço aberto para pesquisas sob a rubrica da sociologia da saúde, possibilitando identificar o papel de reciprocidade, dependência

ou inter-relação entre esses dois campos e as disciplinas que os constituem. Em uma abordagem geral, é possível identificar nos principais estudos desenvolvidos, a diversidade temática, teórica e metodológica pertinentes à abrangência do campo.

Na florescente Sociologia da Saúde norte-americana, uma das publicações de destaque foi *The social system*, de Talcott Parsons (1967), cuja proposta era a de apresentar um complexo modelo funcionalista da sociedade, no qual os sistemas sociais estavam interligados aos sistemas correspondentes de personalidade e cultura. Parsons apresentou a sua conceituação de papéis sociais e enfatizou a caracterização do papel do médico e do papel de doente, o que se tornou um dos estudos pioneiros sobre a relação médico e paciente. O seu entendimento, enquanto estudioso da sociologia médica nos EUA, era o de que o papel do médico centrava-se em sua responsabilidade pelo bem-estar do paciente no sentido de facilitar sua recuperação da melhor maneira que permitisse a sua habilidade (PARSONS, 1967).

Embora bastante criticado pela sua visão conservadora da sociedade, o esquema parsoniano foi um marco na área dos estudos sociológicos da saúde, influenciando um grande número de trabalhos e de posturas teóricas que lhe sucederam. Ressalta-se a fundamental divisão teórica estabelecida entre os aspectos objetivos e subjetivos da doença, ainda hoje vigente. Para a compreensão dos aspectos objetivos, lançava-se mão das ciências médicas e biológicas, enquanto para os aspectos subjetivos da doença, contava-se com as ciências sociais, uma vez que estas tinham como propósito estudar as maneiras pelas quais os processos ou as experiências da doença eram percebidos, avaliados e interpretados no âmbito de uma dada cultura, comunidade, classe ou grupo social.

O campo de trabalho da sociologia médica nos Estados Unidos foi firmado a partir da obra de Parsons, no período do estrutural-funcionalismo, uma das fases

marcantes do pensamento sociológico norte-americano. Tal crescimento contou também com o trabalho desenvolvido por seu discípulo, Robert Merton<sup>5</sup>, na Universidade de Columbia.

Com o desenvolvimento do campo, a sociologia da saúde passou a concentrar-se no comportamento social com relação à doença e ao 'mal-estar' dela decorrente. Este fazia alusão a uma área bastante fértil para diferentes interpretações e diferentes padrões de comportamento, que variava conforme a experiência social do indivíduo. A importância dos estudos sociais direcionados ao 'mal-estar' decorrente do adoecimento justificava-se por possibilitar a apreensão da percepção subjetiva dos indivíduos sobre os sintomas e o que os levavam a perceber a doença e a procurar um médico (QUEIROZ & CANESQUI, 1986).

A partir dos anos sessenta, o desenvolvimento das ciências sociais na saúde foi acompanhado de significativo reconhecimento, e seu fortalecimento se deu de formas distintas nos Estados Unidos, nos países europeus e na América Latina. As origens de tais crescimentos determinaram as diferentes temáticas, bem como a adesão aos mais diversos referenciais teórico-conceituais (NUNES, 2006).

Sendo as questões relacionadas à saúde um dos principais objetos de preocupação governamental para a retomada do crescimento dos países envolvidos na II Guerra Mundial, no pós-guerra houve uma proliferação inédita dos serviços médicos (HERZLICH, 2005). Nos Estados Unidos, uma questão central discutida no meio médico, nas escolas de medicina e grandes fundações atuantes nessa área, era a heterogeneidade extrema dos serviços de saúde e com as desigualdades

---

<sup>5</sup> Robert K. Merton concebeu e coordenou uma das mais expressivas pesquisas sobre a escola médica, vista como a instituição 'socializadora' da profissão. Não deu prosseguimento ao tema da medicina em seus estudos, mas marcou de forma indelével as pesquisas que se fizeram no campo da sociologia médica. *The student-physician: introduction studies in sociology of medical education* (MERTON, READER, KENDALL, 1957), foi um marco para esse campo incipiente. Também exerceu forte influência em estudos posteriores na área da saúde e da medicina (apud NUNES, 2007).

consideráveis de acesso aos cuidados médicos por parte dos diferentes grupos sociais e étnicos. Considerava-se que a solução para tais problemas deveria surgir do livre desenvolvimento do mercado de serviços médicos. Das ciências sociais esperava-se a análise dos 'obstáculos culturais' que poderiam influenciar na desigualdade de acesso à saúde, bem como, a influência das suas propostas teóricas através das escolas de medicina para a formação de um médico 'socialmente orientado'.

Informa-nos Nunes (2003a) que os anos sessenta e setenta foram profícuos na produção da sociologia da saúde norte-americana e diversos temas foram problematizados. Diversas temáticas eram investigadas, tais como a crítica à organização dos serviços de saúde, o desafio dos problemas com as doenças crônicas e o acesso ao cuidado médico (*Medicare* e *Medicaid*). Os aspectos relativos à interação profissional, também eram discutidos à época, como os protestos das enfermeiras pela sua posição subalterna na hierarquia médica. Assim, ao final dos anos sessenta, mais de mil projetos de investigação estavam em curso naquele país e havia mais de dois mil pesquisadores nas áreas de economia e sociologia da saúde (NUNES, 2006).

As pesquisas que se sucederam no campo da sociologia médica norte-americana, sobretudo no final dos anos setenta e na década de oitenta, deram maior ênfase à questão referente à relação entre profissionais de saúde, sendo destacado o aspecto microrrelacional, com temas diversificados, tais como: relações interpessoais em estabelecimentos, sobretudo as relações médico-paciente; questões relacionadas ao internato e residência; aspectos no cuidado intensivo neonatal; aspectos sociopsicológicos do comportamento na doença, atenção para as questões sobre a organização da prestação de cuidado à saúde e os

determinantes organizacionais da qualidade do cuidado representados pelas organizações corporativas e sindicais (NUNES, op.cit.).

Entre as contribuições dos estudiosos norte-americanos que se dedicaram à sociologia da saúde, registra-se também a trazida por Freidson (1970), que retomou a noção parsoniana do papel de doente. Para esse autor de destaque também na sociologia das profissões, que inicialmente se dedicou à pesquisa acerca do relacionamento médico-paciente, há uma série de variáveis em torno da noção de papéis sociais e, portanto, há a necessidade de se construir diferentes papéis de doente, de acordo com as diversas características da doença, como sua gravidade, seu caráter estigmatizante, ou se a doença é curável ou incurável. O autor destaca ainda, que assim é possível discriminar a variação das crenças, conhecimentos e costumes e enfatizar o caráter temporal e cultural das variações próprias aos doentes.

Outra significativa contribuição foi dada por Fox (1985) uma das pioneiras da sociologia médica nos Estados Unidos, no sentido de apontar a ausência de um caráter crítico da produção sociológica da década de 70. Para tal autora, algumas lacunas persistiram na produção da sociologia médica, entre elas, destaca-se a não atenção devida aos aspectos referentes à prática social e a decorrente interação entre os diversos atores do campo da saúde.

Acrescenta ainda Fox (idem), que entre as questões analisadas, uma que despertou a atenção foi o fato de que os sociólogos da saúde foram críticos da medicina, tanto quanto, se não mais, observadores sociais da medicina. A autora citada justifica sua análise crítica, assegurando que a sua intenção foi a de apontar algumas lacunas para possíveis temas de pesquisa ainda não contemplados pela sociologia da saúde.

Entre os vários temas por ela ressaltados, destacam-se questões que ainda hoje demandam esforços para a sua análise e compreensão, figurando entre eles, de forma central ou periférica, a temática da relação entre os profissionais do campo da saúde e os usuários dos serviços, ressaltando que os estudos poderiam focalizar os diversos sociais, humanos e culturais. Entre os tópicos citados pela autora destacam-se: as mudanças demográficas na composição de grupos de pacientes, a natureza e freqüência dos problemas de saúde, as concepções sociais e culturais das doenças, as condições humanas dos profissionais de saúde, incluindo os mecanismos de defesa e de enfrentamento no trabalho, estudos sobre hospitais, especialmente voltados para as comunidades ocupacionais formadas pelos não-médicos, paramédicos, pessoal de manutenção, transporte, e demais profissionais.

Nos anos noventa, a sociologia médica norte-americana é marcada pela emergência de novos temas e linhas de análise, dentre os quais destaca-se a abordagem centrada na construção social do diagnóstico e da doença. Acerca dessa questão, Nunes (2003) faz referência a Brown (1995), que, em seus estudos, revisa as principais versões do construcionismo social: a etnometodologia e o interacionismo simbólico, voltadas à sociologia da saúde. Deve-se ressaltar que a construção social do conhecimento médico e a construção social da doença são distintas. A primeira trata das origens das crenças profissionais e do diagnóstico, a segunda, diz respeito à experiência da doença. Brown (1995) afirma:

[...] a construção social de um fenômeno envolve uma multiplicidade de forças sociais que se combinam na criação e modificação do fenômeno. Dessa forma, envolve o impacto das estruturas subjacentes e, por isso, o construcionismo social pode ser uma perspectiva para analisar três níveis de conhecimento e ação: o micro (autoconsciência, ação individual, comunicação interpessoal); médio (hospitais, educação médica); macro (sistema de cuidado à saúde, política nacional de saúde) (BROWN, 1995).

Segundo Brown (idem), a perspectiva construcionista é vista como fundamental para a elaboração de uma sociologia do diagnóstico médico, sobretudo,

considerando a distinção entre o conceito de *disease* e *illness*<sup>6</sup>. Para o autor, o termo *disease* diz respeito a um fenômeno mais biomédico, embora afetado por forças sociais, enquanto o *illness* contempla mais um fenômeno subjetivo. As mesmas forças que afetam a distribuição da doença, também levam a diferentes percepções, concepções, e experiências da situação de saúde. Uma questão ressaltada pelo autor é que o diagnóstico é central para o controle social, pois 'dar um nome' é freqüentemente o ponto de partida para rótulos sociais, segundo Brown, é a voz da medicina em contraste com a voz do mundo da vida (BROWN, 1995).

Certamente, vários outros autores, com temáticas diferenciadas e sob enfoques teóricos e metodológicos diversos, deram a sua contribuição para o fortalecimento da sociologia na saúde nos Estados Unidos; contudo, a intenção presente é tão somente a de pontuar o percurso das principais temáticas que norteavam as pesquisas em sociologia da saúde, entre elas, a discussão acerca da relação entre os atores no campo da saúde.

No tocante à contribuição da Antropologia da saúde, o caminho traçado pelos antropólogos interessados no campo da saúde, seguiu uma linha de desenvolvimento que em alguns pontos foi impulsionado pelas instituições de ensino e pesquisa que desenvolviam questionamentos e discussões exaustivas sobre tal perspectiva. Segundo Canesqui (1994), a antropologia da saúde enquanto ramo aplicado da Antropologia apareceu nos Estados Unidos entre os anos 50 e 60, estando fortemente ligada à Epidemiologia e à Clínica. Dedicava-se também ao estudo da incidência e distribuição das doenças, aos cuidados em instituições médicas, e à etnomedicina (BUCHILLET, 1991 apud CANESQUI, 1994).

---

<sup>6</sup> A doença enquanto processo (*disease*) é considerada referente às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, a doença como experiência (*illness*), refere-se à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente, o aspecto cultural da doença (*sickness*) refere-se ao valor atribuído culturalmente a doença (EISENBERG, 1977 apud UCHÔA, VIDAL, 1994).

Na compreensão de Young (1982), o desenvolvimento da antropologia da saúde nos Estados Unidos deu-se devido à emergência de um discurso antropológico sobre a enfermidade, impulsionado por novas oportunidades de trabalho proporcionadas pelos esforços dos clínicos insatisfeitos com o reducionismo biológico, o que propiciou a inclusão de antropólogos junto à clínica e aos programas de atenção primária e familiar, e ainda devido ao alto estímulo financeiro proporcionado aos cientistas sociais interessados nos temas médicos (YOUNG, 1982 apud CANESQUI, 1994). As contribuições da antropologia ao identificar a diversidade cultural e as suas influências, nas formas de compreensão da saúde e doença, beneficiaram ainda que indiretamente, as relações decorrentes dos encontros terapêuticos.

Alguns estudos que se seguiram apoiados no relativismo cultural norte-americano interessaram-se pelo estudo dos costumes e funcionamento das culturas, enfatizando a relatividade das condutas normais e patológicas. Entre eles, os trabalhos de Benedict (1934) mostraram que aquilo que as sociedades ocidentais consideram fatos patológicos pode ser observado como perfeitamente normais em outras sociedades e vice-versa. Com o paradigma funcionalista, essa postura foi reforçada, a ponto de considerar que cada elemento de uma organização cultural deveria ser observado como tendo um sentido próprio e único, impossível de ser extrapolado para outra organização cultural (CANESQUI, 1994).

Para Queiroz & Canesqui (1986), grande parte das pesquisas sociológicas e antropológicas na área da medicina que se seguiram adotaram uma postura mais empírica, em oposição à grande teoria parsoniana, então predominante na sociologia. Assim, temáticas referentes às minorias étnicas, aos grupos de imigrantes, às populações de origem mexicana e às classes sociais pobres em geral

foram amplamente estudadas. Nos Estados Unidos, muitos estudos no campo da saúde produzidos à época observavam a doença como um fenômeno biológico objetivo, assim como a define a ciência médica ocidental. O interesse concentrou-se nas diferenças comportamentais dos doentes, atribuindo-se essas diferenças às categorias de análises de variáveis tais como etnicidade, cultura, classe social, nível educacional, escolaridade, idade e gênero.

O período compreendido entre as décadas de 50 e 60, a maioria dos estudos em antropologia em saúde foi influenciada pela perspectiva funcionalista que enfatizava o aspecto objetivo da realidade dentro da tradição positivista. Alguns estudos que enfatizaram o aspecto subjetivo seguiram a tradição fenomenológica. Segundo Queiroz & Canesqui (1986), dentro da tradição fenomenológica, duas teorias importantes para o campo da antropologia da saúde enfatizaram o aspecto subjetivo da realidade. A teoria do rótulo (*labelling theory*) e o interacionismo simbólico. Sob essas duas perspectivas, atualmente grande parte dos trabalhos na área da medicina popular tanto nos Estados Unidos como na Inglaterra têm sido produzidos.

Na reflexão de Uchoa & Vidal (1994), vários elementos conceituais e metodológicos interferiram na construção do conhecimento antropológico em saúde. O quadro de referência para o estudo sistemático das representações e comportamentos associados à saúde e à doença teve um fortalecimento significativo com a contribuição da antropologia. Para os autores, o enfoque antropológico re-situa as premissas básicas no horizonte epistemológico, possibilitando uma perspectiva crítica frente a verdades mais fundamentais, tornando possível a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença.

No que diz respeito ao quadro de referência dos estudos antropológicos em saúde, os estudos desenvolvidos por Arthur Kleinman e Byron Good (1985), de Harvard, se situam entre os mais representativos da corrente interpretativa, por fornecerem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Entre outros aspectos, esses estudos destacaram a importância de considerar que as desordens, orgânicas ou psicológicas, só são acessíveis por meio da mediação cultural; a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pelas famílias (KLEINMAN; GOOD, 1985 apud UCHOA & VIDAL, 1994).

Nesse processo de interpretação da experiência ressaltam-se as divergências entre as interpretações do adoecimento. Ou seja, tais perspectivas consideram a interpretação por parte do doente, que o sente; a do médico que se propõe a tratar e a da família que cuida, sendo as diversas interpretações influenciadas pelos aspectos culturais em suas variáveis, que são provenientes de categorias como idade, gênero, classe social, nível educacional e estilos de vida.

Ao registrar de forma sintética o percurso da sociologia e antropologia da saúde nos Estados Unidos, identificamos que o campo das ciências sociais em saúde foi gradualmente se firmando e diversificando as temáticas investigadas. Os estudos acerca de questões e aspectos diferenciados das várias temáticas na área da saúde foram sendo aprofundados à luz de aspectos teóricos e metodológicos das ciências sociais em suas várias abordagens e influenciaram outros estudos nos diferentes países, a exemplo da Inglaterra.

### 2.3 SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NA INGLATERRA

A construção do campo da sociologia médica na Inglaterra é mais tardia do que nos Estados Unidos. As publicações realmente significativas nessa área datam da década de 70 do século passado. Nessa produção destaca-se o estudo de Robinson (1971, 1973) cujas temáticas tratavam respectivamente do processo de tornar-se doente e das relações entre os pacientes e a prática médica, e o estudo de Tuckett (1976) que resultou num extenso livro-texto de sociologia médica, contendo uma detalhada introdução sobre esse campo de conhecimento. Outros autores ingleses como David Field, Peter Draper também se dedicaram à temática da saúde com temas variados, incluindo entre eles, a temática referente à relação entre profissional de saúde e os usuários, o processo do adoecimento, as relações dos doentes com a própria família, trabalho e estilos de vida, organização dos hospitais, organização dos serviços de saúde, as causas sociais da doença e a definição social do adoecimento (NUNES, 2003a).

No final da década de 80, ocorreu uma retomada do crescimento no campo da sociologia médica inglesa que resultou em seu estabelecimento como uma disciplina acadêmica. Uma das constatações para tal amadurecimento foram as publicações do *Social Science & Medicine*, publicado a partir de 1978 e do periódico *Sociology of Health and Illness*, publicado a partir de 1979. À época o que caracterizava esse campo era a diversidade das pessoas envolvidas nas temáticas da saúde e os locais de atuação que envolviam departamentos de ciências sociais universitários, departamentos de enfermagem, escolas médicas, unidades de pesquisa e o *National Health Service*. Outros importantes estudos foram efetivados, a exemplo do empreendido por Annandale (1998) que elaborou uma detalhada

incursão nas relações entre a teoria social e a sociologia da saúde e da doença, cartografando os terrenos intelectuais de onde elas emergiram.

A partir dos anos noventa ocorreu um crescente interesse pelos temas da saúde inseridos no campo da sociologia acadêmica e da sociedade inglesa mais ampla. Contudo, os estudiosos da história da sociologia médica, da sociologia da saúde e da doença na Inglaterra, ao se reportarem às áreas temáticas que prevaleceram nesse campo observaram que estas refletiam as relações entre a sociologia acadêmica, a medicina e as políticas públicas de saúde. As temáticas se detinham nas análises da experiência da saúde e da doença, desigualdades na saúde relacionadas à classe social, provisão formal e informal de cuidados de saúde e nos estudos voltados ao gênero, raça e idade (NUNES, 2003a).

Quanto ao desenvolvimento da Antropologia da saúde na Inglaterra, Queiroz & Canesqui (1986) destacaram que o trabalho pioneiro no campo foi desenvolvido por Rivers (1924), cuja obra ainda hoje é considerada clássica pelos antropólogos da saúde. Entre as contribuições provenientes dos dois médicos e antropólogos, Rivers e Seligman, na década de vinte, destacam-se as teorias nativas sobre a causalidade mágica das doenças (FORTES, 1976 apud CANESQUI, 1994). Ao efetivar uma análise comparativa das medicinas ditas primitivas com a medicina científica, Rivers afirmou:

[...] as medicinas primitivas são no plano teórico mais coerentemente organizadas do que a medicina científica ocidental e, portanto, mais racionais. [...] A arte dessas sociedades é de algum modo mais racional do que a nossa, na medida em que os seus modos de diagnóstico e tratamento seguem mais diretamente as idéias referentes à causação de doenças (RIVERS, 1924, p. 52 apud QUEIROZ & CANESQUI, 1986).

Rivers (idem) conceituou o campo da antropologia da saúde como um subsistema do sistema cultural de uma sociedade, antecipando assim a consolidação das bases da teoria funcionalista. Desse modo, crenças sobre saúde e doença de

povos primitivos deixaram de ser encarados como fenômenos ilógicos, bizarros ou irracionais, passando a ser percebidos como teorias da causação da doença, os quais faziam sentido dentro do contexto cultural a que pertenciam.

Para Rivers, as concepções da doença poderiam ser agrupadas em três categorias básicas, ainda consideradas atualmente na análise das definições populares: a humana, a espiritual ou sobrenatural e a natural. Na categoria humana são consideradas as crenças relacionadas ao fato de que crises e conflitos no relacionamento humano e social em geral, provocam doenças. Nesse enfoque estão inscritas as crenças em mau-olhado, feitiço ou inveja, ou ainda, as crenças de que certos modos de vida e de trabalho de alguma forma podem comprometer a saúde. Há também as crenças de que espíritos ou entidades sobrenaturais podem provocar doenças. Tais crenças remetem a restrições e prescrições de ordem moral, as quais se referem à ordem sócio-cultural. Por sua vez, a categoria natural engloba as crenças de que agentes naturais tais como micróbios ou agentes tóxicos provocam doenças (RIVERS, 1924 apud QUEIROZ & CANESQUI, 1986).

No tocante à contribuição das clássicas etnografias, Canesqui (1994) ressaltou que algumas delas enfocaram temas variados como as práticas de cura, as teorias da doença, os conceitos de mente e corpo, as acusações de feitiçaria, os cultos de possessão e os rituais de cura, realçados por estudos como os de Evans-Pritchard<sup>7</sup> (1937) e Turner<sup>8</sup> (1968), os quais tinham como referência algumas sociedades africanas.

---

<sup>7</sup> Com riqueza de detalhes Evans-Pritchard descreve as relações entre as crenças e ritos do povo Zande enfatizando os 'infortúnios'. Para os Azandes certas pessoas são bruxas e podem lhes fazer mal em virtude de uma qualidade intrínseca – a bruxaria. Os Azande acreditam na bruxaria e a consideram uma substância existente no corpo dos indivíduos considerados bruxos, esta crença é encontrada entre muitos povos da África Central e Ocidental. Uma contribuição de primordial importância dada pelo autor merece registro, a experiência de campo por ele narrada demonstra que a batalha não se trava no campo, mas depois que se volta dele. E comprovando sua sensibilidade com a vivência a partir do trabalho de campo, Evans-Pritchard afirmou, [...] aprendi muito mais com os 'primitivos' africanos do que eles comigo[...]. Muita coisa que não me ensinaram na escola:

Muitos estudos da antropologia social inglesa da década de 70 foram influenciados pelas abordagens históricas sobre a formulação de teorias e pensamentos sobre as doenças. Tais estudos centraram-se na análise dos sistemas médicos não ocidentais, enfocando as cosmologias, as teorias das doenças e processos de cura em sua relação com os especialistas do campo da saúde. A antropologia médica associava-se à antropologia da religião, aos modos de pensar a feitiçaria, aos rituais, aos símbolos e estruturas sociais. Para alguns autores não são consideradas a saúde e doença, mas os infortúnios e suas prevenções, uma vez que saúde, doença e cura, incluem tanto o corpo doente, como a esfera mental, os problemas sociais, as calamidades, conflitos, as disputas pessoais e políticas (EVANS-PRITCHARD, 2004; WARTOVSKY, 1976 apud CANESQUI, 1994).

Ao discorrer sobre o desenvolvimento da Antropologia Social na interface com o campo da saúde, em termos globais, Carrara (1998) ressaltou que ao longo das décadas de setenta e oitenta, a antropologia teve um papel ativo: discutiu ao lado dos doentes, a patologização; ao lado dos marginalizados, a marginalização; e a partir de tal reflexão, possibilitou a instrumentalização para a ação de diferentes grupos sociais que lutavam por uma sociedade mais tolerante e plural. O crescimento da antropologia da saúde, tendo em vista a diversidade das temáticas abordadas faz fronteiras com sub-áreas tais como as da Antropologia Simbólica,

---

coragem, resistência, paciência, resignação e tolerância que eu não conhecia antes. Eu diria que aprendi mais sobre a natureza de Deus e nossa condição humana com os Nuer do que com tudo que me ensinaram em casa (EVANS-PRITCHARD, 2004).

<sup>8</sup> Para Turner (1977) a medicina africana utilizava-se de um paradigma baseado em fatores sociais. Nela, as doenças e as curas eram percebidas como resultantes de crises e reconciliações no relacionamento social. O médico Ndembu exercia as suas atividades de cura mais voltado ao grupo social do que ao paciente individual. Naquela cultura o paciente não melhoraria enquanto as tensões e agressões nas inter-relações grupais não tivessem sido expostas à luz e ao tratamento ritual. O papel do médico Ndembu era se deixar sensibilizar pelas correntes sociais de sentimentos conflituosos e pelas disputas interpessoais e sociais nas quais elas se expressavam, e canalizá-las num sentido positivo Segundo o autor, assim 'as energias cruas do conflito são domesticadas à serviço da ordem social'. Turner teve ainda a intenção de mostrar que mesmo uma medicina dita 'primitiva' como a dos Ndembu pode oferecer lições para a medicina científica ocidental (QUEIROZ, CANESQUI, 1986, p. 3).

Política, do Corpo, da Pessoa, da Ciência, da Doença, do Direito e da Religião, deslocando-se de uma reflexão que parte ainda do que é socialmente considerado mais espiritual, psicológico ou moral, como a loucura e a homossexualidade, para o mais orgânico, físico ou material como a AIDS e as doenças endêmicas.

#### 2.4 SOCIOLOGIA E ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NA FRANÇA

Ainda com o intuito de mapear o percurso da sociologia da saúde tomando por base alguns estudos históricos desenvolvidos, passo a pontuar alguns aspectos da constituição desse campo na França. Segundo Herzlich (2005), a fragilidade corporal e individual da vida humana, a doença e a morte constituem o objeto da medicina. Assim é inegável que há um interesse pelos aspectos sociais do adoecimento, porém, sem uma preocupação verticalizadora, socialmente e culturalmente atribuída às ciências sociais, as quais teriam entre os seus interesses essenciais as complexas redes que constituem a vida social, as instituições, com seus intrincados seus sistemas de valores e de regulações.

Nesse sentido, a contribuição das ciências sociais para o campo da saúde no final do século XX foi fundamental ao analisar temas como os sistemas de cuidados médicos, seu acesso aos mesmos, o impacto social da fragilidade corporal e ainda o sentido atribuído pelos indivíduos à experiência da doença. Contudo, foi na identificação de problemas sociais ligados à saúde de pessoas e populações, demandando ação política que a contribuição da sociologia e antropologia tornou-se fundamental.

Conforme afirma Helzlich (2005), o interesse pelos aspectos sociais da saúde e doença deu-se inicialmente pelos médicos, no final do século XVIII antes mesmo da constituição das ciências sociais. Na França, Cabanis sustentava o projeto de uma ciência do homem que ia da psicologia à moral. No século XIX, médicos higienistas, tais como Villermé, fizeram investigações que prefiguraram os trabalhos da sociologia empírica. Foram estudados os elos entre a pobreza e a saúde, sobretudo, em decorrência da industrialização e urbanização. Por tal atuação, os médicos reivindicaram um papel político para a medicina. Em 1829, o primeiro número da revista *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* afirmava:

[...] A medicina não tem unicamente por objeto estudar e curar as doenças; ela tem relações estreitas com a organização social. Por vezes ela ajuda o legislador na elaboração das leis; amiúde ela esclarece o magistrado no tocante à sua aplicação (HERZLICH, 2005).

Alguns trabalhos deram prosseguimento à vinculação das ciências sociais com a saúde. No entanto, apesar dos higienistas afirmarem que a medicina era uma ciência social, os laços entre as ciências sociais, e em particular entre a sociologia e a saúde pública ou a medicina social, permaneceram frouxos e limitados a alguns casos exemplares. Por muito tempo a sociologia francesa demonstrou maior interesse por temáticas relacionadas ao trabalho, a educação, a família e às religiões. Embora Durkheim tenha explorado as noções de normal e patológico, e enfatizado as metáforas orgânicas, construiu os fatos sociais separadamente dos fenômenos naturais e dos fatos psíquicos, as questões relativas à doença e à saúde, e às realidades do corpo pareciam estar fora do campo social (cf. HERZLICH, 2005).

A partir de 1945, a França adentrou num período totalmente voltado para a medicina. Em parte devido às esperanças geradas pelos progressos terapêuticos. Ao criar a segurança social após a guerra, o Estado assumiu seu papel protetor

proporcionando os meios financeiros para um acesso generalizado aos cuidados médicos. Um consenso uniu a opinião e a classe política: a saúde não tem preço (HERZLICH, 2005). O modelo francês foi considerado uma síntese harmoniosa entre as vantagens da medicina liberal que garantia a livre escolha do médico pelo paciente e aquelas ligadas à garantia da cobertura financeira do tratamento. Em tal contexto, durante mais de duas décadas a saúde pública tornou-se uma disciplina enfraquecida, dominada pela medicina clínica, e nem os poderes públicos, nem o corpo médico, nem a opinião pública se interrogavam sobre uma saúde que exigisse a atenção das ciências sociais.

Ao introduzir a sua reflexão acerca dos passos da sociologia da saúde na França, Nunes destacou uma afirmativa da pesquisadora Kristina Orfali (2001). Em uma análise comparativa a outros países ela destacou os paradoxos franceses na área da saúde e assinalou:

[...] é surpreendente o lento e recente desenvolvimento da sociologia médica no contexto de uma nação onde nasceu não só a sociologia, mas também a clínica. É curioso que a França, de Bichat e Claude Bernard; não desempenhou um papel mais inovador em fazer do adoecimento e da medicina objetos de estudo sociológico (ORFALI, 2001 apud NUNES, 2003).

A obra de Michel Foucault possibilitou um significativo impulso da sócio-antropologia da saúde na França. Suas contribuições serviram de referência para muitos estudos no campo das ciências sociais e medicina, sobretudo, aos voltados para a historicidade dos saberes e das instituições médicas, para a análise do discurso das investigações sobre a doença e a saúde, bem como do discurso do médico, foram temas dominantes da sociologia médica à la française, e têm servido até hoje para a reflexão dos aspectos culturais, ideológicos e políticos da medicina (NUNES, 2003).

Segundo Foucault (1987), a partir da descoberta da anatomia patológica, o interesse médico em relação ao doente foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, na busca de lesões que explicassem as doenças. Em consequência disso, a importância atribuída ao doente foi se tornando cada vez mais secundária, dando-se início à nosologia, que se ocupou por sua vez, das generalizações dos achados anatômicos em detrimento ao que poderia ser referido pelo corpo doente. Nesse entendimento, o sujeito adoecido passou a ser reconhecido como o portador de lesões, sendo estas vistas com interesse pelo médico e pelos demais profissionais do campo da saúde. Assim sendo, sobre esse sujeito que apresentava o corpo adoecido compreender a doença em oposição ao que é saúde passou a depender do achado de fundamentos anatômicos e fisiopatológicos que caracterizassem uma ou a outra, as quais, por conseguinte, passaram a ser definidas pelo médico.

Assim com a anatomia patológica e a fisiopatologia, a relação entre o profissional do campo da saúde com o doente passou a ocorrer por esse ser portador de uma anormalidade registrada no seu corpo, identificada e diagnosticada não a partir de sua percepção, mas em função de uma norma exterior a ele. A única informação capaz de ser compreendida, valorizada e transformada em diagnóstico e terapêutica é a que se refere a este domínio.

A partir dos anos setenta, a saúde passou a ser um dos campos em que se manifestou mais fortemente a tendência crítica que afetava toda a vida social francesa. Num contexto de forte expansão das ciências sociais naquele país, a sociologia da saúde se desenvolveu de modo marcante. O poder médico foi um de seus principais alvos. As denúncias que foram dirigidas a essa categoria

profissional, puseram em causa a sociedade capitalista, a partir de perspectivas de análise freqüentemente marcadas pela influência marxista.

O campo de estudos sociológicos em saúde na França teve a primeira coletânea de textos organizada por Claudine Herzlich, em 1970. Os temas tratados referiam-se a definições sociais da doença e das práticas e instituições de saúde. Posteriormente, com o estudo sobre a descoberta da doença e os usos sociais do corpo, as bases dos estudos contemporâneos da sociologia da saúde foram lançadas (BOLTANSKI, 1979).

A partir das perspectivas históricas e sociológicas, Claudine Herzlich e Philippe Adam (1994) analisaram a evolução histórica das doenças no Ocidente, resultando na análise das condições sanitárias, bem como, investigaram a emergência da medicina científica moderna descrevendo os problemas de saúde das populações e seus determinantes sociais. A doença foi abordada no campo social, relacionada aos atores doentes e às equipes médicas. Foi ainda analisado o funcionamento do hospital, e a doença em todos os lugares da vida social, na família e nos espaços públicos. Ou seja, ainda que não de forma direta, aspectos da relação entre os sujeitos envolvidos no adoecimento, médicos, doentes, familiares e demais atores sociais, eram investigados.

Nos anos setenta, a sociologia médica francesa caracterizava-se muito mais pelas preocupações teóricas, do que pelas empíricas, afirma Nunes (2003). Contudo, uma das suas características era a priorização do discurso sobre as práticas, como fonte de informação para análise.

Nos últimos anos do século XX na França, assiste-se ao desenvolvimento da epidemiologia social que enfoca novamente a fragilidade da vida, ao mesmo tempo corporal e social. Além de se evidenciar as desigualdades sociais, se tenta

compreender como o social atravessa a pele. Para tal, os pesquisadores recorrem a conceitos provenientes das ciências sociais, tais como redes sociais, suporte social e capital social. Em todos os casos, trata-se de ultrapassar a mera análise da posição dos indivíduos na estrutura social e de melhor apreender o que engloba a própria noção de social nos determinantes da saúde. As ciências sociais abordaram ainda outros temas, que permitiram compreender melhor as diversas modalidades de interação entre as dimensões corporais e sociais da fragilidade da vida (Op. Cit.).

A análise dos sistemas de cuidados médicos e de seu funcionamento, feita por sociólogos e economistas, evidenciou constantemente a importância fundamental das variáveis sociais, incluindo além da posição na hierarquia social, o nível de educação, a etnia e o gênero. Essas categorias influenciaram a própria estruturação dos serviços, como ao fundar a distinção entre o público e o privado e o acesso das populações com ou sem a intermediação de um sistema de seguro-doença. No entendimento de Herzlich (2005), em vários aspectos, a fragilidade social de uma pessoa, de uma família, de um grupo, de uma população, ou de uma nação, interfere na qualidade da resposta em termos de sua fragilidade corporal. Ela entrava ou altera seu tratamento e sua reparação; o mesmo ocorrendo quanto ao acesso à prevenção, esta é marcada pelas desigualdades sociais. Sobre tais questões Herzlich (2005) notificou:

[...] O estudo da vida cotidiana de pessoas com uma doença crônica demonstra na maior parte das vezes uma desestabilização irreversível: a ruptura das rotinas cotidianas, a necessidade de reavaliar os comportamentos habituais, os conhecimentos da experiência em que se firma a existência pessoal de cada um, notadamente da vida em família e no trabalho (HERZLICH, 2005).

Registra-se, portanto, que estudos das diversas temáticas inerentes às questões de saúde e aos diversos atores com ela envolvidos, foram efetivados. Aqueles que se dedicaram a uma análise aprofundada das questões que envolvem

a doença crônica puderam identificar as diversas desorganizações que se efetuam na ordem social cotidiana, desde a fragilidade em relação às exigências corporais e biológicas, às dificuldades de reorganização nas várias esferas, sobretudo nas profissionais e econômicas. A partir dessas análises, abriu-se espaço para do corpo, durante certo tempo negligenciado pelas ciências sociais. Em contrapartida, essas disciplinas puderam contribuir para modificar a perspectiva que os profissionais da saúde têm dos estados corporais, suas disfunções e sua fragilidade.

Outra vertente francesa de investigações dedicou-se à análise do sentido atribuído à experiência da doença pelas pessoas que a vivenciaram. Nesses estudos, em que é demonstrada a importância das dimensões corporais da identidade, bem como, o conjunto dos aspectos ligados à auto-estima comprometidos pelas doenças crônicas e enfatiza-se a importância das relações sociais para o entendimento do campo da saúde, uma vez que o sentimento de vergonha ligado às degradações do corpo é expresso no contato com outras pessoas, o '*stigmates ressentis*', e até a impressão da perda de si, freqüentemente presente nas narrativas dos doentes referentes ao seu adoecimento. A análise dos sentidos atribuídos à experiência da doença mostrou o quanto o corpo é importante para a percepção da identidade. Os pesquisadores identificaram as mudanças na auto-estima, ocasionadas pelas doenças crônicas; sentimento de vergonha relativo ao estado de deterioração do corpo e o *estigma*<sup>9</sup> sentido nas diversas interações sociais.

---

<sup>9</sup> Para Goffman o termo estigma, utilizado pelos gregos, representava os sinais corporais visíveis que desqualificavam moralmente seus portadores. 'Os homens que traziam essas marcas, geralmente escravos, criminosos ou traidores, deveriam ser evitados no espaço público'. Com o fortalecimento do Cristianismo, as marcas corporais representavam a 'graça divina', que se manifestava através da pele. Foi também associado às referências médicas, representando perturbações físicas. Para Goffman 'a sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria' (GOFFMAN, 1993, p. 11).

Diferentemente das doenças agudas, que compromete temporariamente a vida cotidiana, os sociólogos observaram nas experiências da doença crônica, evidências de uma desestabilização irreversível: a imprevisível sucessão de dias bons e ruins (CHARMAZ, 1991 apud HERZLICH, 2004), a prolongada interrupção das rotinas cotidianas e a necessidade de rever os comportamentos usuais, os posicionamentos táticos e o conhecimento empírico na vida do indivíduo na família e no trabalho e nos demais espaços sociais (HERZLICH, 2004).

Ressalta-se ainda, a contribuição das ciências sociais em um plano macrossocial. O enfoque sócio-cultural da saúde e da doença possibilitou que fosse revelada a importância dos desafios associados ao valor-saúde nas sociedades atuais, com essa visão pôde ser demonstrada a expansão de sua presença no espaço público e no debate político e analisada a extensão de sua dimensão simbólica.

Para Pimentel (2003 apud Herzlich, 2004), a saúde é um ponto de convergência do econômico e social, do individual e coletivo, do público e privado, da eficiência e a equidade, do conhecimento e da ação, da tecnologia e cultura. Assim, as questões antigas e fundantes da sociologia concernentes à relação indivíduo e sociedade ou entre o público e privado, podem ser igualmente analisadas por pesquisadores do campo das ciências sociais em saúde.

Nesse entendimento, Herzlich (2004) parafraseando o antropólogo francês Marc Augé (1984), assinala [...] o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas. Essa imprecisão pode ser estender à saúde? Tais processos pertencem ao domínio privado ou ao público? Sabe-se que a saúde e a doença afetam vários aspectos da vida privada, diz respeito a relacionamentos fundamentais, a exemplo dos profissionais e, sobretudo,

as relações familiares, que estão profundamente envolvidas na preservação da saúde e em seus cuidados. Contudo, doença e saúde não podem ser pensadas sem relacioná-las ao domínio público. A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras. Portanto, tornou-se pertinente analisar como as disciplinas acadêmicas podem contribuir para a investigação da saúde e da doença, enquanto experiência privada e pessoal, bem como a lidar com sua presença no espaço público, articulando assim, o individual e o coletivo.

Ainda acompanhando o percurso das ciências sociais na França, a partir dos anos noventa até os dias atuais, as narrativas em primeira pessoa, espontâneas ou produzidas no contexto da pesquisa sociológica fascinaram de modo crescente os sociólogos que pesquisavam sobre as doenças. Diversas publicações nesse campo traziam um ou mais artigos sobre o tema, tornando-se a noção de narrativa um conceito-chave (HYDEN, 1997 apud HERZLICH, 2004). Em alguns estudos científicos sobre essas narrativas, pode se identificar que os pontos de vista dos indivíduos doentes se distanciam das descrições e concepções da biomedicina. Contudo, convém atentar para o fato de que a narrativa não é neutra, ela sempre se destina a alguém e busca algum objetivo subjacente.

Ao elaborar um panorama geral e demarcar os momentos mais significativos da trajetória do campo da sociologia da saúde na França, foi identificado que seu desenvolvimento comparado a outros países, embora tenha se dado em menor extensão, se fortaleceu e contemplou uma gama de temáticas. Ressalta-se ainda, que no tocante as escolas de pensamento que orientaram a produção científica neste campo, pode se identificar uma perspectiva pluralista, que embora seja benéfico por um lado, pode resultar em um grau de maior dificuldade de integração teórica e metodológica.

No que diz respeito à Antropologia da saúde ou da doença na França, Canesqui (1994) registrou que por volta dos últimos anos do século XX, esta ainda se encontrava incipiente. A corrente francesa criticou o pragmatismo americano na antropologia da saúde e propôs uma antropologia da doença, mais afinada à teoria antropológica e capaz de renová-la (AUGÈ, 1986 apud CANESQUI, 1994). Nos estudos antropológicos franceses, as temáticas privilegiaram o significado ou as representações da doença, sua causalidade, as medicinas tradicionais e a medicina moderna.

Na produção francesa em antropologia da saúde, um destaque diz respeito a duas referências: a publicação de *Anthropologie de la maladie*, de François Laplantine (1986), cujo estudo etnológico voltava-se aos sistemas de representações etiológicas e terapêuticas na sociedade ocidental; e a publicação de textos organizados por Anne Retel Laurentin (1987) resultantes do 1º Colóquio Nacional de Antropologia Médica, denominado *Étiologie et Perception de la Maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles* (HERZLICH, 2005).

Em face do pluralismo etiológico e terapêutico, a publicação de François Laplantine (1986), propôs uma antropologia da morbidez e da saúde, capaz de analisar as formas elementares da doença e da cura, numa perspectiva metacultural e comparativa. O esforço desse autor foi o de encontrar os modelos etiológicos e terapêuticos na sociedade francesa contemporânea, sem excluir a comparação com outras sociedades.

A contribuição da antropologia para a área da saúde possibilitou refletir sobre a influência dos aspectos culturais na determinação da doença. Frequentemente, as informações culturais não eram consideradas relevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde em geral. Comumente, as informações

vistas como essenciais resumem-se às referentes ao diagnóstico biomédico. Os demais dados, e, sobretudo, os referentes ao impacto dos fatores sociais e culturais, ainda nos dias atuais, são tidos como acessórios (KLEINMAN, 1987). Contrariando tal entendimento, diversos estudos demonstraram a grande influência exercida pelo universo social e cultural sobre a adoção de comportamentos de prevenção ou de risco e sobre a dinâmica interna dos serviços de saúde (TAYLOR et al., 1987, citado por UCHOA & VIDAL, 1994).

Tomando por base as elaborações desenvolvidas por Raynaut (2006), sobre as interfaces entre a antropologia e a saúde na França, identifica-se que esse debate, embora possível e até necessário, se constitui um desafio. Conforme as reflexões iniciais do autor, como fazer com que disciplinas que lidam com pessoas doentes, que buscam soluções para seu sofrimento físico, considerem o fato de que a essência da pessoa humana vai muito além do seu corpo biológico - sendo ela um ser que pensa, imagina, simboliza, vive tanto de afetos e fantasmas quanto de alimentos materiais? Como fazer com que os especialistas cuja atuação se dirige aos pacientes - seja para curá-los ou para educá-los - admitam o fato de que cada pessoa está inserida em redes, estruturas, formas de pensamento coletivas que, até certo ponto, orientam o seu comportamento? Qual a conduta a ser adotada a fim de que se admita que as sociedades humanas, também não podem ser circunscritas à sua dimensão cultural, considerando as suas representações, seus modelos de comportamento, o modo como elas organizam as relações entre seus membros?

Mediante tais indagações, Raynaut (2006) sugere que um dos principais desafios a serem superados consiste em tentar restituir, de alguma forma, o caráter de totalidade do mundo no qual atuamos. Para ele, na sua essência o mundo real é total; feito de inter-relações e interações entre os muitos elementos que o compõem.

Tal totalidade do mundo, sua unicidade, foi uma das primeiras formas de compreensão do pensamento humano a respeito do universo e da posição do homem nele.

No desenvolver da sua análise Raynaut (2006) destaca duas dimensões da contribuição da antropologia na compreensão, mudança e transformação de aspectos da existência concreta de uma sociedade e das dinâmicas que a fazem se reproduzir. Para ele, as dimensões fundamentais da disciplina constituem dois eixos de uma problemática que ocupam uma posição central no seu espaço epistemológico: um eixo que contempla a análise dos fatos sociais, do individual ao coletivo, tentando entender como se articulam estes dois pólos na estruturação de toda realidade social concreta; e o segundo eixo voltado à observação da realidade, do material ao imaterial, que intenciona suprimir a dicotomia ou o antagonismo, que opõe as chamadas disciplinas 'duras' e disciplinas humanas ou sociais.

Assim, mesmo considerando os aspectos estruturais que interferem em tensões clássicas presentes em todo sistema social (indivíduo/sociedade, público/privado), deve-se levar em conta os aspectos individuais que fazem da dominação do corpo, o nível mais fundamental da construção social. Isto é, a fim de fundamentar sua permanência como sistema organizado, toda e qualquer sociedade necessita imprimir sua marca sobre os corpos dos seus membros. Assim, são impostas as suas normas, cânones, a fim de socializar prioritariamente as funções biológicas de perpetuação - as funções reprodutivas e de controle da força de trabalho sobre a qual repousa a produção de bens materiais, essenciais à reprodução do sistema e ao funcionamento de suas instituições (ibidem).

Analisar tais questões inscritas na rubrica da sociologia da saúde ou da sociologia do corpo implica em considerar o corpo, quer descrito em termos de

proteção ou controle, como objeto de profunda socialização. É o corpo que propicia a experiência mais íntima da individualidade, em que cada um é submetido, sem nenhuma mediação, às exigências e solicitações do espaço social ou campo e de seu próprio corpo. Mesmo que a resposta a essas necessidades estabeleça relação com outra pessoa, apenas cada um de nós vivencia, concretamente, as ocorrências atribuídas ao corpo, desde a doença à recuperação do bem-estar e da saúde (RAYNAUT, 2006).

Para a antropologia da saúde ou do corpo, estudar as modalidades de expressão da tensão fundamental entre indivíduo e a coletividade representa um objeto de pesquisa essencial. Nesta perspectiva, registra-se, ainda no âmbito do cenário intelectual francês, o trabalho empreendido por Marcel Mauss, por considerar que grande parte do interesse dos seus estudos referia-se à relação entre o indivíduo e o grupo social ao qual pertenciam.

Marcel Mauss, em sua célebre obra 'As Técnicas Corporais' em 1934<sup>10</sup>, esquadrinhou os diversos movimentos corporais ao longo do tempo e de diversas culturas, associando-os aos fatores condicionantes da ordem social. Em 1974, na introdução à obra de Marcel Mauss 'As Técnicas Corporais' em Sociologia e Antropologia<sup>11</sup>, Lévi-Strauss destacou que, em geral, as linhas de interesse de pesquisa efetivadas por Mauss convergiram em duas grandes temáticas de estudos. Uma, em torno da medicina psicossomática, na união do biológico e das imagens mentais socialmente construídas, do físico e do simbólico, do fisiológico e do social. E, uma segunda frente de estudos, que buscou analisar as formas dos movimentos corporais, os modos de higiene, as posturas, os gestos, a maneira de olhar, falar, e

---

<sup>10</sup> Artigo originalmente publicado no *Journal de Psychologie*, XXXII, 3-4, 15 de março - 15 de abril 1936. *Communication présentée à la Société de Psychologie* em 17 mai 1934.

<sup>11</sup> A Célebre introdução da obra de Mauss feita por Lévi-Strauss pode ser lida na obra *As Técnicas Corporais*: in Sociologia e Antropologia, MAUSS M. (1974).

demais questões referentes ao corpo, focalizando as maneiras pelas quais o indivíduo sofre os condicionamentos de sua sociedade, que lhe impõe um sistema de práticas comum. Esse resultado histórico e coletivo individualiza-se em cada agente social, apesar das regularidades grupais passíveis de serem estudadas.

Para Mauss (1974), a educação da criança é plena de detalhes que são essenciais. Ele considera ainda, que em todos os elementos da arte que utilizam o corpo humano, os fatos da educação dominam. Mauss demonstra que a conformação das pequenas particularidades é o campo de batalha da integração da regularidade das estruturas sociais, e conclui que em suma, não existem no indivíduo adulto maneiras, comportamentos, gestuais, posturas, políticas de espaço naturais. Isso mostra o caráter sistemático, estrutural da transmissão das técnicas do corpo e da relação do indivíduo com ele.

A temática do corpo também esteve presente nas reflexões de Bourdieu e pode caracterizar um ponto de convergência entre o pensamento desses estudiosos das ciências sociais. Para Bourdieu (1972) *apud* Montagner (2006);

[...] se todas as sociedades (e, coisa significativa, todas as instituições totalitárias, como disse Goffman, que pensam realizar um trabalho de 'deculturação' e de 'reculturação') investem uma tal atenção aos detalhes aparentemente os mais insignificantes da atitude, da postura, das maneiras corporais e verbais, é que, tratando o corpo como uma memória, elas lhe confiam sob uma forma abreviada e prática, a bem dizer memotécnica, os princípios fundamentais do arbitrário cultural (BOURDIEU, 1972 *apud* MONTAGNER, 2006, p. 519).

Outro ponto de convergência entre Bourdieu e Mauss destacado por Montagner (2006), refere-se à razão prática coletiva e individual, a uma natureza social das disposições humanas, ou seja, do *habitus*. Mauss, em seu célebre *Técnicas do Corpo*, destaca:

[...] eu tive então, durante muitos anos, esta noção da natureza social do *habitus*. Eu insisto que se perceba que eu digo em bom latim, compreendido na França, *habitus*. A palavra traduziu, infinitamente melhor que "hábito" [habitude], a "hexis", o "adquirido" e a "faculdade" de Aristóteles (que era um psicólogo). Ele não designa esses hábitos metafísicos, esta memória misteriosa, assunto de livros ou de curtas e famosas teses. Esses hábitos

variam não só simplesmente com os indivíduos e suas imitações, eles variam, sobretudo de acordo com as sociedades, as educações, as conveniências e os modos, os prestígios. É preciso ver aí as técnicas e o trabalho da razão prática coletiva e individual, lá mesmo onde não vemos normalmente mais que a alma e suas faculdades de repetição (MAUSS, apud MONTAGNER, 2006).

Nesse percurso sobre a sociologia da saúde na França, identificamos as diversas aproximações possíveis, culminando com as contribuições de dois ícones das ciências sociais, tomando o corpo como um possível mediador prático entre o simbólico e o social. O que justifica o interesse dos autores citados pela temática, quer para a compreensão das técnicas corporais em si, quer sob a consideração da abrangência das práticas sociais, incluindo a noção de fato social total<sup>12</sup>; demonstrando assim, a tentativa em reunir fatos da vida material e da cultura em um mesmo esforço de compreensão das realidades sociais.

## 2.5 A SOCIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, o florescer das ciências sociais em saúde foram decorrentes de propostas pactuadas e extensivas ao continente americano. Na América Latina, a origem das ciências sociais caminhou junto com as motivações engendradas por seminários conduzidos pela Organização Panamericana de Saúde sobre as reformas curriculares dos anos 50, em Viña del Mar no Chile, em 1955, e em Tehuacán, no México em 1956. A partir daí, foram estruturados os aspectos

---

<sup>12</sup> Um fenômeno social, segundo Mauss, não pode ser compreendido se reduzido ao entendimento de apenas uma de suas partes. A sua totalidade deve ser buscada, e, esclarecidos os múltiplos nexos que o constituem. Dessa forma, tanto a doença quanto o seu tratamento devem ser vistos na sua inter-relação com a sociedade, que diz respeito, ao mesmo tempo às condições coletivas e individuais, simbólicas e materiais da doença. Assim, com a compreensão da totalidade, desde o processo de diagnóstico à cura, há o registro das possíveis interferências, que incluem das tendências mais amplas, como organizações de serviços e fabricações de medicamentos, aos elementos simbólicos inerentes à relação médico e paciente (MAUSS, apud MARTINS, 2003).

doutrinários e de organização do ensino da medicina preventiva e social para o continente. A filosofia dessa proposta era a de atenção integral ao indivíduo e sua família, a formação biopsicossocial na prática da medicina integral, preventiva, curativa e de reabilitação e a ação participativa na solução dos problemas da comunidade (NUNES et al 2003b).

Segundo Nunes e col. (2003b), no documento elaborado em Tehuacán, em 1956, há o detalhamento do programa a ser desenvolvido, e dois pontos básicos ressaltaram que o ensino em saúde deve proporcionar ao estudante conhecimentos nos seguintes aspectos:

[...] do indivíduo como unidade biológica, em que se incluirá o ensino da biologia, genética, psicologia; b) do homem como unidade social, tendo presentes as relações recíprocas com o meio ambiente físico-químico, biológico e sociológico, por meio do ensino de aspectos de sociologia geral, ecologia, antropologia social, saneamento, epidemiologia e bioestatística (OPS, 1976 apud NUNES et al (2003b).

Visando a atender tais objetivos, na segunda metade dos anos sessenta, deu-se a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social nas Instituições Federais de Ensino Superior. Nestes, as disciplinas que abordavam o social começaram a aparecer, daí a associação natural das ciências sociais à medicina, propiciando o desenvolvimento da medicina social, saúde pública, saúde coletiva, medicina comunitária, medicina da família e saúde da família. As discussões acerca do ensino em saúde se estenderam ao longo das décadas e algumas determinações foram importantes no desencadeamento de propostas no sentido de considerar que:

[...] o ponto de partida para o processo formativo reside no processo de atenção à saúde; deve haver a superação das dicotomias teoria/prática, básico/clínico e preventivo/curativo; precisam existir a integração multidisciplinar e a inserção do processo de ensino em toda a rede de serviços (ALMEIDA, 2001 apud NUNES, 2003b).

Diversas propostas, como as de medicina integral e medicina comunitária, foram desenvolvidas ao longo da década de setenta, sendo consideradas como movimentos racionalizadores de reforma da educação médica, com potencial para

introduzir modificações parciais, mantendo o essencial dos modelos hegemônicos de formação e de prática. Para Almeida,

[...] a medicina integral permaneceu no âmbito da retórica e a medicina comunitária será substituída pela IDA (Integração Docente-Assistencial) como forma de substituir os chamados 'laboratórios de comunidade', adotados pelos departamentos de medicina preventiva e social para colocar os estudantes de medicina em contato com a realidade social de bairros urbanos pobres da periferia (ALMEIDA, 2001 apud NUNES, 2003b).

Os cursos de graduação em medicina no Brasil foram a porta de entrada das ciências sociais em saúde. E desde a metade dos anos sessenta até hoje, as humanidades são referidas como fundamentais nas reformas curriculares das escolas médicas brasileiras. O documento da CINAEM<sup>13</sup> explicita que a crescente importância dos aspectos psicológicos, sociológicos e antropológicos da medicina torna a inclusão destes conteúdos uma prioridade para os novos currículos, embora na prática essa questão não seja devidamente considerada, conforme aponta os estudos sobre a educação médica (SCHRAIBER, (1997), MOURA (2004), RUIZ-MORAL (2007). Contudo, o documento formulado pela comissão responsável pela avaliação das escolas médicas assinala:

[...] a anatomia e a fisiologia foram fundamentos da medicina clássica, a física e química foram as disciplinas básicas da medicina do século XIX, as disciplinas sociais ou ecológicas serão essenciais para a medicina do terceiro milênio. Antropologia Médica, História da Medicina, Psicologia e Pedagogias Sociais, Sociologia e Epidemiologia, Estatística e Ética Médicas, dentre outras, serão fundamentais para erigirmos uma nova teoria da medicina, preocupada com as tarefas curativa, preventiva e reabilitadora, mas também com a melhoria da natureza humana e o bem-estar social, através do atendimento adequado às necessidades de saúde de indivíduos e populações (ALMEIDA, 2001).

Outro aspecto a ser registrado, refere-se à crescente produção científica na área da saúde no Brasil que utiliza referenciais teóricos das ciências humanas, resultado em grande parte, de dissertações e teses produzidas nos cursos de pós-graduação tanto em saúde coletiva como nos cursos da área de ciências humanas. Segundo Nunes (2003a), cerca de 50% dos conteúdos de ensino nos cursos de pós-

<sup>13</sup> CINAEM: Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas

graduação em saúde coletiva podem ser incluídos na rubrica das ciências humanas. O estudo do processo saúde e doença e a organização das práticas de saúde, consideradas as duas questões centrais para o campo da saúde, não poderão ser compreendidas em toda a sua extensão e complexidade sem as ciências humanas. Assim, para a formação dos profissionais de saúde torna-se fundamental a presença dos estudos humanísticos em seus planos de estudo (Op. Cit.).

O desenvolvimento da antropologia da saúde no Brasil se deu de forma distinta do ocorrido nos Estados Unidos, Inglaterra e França. Segundo Canesqui, na década de oitenta, a antropologia da saúde embora em expansão, ainda não despertava interesse suficiente na pesquisa das temáticas da saúde, inexistindo assim, um consenso entre os antropólogos a fim de constituir essa sub-área do conhecimento. Um possível reflexo dessa indefinição foi identificado nas diversas denominações adotadas no Brasil: antropologia da saúde, antropologia nutricional, antropologia e saúde, antropologia e medicina, antropologia médica, o desvio, as aflições, perturbações físico-morais, pessoa, corpo. Diante desse variado panorama, distintos enfoques nas relações da antropologia com as ciências médicas se configuraram.

Em seu estudo, a partir de uma pesquisa bibliográfica, Canesqui (1994) reuniu um conjunto de 120 títulos relativos à produção acadêmica de antropologia da saúde no Brasil nas décadas de setenta e oitenta. Nesse estudo, ainda contextualizou algumas condições de produção de pesquisa e temas investigados, bem como, analisou sua permanência, continuidades ou rupturas em relação a outros temas anteriormente abordados. Em linhas gerais, essa produção revelou o crescente interesse antropológico na análise do fenômeno saúde-doença, que se distanciava da visão naturalizada e dominante no modelo biomédico.

A antropologia relativa às questões ligadas à Medicina feita no Brasil nas décadas de setenta e oitenta proporcionou conhecimentos sobre temas como alimentação, saúde e doença, focalizando problemas que afligiam principalmente as classes trabalhadoras ou alguns grupos minoritários. Na metade da década de setenta foi crescente o interesse antropológico pelos hábitos e ideologias alimentares e análises sobre as concepções do corpo e curas religiosas. Além desses temas, as taxonomias populares e dos profissionais de saúde a respeito do corpo humano foram estudadas, concluindo-se que o universo classificatório que informa as concepções e os tratamentos relativos à saúde e a doença encerram explicações sobre o universo cultural e o modo de inserção dos sujeitos na sociedade (IBÃNES-NOVIÓN, 1978, IBÃNES-NOVIÓN; TRINDADE SERRA, 1978 apud CANESQUI, 1994).

Na década de oitenta, foram focalizados os distintos saberes e práticas de cura, as instituições e seus especialistas em diferentes regiões do país, bem como as questões referentes à extensão dos cuidados médicos, seu confronto ou complementaridade com outras práticas de cura, especialmente aquelas inscritas no campo religioso, a exemplo da umbanda, do pentecostalismo e do espiritismo.

Em sua investigação, Canesqui (idem) registrou o crescente interesse antropológico pelo campo da saúde mental que passou a ser cada vez mais estudado, não apenas por antropólogos, mas por psiquiatras, psicólogos e psicanalistas interessados e treinados nos métodos antropológicos. Assim, foram frutos de investigações antropológicas os movimentos voltados aos saberes e práticas da medicina oficial e as tentativas de reformulações de modelos assistenciais tradicionais de reclusão da doença mental, tais como, asilos, manicômios judiciários, hospitais psiquiátricos, impulsionados pelo processo

democrático e pela reforma das práticas tradicionais psiquiátricas e por outras correntes.

Nas pesquisas desenvolvidas alguns autores enfocaram as representações populares de saúde e doença, no entanto, essas se configuravam como um corpo de idéias permanentemente criadas, recriadas e reelaboradas pelas classes trabalhadoras e não apenas legitimadas pelas classes dominantes do corpo. Outra temática considerou a oposição das culturas eruditas e populares, identificando na medicina popular praticada por benzedeadas, uma alternativa eficaz para resistir aos domínios da medicina erudita, a partir dos pressupostos da criatividade e autonomia da cultura popular, ignorando a interpenetração de ambas (COSTA, 1980; OLIVEIRA, 1983a, 1983b apud CANESQUI, 1994).

No tocante ao mecanismo da dominação da medicina, Canesqui citou um importante estudo desenvolvido por Loyolla (1984, 1987) em que foram consideradas as mediações dos diferentes saberes hierarquizados no campo da oferta de serviços de cura que interferiam nas concepções do corpo, das doenças e da saúde das classes trabalhadoras, considerando a importância da hierarquia social no quantum de capital cultural e econômico detido tanto pelos especialistas de cura como pela clientela estudada (LOYOLLA, 1984; 1987, apud CANESQUI, 1994).

Em uma nova análise sobre os estudos antropológicos desenvolvidos no Brasil na última década do século XX, Canesqui (2003) registrou a expansão e amadurecimento do campo. A autora registrou que os antropólogos e profissionais de saúde que incorporaram os referenciais teórico-metodológicos da antropologia nas suas pesquisas e reflexões, alcançaram visibilidade e maior legitimidade acadêmica. Algumas posturas foram mais cautelosas quanto à partilha ou especialização dos objetos disciplinares, enquanto outras preferiram a singularidade

e a identidade da nova especialidade (DUARTE, 1994; CARRARA, 1994 apud CANESQUI, 2003).

Das alianças possíveis, destacou-se a afinidade entre a saúde coletiva e a antropologia da saúde. No dizer da autora, diferentemente dos estudos das ciências sociais na década de setenta, cujas posturas críticas reflexivas predominavam, na década de noventa, a importância da interdisciplinaridade na saúde coletiva e saúde pública teve destaque. Ao registrar o desenvolvimento da antropologia da saúde, Canesqui identificou os fatores que concorreram positivamente para a expansão da produção científica, e destacou alguns aspectos que contribuíram para tal expansão.

Dentre eles, destacaram-se:

[...] uma maior flexibilidade, tanto na saúde coletiva quanto nas ciências sociais, para novos objetos que podem suscitar mudanças ou permanências nas visões de mundo e valores de nossa sociedade, tais como, questões de gênero e sexualidade, a extensão dos direitos de cidadania, a emergência da Aids, os processos de desinstitucionalização da loucura junto com a atuação de alguns movimentos sociais; a ênfase recorrente aos processos não biológicos das enfermidades; os novos critérios de avaliação dos cursos de pós-graduação que estimularam o mercado editorial com novas revistas, ampliação de edições de livros e artigos no assunto, dando vazão à crescente produção acadêmica; o apoio às pesquisas pelas agências nacionais e o estímulo ao financiamento de estudos antropológicos por algumas fundações internacionais na promoção de temas como: gênero, sexualidade; saúde e reprodução, envolvendo a academia e organizações não governamentais. [...] Outros temas se estimularam acadêmica e politicamente, devido ao longo processo de reorganização dos processos de desinstitucionalização da loucura, como a saúde mental, cujas pesquisas, de interesse a este trabalho, mobilizaram redes multicêntricas nacionais e internacionais (CANESQUI, 2003).

Entre os estudos desenvolvidos na década de noventa no Brasil, diferentes perspectivas nas abordagens da saúde/doença foram eleitas. Uma parcela das investigações aprofundou conceitos e metodologias, enquanto outros lançaram mão de procedimentos etnográficos ou de técnicas qualitativas para estudar a temática da saúde. No que diz respeito a conceitos e metodologias adotados nas pesquisas o uso da noção durkheimiana de representação social<sup>14</sup>, foi amplamente adotada em

---

<sup>14</sup> O termo 'representação coletiva', proposto por Durkheim, enfatiza a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para esse autor, assim como a

referência a certas imagens da realidade. O conceito de representação foi utilizado também em substituição ao de simbolismo, detentor de grande tradição de análise no campo da antropologia. Tal conceito derivou-se das interlocuções entre disciplinas como a psicologia social, antropologia e sociologia, na busca do sentido e como forma de conhecimento.

Ao estudar as representações de saúde e doença como realidade *sui generis*, Herzlich buscou inspiração na linha de trabalhos antropológicos, convergindo com a idéia durkheimiana de um 'pensamento social', a autora afirmou:

[...] em cada sociedade, há a existência de um discurso sobre a doença que não é independente do conjunto dessas construções mentais de expressão. Por vezes, ele é uma via de acesso privilegiado ao conjunto de suas concepções, de seus valores e de suas relações de sentido. [...] qualquer que fosse a importância da medicina moderna, a doença é um fenômeno que a ultrapassa, [...] a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido. [...] através da análise da gênese da doença, imputada à sociedade agressiva e opressora, atribuída a um "modo de vida" moderno e urbano, "malsão", imposto ao indivíduo (que se identifica à saúde), pode mostrar como a interpretação coletiva dos estados do corpo colocava em questão, no sentido próprio, a ordem social. Nossas visões do biológico e do social apareciam, assim, relacionadas entre si, tal como podemos encontrar, sob outras formas, em numerosas sociedades (HERZLICH, 2005).

Para Herzlich (2005) a dupla oposição saúde–doença e indivíduo-sociedade, que organizam a representação, dão sentido à doença. A partir da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas imposições, tais como o indivíduo as vive. Neste entendimento, a doença adquire uma significação, [...]. Para nós, como para os primitivos, provavelmente, é importante, que a doença, se ela é desordem, não seja acaso; é provavelmente importante que, enquanto desordem,

---

representação individual deve ser considerada um fenômeno psíquico autônomo não redutível à atividade cerebral que a fundamenta, a representação coletiva não se reduz à soma das representações dos indivíduos que compõem a sociedade. Ela é também uma realidade que se impõe a eles: 'as formas coletivas' de agir ou pensar têm uma realidade fora dos indivíduos que, em cada momento, conforma-se a elas. São coisas que têm existência própria. O indivíduo as encontra formadas e nada pode fazer para que sejam ou não diferentes do que são (HERZLICH, 2005).

ela seja significativa. Ela encarna a imposição social (HERZLICH, 1981, p. 177 apud HERZLICH, 2005).

No tocante as representações de saúde e doença Adam; Herzlich (2000) apontaram que, na interpretação dos fenômenos orgânicos, as pessoas se apóiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas, conforme os grupos sociais a que pertencem. Certas doenças firmam-se no imaginário coletivo, enquanto outras, em função das experiências e do contexto cultural, os indivíduos elaboram ou reelaboram interpretações apoiando-se em recursos coletivos.

Nessa investigação acerca da antropologia da saúde e doença no Brasil na década de noventa, Canesqui (2003), fez referência a diversos autores que abordaram as representações do corpo e doença ou do seu funcionamento e estrutura. Entre eles, ressaltou Durkheim, Mauss, Bourdieu, Herzlich, Boltanski, Augé, Montero, Loyola, Duarte, Knauth, Victora, Oliveira. Tais estudos levaram em conta os seguintes pressupostos:

- 1) cada sociedade ou grupo social dispõe de maneiras específicas de conceber e lidar com o corpo, sendo que o saber biomédico contribuiu, ao longo da história, na difusão de sua naturalização, tida como universal; 2) da doença, como fenômeno social, que é capaz de estabelecer uma relação entre as ordens biológica e social, atingindo concomitantemente o indivíduo, no que deve à biologia - o seu corpo - a sociedade e as relações sociais; e 3) das muitas indagações e significados, suscitados pela doença na sociedade, superando os estreitos limites biológicos do corpo e as explicações biomédicas (CANESQUI, 2003).

Para Knauth (1992), citado por Canesqui (2003), uma das formas de perceber a doença expressa a importância do uso social do corpo como meio de existência para aqueles que dele dependem para sobreviver. Nesse entendimento, o significado da doença remete à ordem social, porque sua presença tanto afeta a reprodução biológica do indivíduo, quanto a sua reprodução social, em termos de reprodução das condições de existência.

De uma forma panorâmica, as principais contribuições das ciências sociais em saúde no Brasil foram destacadas. Por fugir do propósito desse estudo, não pudemos contemplar as várias temáticas, algumas palpitantes, como as racionalidades médicas e a bioética, assim como não nos detemos nas diversas perspectivas teóricas e metodológicas. Por conseqüência, os empreendimentos científicos dos vários autores, que se dedicaram as diversas investigações adotando a perspectiva sócio-antropológica da saúde, também não puderam ser aprofundados.

Ou seja, uma vasta enunciação de novos temas, novos debates e orientações teóricas, variadas formas de abordagem metodológica, se multiplicam no campo das ciências sociais em saúde, o que comprova não apenas a pertinência da interlocução entre tais campos, como aponta que novas demandas sempre estão a emergir com feições compatíveis à época e ao lugar. Compreender a saúde como um direito humano fundamental exige formas de identificação, avaliação e execução de intervenção na promoção, prevenção e prestação de cuidados, garantindo assim a inclusão de quem deles necessitem. Conforme Sousa Santos (apud Nunes, 2006), o papel do cientista social passa pela facilitação ou animação dos processos de tradução entre saberes, experiências e linguagens dos participantes heterogêneos nas comunidades pesquisadas, requerendo soma de esforços teóricos para enfrentá-las.



### 3 REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 3

#### 3.1 SOBRE OS CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA

No entendimento de Capra (1996) o conceito de saúde, tal como o conceito de vida não pode ser estabelecido com precisão. A compreensão de saúde depende da concepção que se tenha do organismo vivo e da sua relação com o ambiente. Essas concepções mudam de uma cultura para outra, de uma época para outra, e as noções de saúde e doença, delas decorrentes também sofrem modificações referentes ao tempo e espaço em que são consideradas.

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (cf. ALMEIDA FILHO, 2002). A carência de estudos sobre o conceito de saúde parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante, nos mais diversos campos científicos em abordar a temática positivamente. E mais, tal insuficiência conceitual pode ser ainda resultado da influência da indústria farmacêutica e de certa cultura da doença, que têm restringido o interesse e os investimentos de pesquisa voltados aos aspectos teóricos e empíricos das questões que envolvem a saúde.

Seguindo a proposta analítica de Helman (2003), podemos compreender os aspectos que envolvem a saúde a partir de, pelo menos, três paradigmas: o ‘mágico-religioso’, o ‘biomédico’ e o ‘holístico’. Sob o paradigma ‘mágico-religioso’ as diversas ocorrências cotidianas têm por base a mitologia e a religião; com a saúde o mesmo ocorre, ela é encarada como uma dádiva ou benção de Deus ou deuses. Tal entendimento prevalente em diversas culturas justificava o entendimento

a respeito dos processos experienciais da saúde-doença a partir da relação estabelecida entre o ser humano e as divindades (cf. DINIZ, 2006).

No século XVII, durante o período pré-cartesiano, a ciência médica ocidental instaurou a tradição Hipocrática, um sistema de pensamento e prática médica que floresceu na Grécia Antiga cerca de 400 anos a.C. em que Hipócrates de Cós (460–377 a.C.) deu expressão a compreensão de que o ser humano estava submetido a certas regras prescritas pela natureza e precisava conhecê-las para viver corretamente, no estado de saúde (cf. RIBEIRO, 1993).

Na compreensão hipocrática, a saúde era a expressão de um equilíbrio harmonioso entre os humores corporais ou fluidos primários (sangue, linfa, bÍlis negra e amarela) constantemente renovado pela comida ingerida e digerida. A partir de tal equilíbrio sugeria-se a existência de uma relação direta entre os humores e os quatro elementos da natureza: o fogo, a terra, a água e o ar. Assim, a saúde se relacionava com os humores contidos no corpo humano, e com o resto do universo no qual estava a corporalidade incluída, considerando-se, portanto, que o ambiente e o estilo de vida influenciavam o estado de saúde (RIBEIRO, 1993).

De acordo com Ribeiro (idem), o modelo biomédico teve seus princípios baseados na orientação científica do séc. XVII, que consistia numa visão mecanicista do homem e da natureza, decorrente da concepção de filósofos como Galileu, Descartes, Newton e Bacon. Tal concepção da realidade do mundo físico foi estendida aos seres vivos e estes, passaram a ser estudados a partir da proposta analítica. O conjunto das partes, o organismo, é, então, explicado pela soma das partes ou das suas propriedades.

Como vemos, é sob a ótica do modelo biomédico em voga decorrente do fortalecimento do pensamento científico e da Revolução Industrial, o conceito de

saúde sofreu significativas modificações, sendo sua principal matriz filosófica a visão de Descartes, na qual está firmado o modelo biomédico tradicional. Descartes introduziu a rigorosa separação de mente e corpo a partir da idéia de que o corpo é uma máquina que pode ser completamente entendida em termos da organização e do funcionamento de suas peças. As principais características do modelo biomédico, assim como muitos aspectos da prática médica atual, podem ter sua causa primeira nessa metáfora cartesiana. Expressões, como a da obra *L'homme-machine* (século XVIII) sintetizam tal interpretação: na verdade não estou equivocado, o corpo humano é um relógio, mas imenso e construído com tanto engenho e habilidade, que se a roda denteada, cuja função é marcar os segundos, para, a dos minutos continua girando em seu curso (LA METTRIE, citado por CAPRA, 1996, p. 101).

O modelo hipocrático quando comparado ao modelo biomédico se diferencia, sobretudo pelo princípio da totalidade dos sistemas corporais, adotado pelo primeiro e desconsiderado pelo segundo. A compreensão da totalidade foi substituída pela redução dos sistemas a pequenas partes, em que cada uma delas seria considerada separadamente. Outra modificação refere-se ao indivíduo: este, com as suas características particulares e idiossincráticas, deixou de ser o centro da atenção médica sendo substituído pelas características universais de cada doença. O modelo biomédico substituiu ainda, a tendência hipocrática de considerar significativos os fatores ambientais, morais, sociais e comportamentais (cf. RIBEIRO, 1993).

Atualmente, embora seja o modelo biomédico geralmente aceito, emergem análises que sugerem um descontentamento generalizado. Segundo Capra (1982), o modelo biomédico é muito mais que um modelo. Na profissão médica adquiriu o

status de um dogma, e para o grande público está inextricavelmente vinculado ao sistema de crenças populares.

Tendo como prioridade a prevenção das doenças, o modelo biomédico negligenciou a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde. As avaliações subjetivas, as interpretações ou as significações sobre causas e evoluções de uma determinada doença não eram consideradas, bem como, não eram levados em conta a implementação e a modificação de estilos de vida ou a decisão em aderir ou não às recomendações prescritas por um médico ou profissional da saúde (LADERMAN, 1987 apud RIBEIRO, 1993).

Por muito tempo o conceito de saúde permaneceu sendo influenciado por esta linha de raciocínio. Como característica do modelo biomédico, a saúde passou a ser compreendida em função da alteração de parâmetros biológicos, os aspectos psicossociais não eram devidamente valorizados; a atenção desviada do indivíduo doente para a doença e uma completa desvalorização da experiência subjetiva do adoecimento (DUARTE, 2002).

Nas margens do sistema emergem compreensões mais amplas e abrangentes acerca da saúde. Na contra-corrente do paradigma dominante observam-se movimentos dentro do campo da saúde no sentido de considerar os aspectos psicológicos, sociais, culturais, ambientais, sugerindo assim, a adoção de uma perspectiva holística para a abordagem dos fenômenos da saúde, doença e cura. A incorporação do paradigma holístico vem sendo defendida como uma possibilidade a interferir na hegemonia do modelo biomédico que com sua análise reducionista não pode fornecer uma compreensão profunda e completa dos vários aspectos envolvidos nas questões de saúde. Para Capra (1996), caso o modelo

biomédico se integre em um sistema mais amplo de assistência à saúde, as manifestações de todas as enfermidades humanas poderão ser compreendidas como resultado da interação de corpo, mente e ambiente e assim, essas serão estudadas e tratadas em uma perspectiva abrangente.

A adoção de um conceito holístico e ecológico de saúde, na teoria e na prática, exigirá, não só uma mudança radical conceitual na ciência médica, mas também uma reeducação maciça do público. Muitas pessoas aderem obstinadamente ao modelo biomédico porque receiam ter seu estilo de vida examinado e ver-se confrontadas com seu comportamento doentio. [...] Além disso, como sociedade, somos propensos a usar o diagnóstico médico como cobertura para problemas sociais [...] preferimos dizer que sofremos de 'hipertensão' a mudar nosso mundo supercompetitivo nos negócios, aceitamos as taxas sempre crescentes de câncer em vez de investigarmos como a indústria química envenena nossos alimentos para aumentar seus lucros. [...] Ora, só será possível transcender o modelo biomédico se estivermos dispostos a também mudar; isto estará ligado, em última instância, a uma completa transformação social e cultural (CAPRA, 1996, p. 155).

Feito o percurso dos paradigmas que nortearam e ainda norteiam as concepções contemporâneas de saúde/doença, nossa intenção agora é apresentar algumas das definições de elementos envolvidos nos processos de representação e tratamento de enfermidades no campo médico em geral e especificamente em referência à Fisioterapia, para dar sustentação à análise das influências de variáveis sócio-demográfica sobre as dinâmicas e processos constitutivos dos encontros entre pacientes e fisioterapeutas.

### **3.1.1 Concepções de Saúde**

No entendimento de Aggleton (1990) apud Ferreira (1998), a definição de saúde pode se enquadrar em dois grupos: as definições consideradas oficiais que correspondem às perspectivas dos médicos e dos demais profissionais de saúde e

as chamadas opiniões populares relativas às percepções sobre saúde, ou seja, as concepções dos que não estão envolvidos profissionalmente no campo da saúde.

Segundo Seedhouse (1986) a saúde pode ser definida em termos positivos, podendo ser identificadas cinco teorias principais, nessa direção. A primeira considera a 'saúde como um estado ideal'. Nesta perspectiva se enquadra a definição mais popularizada, a emitida pela World Health Organization (WHO, 1946)<sup>15</sup>. Esta perspectiva, denominada socrática é conceitualmente importante, mas, alguns autores apontam algumas fragilidades a ela inerentes.

Para Czeresnia (2003, p. 40) 'por mais que o conceito tenha potencial explicativo [...], não é capaz de expressar o fenômeno na sua integridade, ou seja, não é capaz de representar sua realidade'. Ferraz & Segre (1997) questionam tal definição, defendendo a idéia de que apenas seria possível falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, 'dentro de suas crenças e valores, desse sentido a tal uso semântico e, assim, o legitimasse'. Bueno (2002) considera que nessa definição, além de ser considerada como irreal, ultrapassada e unilateral, identifica-se a dificuldade de mensuração e conceituação de uma noção subjetiva como 'bem-estar'. Embora a definição da OMS seja amplamente difundida e aceita em todo mundo, o seu caráter utópico é destacado, por acreditar que o completo bem-estar dificilmente será alcançado, o que pode fazer da saúde um ideal inatingível. Bowling (1994 apud Moro, 1997) afirma que a noção de bem-estar, não significa ausência de doença, mas pode englobar noções de felicidade, satisfação e gratificação em relação à saúde, bem como, afetividade, sociabilidade, profissão,

---

<sup>15</sup> Segundo o Preâmbulo da Constituição da World Health Organization (WHO) aprovado em 22 de julho de 1946. Saúde, pode ser definida como, 'um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas a ausência de uma doença ou enfermidade' (WHO, 1946).

cultura e economia, não contemplando portanto, a especificidade necessária à noção de saúde. Em sua análise crítica, Ayres (2004) afirma:

[...] Ao se conceber a saúde como um “estado” de coisas, e “completo”, inviabiliza-se sua realização como horizonte normativo, já que este, como qualquer horizonte, deve mover-se continuamente, conforme nós próprios nos movemos, e não pode estar completo nunca, pois as normas associadas à saúde, ao se deslocarem os horizontes, precisarão ser reconstruídas constantemente (AYRES, 2004, p. 5).

Apesar das limitações existentes na conceituação proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), esta se configurou como um marco na definição da saúde, por incluir em seus fundamentos as dimensões mentais e sociais do fenômeno, mudando assim o foco numa definição negativa de saúde negativa, baseada na ausência de doença, para uma visão positiva da saúde, que pode ser descrita como:

[...] a habilidade de se lidar com situações estressantes, de manter um forte sistema de suporte social, de integração com a comunidade, de alta moral e satisfação com a vida, de bem estar psicológico, e ainda níveis de aptidão e saúde física (BOWLING, 1991, p. 7 apud MORO, 1997).

A segunda teoria da saúde apresentada por Seedhouse (1986) define a ‘saúde como um bem’. Este bem pode ser “fornecido”, a partir de medicamentos ou cirurgias, bem como pode ser destituído, a partir de um acidente ou uma doença. Pode ser adquirido a partir de investimentos em cuidados em saúde, e, por existir demanda, pode ser vendido sob as mais variadas formas tais como alimentação saudável, centros de manutenção física e psíquica. Nessa perspectiva, a saúde está estreitamente relacionada com o progresso alcançado pelo campo da saúde e é um bem último que existe independentemente das pessoas. De acordo com esta visão, as pessoas são saudáveis e podem sob certas circunstâncias, perder ou recuperar a saúde a partir de intervenções variadas.

Esse entendimento de ‘saúde como um bem’ se coaduna com aquele defendido pelos autores da corrente denominada de economia da saúde. Para

Nicolella (2006), nas diversas compreensões sobre a saúde, sobretudo, entre as significações leigas, tem sido incorporada a dimensão do investimento: [...] A primeira (ou a maior) riqueza é a saúde. Em qualquer das dimensões da saúde, ela é altamente capitalizada, daí uma certa sintaxe mercantilista que vai produzindo certos regimes discursivos referidos à saúde os quais importam a maneira de falar dos comerciantes. Estabelecendo uma relação entre ‘vida e saúde’, questiona-se ainda, ‘quanto vale uma vida?’ Segundo o autor, muitos ficariam indignados em estabelecer um valor monetário à vida suscitando facetas morais, culturais e éticas. O comentário popular segundo o qual ‘a saúde é um bem que não tem preço!’, longe de significar o apagamento de seu caráter econômico, aponta para uma institucionalização do seu caráter mercadológico, da economia da saúde.

Sob a perspectiva econômica, há diversas maneiras de analisar a saúde. Sob a forma normativa, que avalia a saúde em função da abdicação do consumo de outro bem, ou sob a forma de análise, positiva, que interpreta a saúde dentro do arcabouço microeconômico em que a saúde é vista como um componente da satisfação individual (ZWEIFEL; BREYER, 1997 apud NICOLELLA, 2006). Outra contribuição da economia da saúde diz respeito ao conceito de ‘capital saúde’, que se diferencia das outras formas de capital<sup>16</sup> (GROSSMAN, 1972 apud NICOLELLA, 2006). Para Grossman (idem) o estoque de capital humano - saúde - é compreendido como ‘bem durável’ capaz de produzir tempo de vida saudável e se

---

<sup>16</sup> A perspectiva da economia da saúde identifica a existência de três formas de capital: a) capital saúde; b) capital humano (estudo e conhecimento) e c) capital físico ou riqueza. Em geral, os indivíduos extraem seus recursos financeiros baseando-se na combinação dessas três formas de capital (Muurinen, 1982; Case; Deaton, 2004 apud Nicolella, 2006). Segundo Robert Fogel, Nobel em economia em 1993, há ainda uma quarta forma de capital o ‘capital fisiológico’. Esse capital equivale ao estoque inicial do indivíduo, refere-se a robustez e a capacidade vital do seu sistema de órgãos. Esse estoque explica o grande aumento da massa corporal e da longevidade dos indivíduos no último século, caracterizando a chamada “Evolução Tecnofisio”. Segundo o autor essa forma de capital gera maior compreensão do estoque inicial de saúde e ainda, se configura como um conceito promissor, sobretudo, para os países e indivíduos de renda baixa e média (FOGEL, 2004, apud NICOLELLA, 2006).

diferencia do estoque de capital cultural (conhecimento, habilidade), por afetar a produtividade de mercado e do não-mercado.

O indivíduo nasce com um estoque inicial de saúde que deprecia ao longo de sua vida e aumenta com investimentos. A morte ocorrerá quando o estoque de saúde do indivíduo cair abaixo de determinado nível. Como o investimento é controlado ou endógeno, pode-se dizer que dentro de certos limites a pessoa tem a capacidade de “escolher” a sua longevidade (NICOLELLA, 2006, p. 57-58).

Sob essa ótica, o investimento em saúde refere-se às formas de comportamento positivo, tais como, prática de atividades físicas, alimentação, consumo de serviços de assistência à saúde. Enquanto que a depreciação diz respeito aos comportamentos negativos em relação à saúde, tais como uso de fumo, drogas, consumo excessivo de álcool sedentarismo, comidas poucos saudáveis (WAGSTAFF, 1986 apud NICOLELLA, 2006). Uma das críticas feitas ao modelo de Grossman é que a hipótese de certeza em relação à saúde é pouco realista. Ou seja, por mais tratamentos preventivos que se faça, há um componente estocástico (alterações climáticas, exposição a vírus e bactérias) que determina o estado de saúde do indivíduo, outra crítica refere-se à longevidade, visto que ‘não existe uma condição determinando o tempo de vida’, sobretudo no que diz respeito à plenitude do ‘capital saúde’ (CROPPER, 1977 apud NICOLELLA, 2006).

A terceira teoria destacada por Seedhouse (1986), refere-se à compreensão Parsoniana que considera a ‘saúde como um grau de ajuste, um estado de otimização da capacidade de um indivíduo para o desempenho efetivo de tarefas e trabalho para as quais foi socializado’ (Parsons, 1972). A saúde já não é vista como um estado desejável per se, mas como uma medida no sentido do cumprimento de obrigações estratégicas de desempenho. Com base nesta perspectiva sociológica normativa, saúde significa o conjunto das funções físicas e mentais esperadas, é

baseada nas normas e expectativas da sociedade e é definida como uma capacidade ótima, ignorando a existência de graus ou níveis de saúde.

Em outra perspectiva, a quarta teoria considera a 'saúde como uma capacidade ou força interior'. Esta visão humanista relaciona saúde como uma resposta positiva aos problemas e sofrimentos da vida e parte do pressuposto de que todas as pessoas possuem uma força não quantificada, uma reserva de energia, onde a auto-determinação desempenha um papel importante. Segundo Seedhouse (1986), em uma compreensão positivista, este tipo de perspectiva é de certo modo vago e fornece pouca informação sobre a forma de medição destas forças ou capacidades.

A quinta e última teoria focalizada por Seedhouse (idem), afirma que saúde é composta por vários fatores, denominados de 'bases para a realização'. Tais bases permitem às pessoas atingir os seus potenciais pessoais máximos em busca de fatores compreendidos como indispensáveis às necessidades básicas da vida, tais como a alimentação, água, moradia, acesso à informação e a habilidade para desempenhar tarefas, os quais variam de acordo com a classe social, cultura, religião.

Estudos desenvolvidos por O'Donnell (1986 apud Araújo) consideram que a saúde abrange cinco dimensões, e cada uma delas engloba várias áreas que coexistem de forma equilibrada: 'saúde emocional', que engloba a gestão do estresse e dos conflitos emocionais; 'saúde social', que integra as relações interpessoais com amigos, família e comunidade; 'saúde intelectual', que diz respeito à educação, desenvolvimento pessoal e profissional; 'saúde espiritual', que considera aspectos como o amor, esperança e a caridade; 'saúde física', que

abrange a condição física, a alimentação, os cuidados com a saúde do corpo a partir de assistência especializada e o controle do uso de determinadas substâncias.

Em paralelo às definições teórico-acadêmicas, destacamos aqui as compreensões de saúde elaboradas pelos indivíduos comuns, em seus cotidianos, as concepções populares de saúde/doença. Nessas definições considera-se principalmente a relação entre as crenças referentes à saúde e o contexto cultural no qual as pessoas se situam. Neste enfoque, são levados em conta os fenômenos associados à saúde, ou o se sentir saudável. As visões leigas de saúde/doenças variam com o gênero, a faixa etária, a localização social, a trajetória de vida de cada indivíduo. Percebe-se que algumas pessoas podem se sentir saudáveis mesmo estando gravemente doentes. Nesse entendimento, destaca-se a integridade da pessoa e a sua capacidade de lidar com os problemas de saúde. Os defensores desta abordagem argumentam que algumas pessoas são também capazes de definir saúde em termos funcionais - em referência a sua capacidade de desempenhar alguns papéis e responsabilidades sociais cotidianas.

No campo das representações da saúde, alguns autores têm investigado num contexto psico-sociológico, a forma pela qual as pessoas leigas em medicina têm representado a saúde e a doença ao longo dos tempos. Um dos estudos mais importantes nessa linha foi efetuado em 1973, na França por Claudine Herzlich, que entrevistou 8000 pessoas da classe média que viviam em Paris e na região rural da Normandia. As significações leigas encontradas sobre o que significa ter saúde foram classificadas de acordo com três metáforas ou categorias: (1) a de saúde no vácuo; (2) A de reserva de saúde e; (3) a de equilíbrio ou de saúde real.

Para Herzlich (1973) de acordo com a metáfora de 'saúde no vácuo', a saúde se enquadra na concepção antiga de ausência de doença - a pessoa não tem

consciência do próprio corpo ou não apresenta sensações corporais indesejáveis. Há uma espécie de 'silêncio corporal'. Na categoria 'reserva de saúde', esta é vista como um recurso, ao invés de um estado. Caracteriza-se por robustez ou força física e resistência a ataques externos, a estados de fadiga e de doença. A saúde é qualquer coisa que 'possuímos' e que nos permite trabalhar, levar a nossa vida e nos defender das doenças ou nos recuperar delas. Pode ser considerada como uma característica pessoal, pois se pode sentir ter mais ou menos desta 'reserva'. Algumas pessoas referiram que a sua 'reserva' de saúde é herdada da família, outras, que foi a consequência de uma boa infância. O nível da 'reserva' de saúde é deduzido da comparação com outras pessoas (HERZLICH, 1973).

De acordo com a categoria referente ao 'equilíbrio', a saúde é considerada a partir da noção de 'saúde real' ou saúde no seu sentido mais elevado, transportando consigo a noção de bem-estar positivo ou 'bem-estar no mais alto nível'. Um substrato de harmonia e equilíbrio essencial na vida espiritual, psicológica e corporal, a partir do qual deriva um sentimento funcional de confiança, vigília, liberdade, energia e resistência. Este equilíbrio é algo que se pode perder ou voltar a ganhar. O 'equilíbrio' é contingente aos eventos do dia-a-dia: quando as coisas correm bem, o 'equilíbrio' existe e pode comprovar-se através do sentir-se bem.

Somando-se a essa gama de compreensões acerca da saúde acima apresentada, segundo Ribeiro (1998), com as novas demandas da população acerca das questões de saúde tornaram-se necessárias reformulações no enfoque dado à saúde, sendo realizada o que ele vai chamar de segunda revolução da saúde. Expressão utilizada por Richmond, em 1979, no seu relatório sobre a saúde nos EUA, no qual propunha a qualidade como resposta às novas exigências sociais nessa área. Ganha força, então, a idéia de promover a saúde e não apenas curar a

doença. Emergem daí os conceitos de vigilância da saúde, políticas públicas de saúde, cidades saudáveis, articulados à noção de promoção da saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população (SOUZA et al., 1994; MENDES, 1996).

No campo da sociologia, desde a sua a sua constituição como disciplina científica, a noções de normal e patológico apresentadas por Émile Durkheim<sup>17</sup> (1968) ocuparam uma posição central na proposta funcionalista de análise social. A reflexão dos conceitos de normalidade e saúde na epistemologia médica foi aprofundada por Canguilhem<sup>18</sup>, que afirmou uma diferença de natureza qualitativa entre estes fenômenos. Para o autor citado, a saúde é uma norma de vida superior. Ela se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, correspondendo o patológico à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade<sup>19</sup> uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem para si mesmo, sua própria concepção de saúde. Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados

---

<sup>17</sup> Durkheim apresentou de forma mais elaborada a distinção entre o normal e o patológico, relacionando-a aos fatos sociais. A visibilidade de tais estados dos fatos pela ciência social se torna possível por meio da observação da sociedade. Assim, para Durkheim, 'há duas ordens de fatos bem diferentes: aqueles que são como deviam ser, sendo identificados como 'normais' e em oposição, aqueles que deveriam ser diferente daquilo que são, considerados, portanto, 'patológicos'. Nessa perspectiva, normalidade apresenta uma concepção de generalidade, dessa forma, se um fato social é encontrado em todas as sociedades, de todos os tempos, esse é normal, sobretudo, se tal fenômeno é encontrado mais freqüentemente numa dada sociedade em certo momento do seu desenvolvimento. Dois aspectos podem ser, portanto, realçados com a definição do normal e do patológico, o caráter ontológico e o caráter da regularidade estatística, interna e externa à sociedade considerada (DURKHEIM, 1986).

<sup>18</sup> Georges Canguilhem, em sua tese de doutorado em medicina, focalizou a diferenciação entre tais conceitos, associando-os à saúde e à doença. A primeira edição da sua tese foi publicada em 1943, em Clermont-Ferrand, França, sob o título *Essais sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. A sua terceira edição foi publicada em 1966, com tradução para o português que apresentou modificações, as quais se estendiam também ao título, que passou a ser "O Normal e o Patológico" Para Canguilhem, o conceito de normatividade significa a capacidade de instaurar novas normas, e não o estado de conformidade perante as normas estabelecidas (CANGUILHEM, 2002).

<sup>19</sup> As normas orgânicas humanas variam também de acordo com o contexto social, pela mediação da relação psicossomática. A espécie humana, ao inventar gêneros de vida, inventa também 'modos de ser fisiológicos' (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

simultaneamente, ela pode também se transformar em relação a um único indivíduo considerado sucessivamente, pois aquela fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico em outra. Ainda que os conceitos de saúde e doença sejam diferentes, o estado temporário de doença integra a saúde. Tal proposição possui implicações éticas e políticas de longo alcance (CANGUILHEM, 2002).

A distinção original entre normalidade e saúde estabelecida por Canguilhem (2002), que interpreta a normalidade como norma de vida, constitui uma categoria mais ampla, que engloba saúde e doença como subcategorias distintas. Tanto a saúde, quanto a doença situam-se no âmbito da normalidade, pois ambas implicam certa norma de vida. Nesse sentido, o patológico não é o contrário lógico do conceito de normal, mas sim o contrário vital de sadio. A saúde, tanto quanto a doença indicam para a normalidade. O aspecto comum a essas diferentes manifestações normais da vida é a presença de uma lógica, de uma organização própria, de uma norma.

A partir do enfoque epistemológico acerca da noção de saúde desenvolvida por Canguilhem, as questões inerentes a saúde foram aprofundadas por Samaja (1997) que posteriormente postulou uma teoria geral da saúde. Sua proposta enfatizou que o objeto das ciências da saúde é a vida humana, individual e coletiva, considerada em um registro de valor no espectro saúde-enfermidade. Para Samaja a 'saúde é um objeto complexo que contém distintos sub-objetos ou níveis':

[...] células, organismos, biossociedades, sociedades culturais e sociedades políticas. Os sub-objetos possuem diferentes níveis de integração, havendo entre eles cinco interfaces hierárquicas: das moléculas às células; das células aos organismos; dos organismos às biossociedades, das famílias animais às hordas pré-humanas; das biossociedades às sociedades culturais, caracterizadas pela produção e apropriação comunitárias; das sociedades culturais às sociedades políticas, nas quais há produção e apropriação privadas e em que se verifica a emergência do Estado (SAMAJA, 1997).

Tais interfaces são correspondentes a processos hierárquicos em que cada um dos níveis é construído respectivamente sobre o anterior, até atingir um ponto de saturação onde se encontram as condições necessárias para a emergência do estrato superior. Para Samaja (1997), os indivíduos que compõem as sociedades humanas realizam cotidianamente uma série de processos que operam nos diferentes níveis, cujo efeito é a reprodução de toda a sociedade. Tais processos são consolidados em práticas que podem ser agrupadas em dimensões como:

[...] práticas reprodutivas biológicas, que reproduzem as estruturas e os processos celulares, tissulares, orgânicos e biossociais, e cujo plano de emergência ou contexto é a biossociedade; práticas de reprodução da consciência e da conduta, que reproduzem os processos de socialização ou formação do psiquismo humano, e cujo plano de emergência é a comunidade familiar, redes de parentesco, amigos e vizinhos; práticas de reprodução econômico-social, que reproduzem a produção, a distribuição e a troca dos meios de vida, e cujo plano de emergência é a sociedade civil, com sua rede de relações contratuais e organizações secundárias; práticas de reprodução ecológico-política, que reproduzem o meio e a relação dinâmica do todo social com as demais sociedades no planeta, e cujo plano de emergência são os Estados municipais até os nacionais e os tratados internacionais (SAMAJA, 1997).

Nessa perspectiva, o normal e o patológico mantêm relação com o indivíduo, sendo este 'indivíduo' compreendido como uma construção social que recorta os diferentes níveis, proporcionando que em cada etapa de integração, planos distintos de individualidade se realizem. Tais planos contemplam a individualidade biológica, a individualidade como membro de família, individualidade social, sendo estas tão diversas, quanto o conjunto de instituições de que participam, especialmente as econômicas; individualidade política, que traduz os interesses de classe em um projeto geral e dá sentido a todas as outras individualidades (SAMAJA, 1997 apud , COELHO & ALMEIDA FILHO, 2002).

Nesse processo de 'definição' e de construção da positividade do conceito de saúde não se trata de apreendê-la a partir de enfoques restritos, mas de considerá-la em termos os mais holísticos possíveis. É nessa dessa direção que Coelho e Almeida Filho (idem: sp) afirmam ser preciso:

[...] considerar a saúde como direito conquistado através de ações institucionais organizadas e externalizadas, saúde como um bem disponibilizado e adquirido por meio de processos mercantis ou políticos; saúde como valor humanístico decorrente de atos volitivos solidários. Trata-se de construir a positividade do conceito de saúde como tudo isso, verdadeiro 'integral multinível' de norma-valor-direito-bem-função-processo-estado, considerando-se os planos de emergência coletivo e individual, dialeticamente incorporando-se também a negatividade da doença-enfermidade-patologia nos níveis primário, secundário e terciário (COELHO & ALMEIDA FILHO, 2002).

### **3.1.2 Sobre a experiência da doença**

A expressão 'doença', que pode ser definida como sendo a manifestação de um distúrbio na estrutura ou no funcionamento do corpo, resume um complexo de fenômenos e de noções distintos que podem ser vistos a partir de perspectivas e de complexidade diferentes. Para Ávila-Pires (1998), doente e doença apresentam características próprias e distintas, sendo o doente concreto e a doença abstrata, resultante de uma construção intelectual e socialmente condicionada.

No aspecto individual, a doença enquanto distúrbio se constitui uma experiência pessoal que se exterioriza a partir de sinais objetivos, como a febre, e/ou de sintomas subjetivos, como a dor, a impossibilidade ou medo de cumprir as tarefas pessoais e as obrigações sociais. Tais aspectos em conjunto, permitem aos profissionais da saúde especializados na área referente à anormalidade apresentada, estabelecer um diagnóstico. Assim como acontece com o termo saúde, as compreensões referentes à doença variam de acordo com a percepção individual, a percepção do outro e da cultura. Para alguns indivíduos a doença ou infortúnio podem ser causados por forças externas, tais como forças sobrenaturais ou como

uma resposta ou retaliação a qualquer erro cometido, implicando em uma série de experiências subjetivas.

Sobre a compreensão do paradigma mágico-religioso, Helman (2003) considerou que em algumas sociedades não-industrializadas, as formas mais comuns das 'causas das doenças' eram a feitiçaria, a bruxaria e o mau-olhado. Sob essa ótica as enfermidades ou outros infortúnios, eram atribuídos à malevolências interpessoais, sejam elas conscientes ou inconscientes. Ao longo dos tempos, e ainda contemporaneamente, para diversos grupos, as doenças estão associadas a tais causas. Estudos antropológicos têm indicado que as acusações de bruxaria se tornam mais comuns em momentos de mudanças, conflitos e de incertezas sociais. As crenças associadas à feitiçaria, geralmente ocorrem em grupos cujas vidas são marcadas por pobreza, insegurança, perigo, apreensão, e sentimentos de inadequação e impotência (cf. HELMAN, 2003).

Sob a perspectiva mágico-religiosa Evans-Prichard (2004) identificou a visão de infortúnios orgânicos vinculadas à esfera do extra-orgânico ao descrever as relações entre as crenças em bruxaria e os ritos do povo Azande, para quem certas pessoas são bruxas e podem lhes fazer mal físico em virtude de uma qualidade intrínseca – a bruxaria. Os Azandes acreditam na bruxaria e a consideram uma substância existente no corpo dos indivíduos considerados bruxos. Em tal cultura, os feiticeiros podem fazê-los adoecer por meio da execução de ritos mágicos que envolvem drogas maléficas. Contra esse mal empregam adivinhos, oráculos e drogas mágicas. Visando a identificação de indivíduos bruxos, os Azandes recorrem aos oráculos, visto serem estes os únicos com poderes de detectar a localização da substância-bruxaria naqueles supostamente considerados bruxos (EVANS-PRITCHARD, 2004).

Outra compreensão mágico-religiosa da saúde atribui as doenças a entidades sobrenaturais como deuses, espíritos, entidades ancestrais ou outras forças que são responsáveis por transmitir enfermidades. Helman (2003), relata que em um estudo com negros americanos pertencentes a classes populares, a doença era encarada como um alerta de Deus para algum lapso de comportamento, como a não freqüência à igreja, a negligência nas preces e nos agradecimentos pelas bênçãos diárias ou ainda como sendo um whuppin, uma punição divina a alguma conduta pecaminosa.

Embora presentes, as explicações sobrenaturais da enfermidade como punição ou possessão espiritual, são muito comuns, por exemplo, nos discursos produzidos pelos pastores da Igreja Universal do Reino de Deus, sendo também freqüente a atribuição causal dos problemas de saúde no azar, no destino, nas estrelas ou na vontade de Deus. A doença é, em alguns discursos religiosos, natural, se destinada por Deus, e não natural se não faz parte do plano de Deus.

Paralelamente à visão religiosa, as idéias hipocráticas se mantiveram através da apologia à temperança no comer e no beber, no controle sexual e das paixões. Procurava-se evitar o *contra naturam vivere*. Os vários escritos atribuídos a Hipócrates, que formam o *Corpus Hipocraticus*, traduzem uma visão racional da medicina, bem diferente da concepção mágico-religiosa antes descrita. O texto intitulado 'A doença sagrada' começa com a seguinte afirmação: 'A doença chamada sagrada não é, em minha opinião, mais divina ou mais sagrada que qualquer outra doença. Tem uma causa natural e sua origem supostamente divina reflete a ignorância humana' (apud SCLIAR, 2007). Postulando a teoria dos fluidos, Hipócrates considerava o ser humano como uma unidade organizada e compreendia a doença como uma desorganização desse estado. A obra hipocrática caracteriza-

se pela valorização da observação empírica, que não se limitavam ao paciente em si, mas a seu ambiente. O texto conhecido como 'Ares, águas, lugares', discute os fatores ambientais ligados à doença, defendendo um conceito ecológico de saúde e enfermidade (Op. Cit.).

Em contrapartida, o modelo biomédico concebe a doença como resultado de fatores eminentemente morfo-fisiológicos. Assim, 'enquanto o médico pode usar a ciência biofísica para explicar os sinais que rotula como doença, não pode explicar o comportamento do doente pela referência a esta ciência' (FREIDSON, 1988 apud ALVES, 1991). Pela concepção biomédica a doença é interpretada como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Por suas bases mecanicistas, esse modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, ou seja, numa relação de causa-efeito, na dicotomia cartesiana entre mente e corpo e na análise do corpo como máquina.

Contudo, importantes transformações baseados nesse modelo foram conquistadas a partir do século XIX, como o nascimento da clínica, a teoria dos germes de Pasteur e, sobretudo, a partir dos recentes sucessos nos estudos de genética, imunologia e biotecnologia. Em contrapartida há uma notória minimização ou desconsideração dos aspectos sociais, culturais, psicológicos e comportamentais, com a conseqüente desvalorização das dimensões humana, vivencial, psicológica e cultural da doença (HELMAN, 2003).

Para Foucault (1987), nos últimos dois séculos a doença assumiu diferentes formas nos seus espaços possíveis, o que propiciou o surgimento da anátomo-clínica. A partir de um fenômeno por ele denominado de 'genealogia do olhar', Foucault considera que o instrumento necessário ao entendimento da enfermidade passou a ser o olhar. A doença é compreendida a partir de planos acessíveis a

descrição, ou seja, considerava-se doença tudo aquilo que apresentasse uma configuração plausível aos diversos olhares. A classificação de um processo inflamatório tornou-se possível a partir dos fenômenos acessíveis ao olhar - rubor, tumor, calor — sem levar tanto em conta a relação causal ou temporal.

Segundo Foucault (1987), a partir da descoberta da anatomia patológica, o interesse médico em relação ao doente foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo, na busca de lesões que explicassem as doenças. Em consequência disso, a importância atribuída ao doente foi se tornando cada vez mais secundária, dando-se início à nosologia, que se ocupou por sua vez, das generalizações dos achados anatômicos em detrimento ao que poderia ser referido pelo corpo doente. Nesse entendimento, o sujeito adoecido passou a ser reconhecido como o portador de lesões, sendo estas vistas com interesse pelo médico e pelos demais profissionais do campo da saúde. Assim sendo, sobre esse sujeito que apresentava o corpo adoecido compreender a doença em oposição ao que é saúde passou a depender do achado de fundamentos anatômicos e fisiopatológicos que caracterizassem uma ou a outra, as quais, por conseguinte, passaram a ser definidas pelo médico.

Assim com a anatomia patológica e a fisiopatologia, a relação entre o profissional do campo da saúde com o doente passou a ocorrer por esse ser portador de uma anormalidade registrada no seu corpo, identificada e diagnosticada não a partir de sua percepção, mas em função de uma norma exterior a ele. A única informação capaz de ser compreendida, valorizada e transformada em diagnóstico e terapêutica é a que se refere a este domínio.

Com o desenvolvimento do modelo biomédico, a necessidade de aprofundamento se fez presente. A partir de um empreendimento metacultural que

visava, sobretudo, a identificar as diversas compreensões sobre saúde e doença, Laplantine (1991) elaborou o que ele denominou por 'modelos etiológicos e terapêuticos', que são construções teóricas para a compreensão de tais fenômenos, aplicáveis, segundo o autor, a qualquer cultura. O próprio modelo médico-científico também se constitui como um modelo construído socialmente a partir de uma determinada lógica de interpretação da realidade. As concepções de doença ou saúde são construções 'estruturantes'. À antropologia da saúde cabe a tarefa de percebê-los em suas dimensões sócio-culturais, a partir de suas representações e práticas e da análise da compreensão dos grupos sociais. Segundo ele, a forma de perceber a doença explica as técnicas e rituais terapêuticos que cada sociedade vai criar e considerar adequadas para tratá-la. Após a análise da diversidade de discursos sobre saúde e doença, Laplantine estruturou os modelos etiológicos baseados na origem das doenças; bem como a partir dos modelos de cura adotados elaborou os modelos terapêuticos (LAPLANTINE, 1991).

A relação entre esses modelos nas diversas sociedades é de alternância e coexistência conflituosa. Para aqueles grupos que identificam descontinuidades e rupturas entre os vários modelos, justifica-se a perspectiva da alternância. Para outros, que percebem as expressões variadas da medicina, ainda que de forma marginal, considera-se a coexistência e as defesas e críticas características das situações conflituosas, a exemplo da biomedicina e da medicina holística.

Fabrega (1974) faz também referências a modelos e identifica os três tipos de sistemas explicativos de saúde e doença: os biomédicos, que se baseiam na Natureza, tendo uma base epistemológica psico-química; os psicológicos (psicologia, psicossomática, psicanálise); e os relacionais (sócio-médicos). O autor destaca que esses diferentes sistemas comumente coexistem numa mesma

sociedade. Desta forma, os sistemas de saúde-doença-cura não se constituem como fatos isolados em si, mas necessitam de uma interpretação metacultural de sua lógica de funcionamento.

Embora as interpretações da doença sejam múltiplas e variem intra e entre as sociedades, entre os indivíduos, existem permanências constantes ou invariantes das experiências da doença e das respostas terapêuticas passíveis de identificação e registro. Assim, a doença é um fenômeno social que não é unicamente produto do especialista, mas absolutamente da coletividade (cf. LAPLANTINE, 1991).

Concordamos com Helman (2003), em sua concepção do adoecer como um processo sempre social, que sempre envolve outras pessoas além do indivíduo doente. As pessoas definidas como doentes estão temporariamente livres para evitar as suas obrigações para com os grupos sociais aos quais pertencem, como a família, os colegas de trabalho, amigos, grupos religiosos, existindo assim um canal semi-legítimo de anulação das responsabilidades do adulto e uma base para o direito de receber o cuidado de outros.

Conforme o entendimento de Helman (2003), os fenômenos que dizem respeito à saúde e a doença são considerados reais quando podem ser observados e medidos objetivamente. Ao serem observados e quantificados passam a ser considerados 'fatos' clínicos, cujas causas e efeitos são investigados. Todos os 'fatos' têm uma causa e a principal tarefa do médico é analisar as possíveis influências causais para o 'fato' em questão. Quando objeto de definição com base na esfera mágico-religiosa, um fenômeno, mesmo que não possa ser observado ou verificado quantitativamente, não é considerado menos real do que algum dado cientificamente mensurável, como, por exemplo, a temperatura corporal.

Segundo Mary Douglas (1971, apud Rozemberg & Minayo, 2001), o corpo social limita e determina a forma pela qual o corpo físico é percebido. A experiência física do corpo, sempre modificada pelas categorias sociais através das quais é conhecida, sustenta uma visão particular de sociedade. Diante de tal entendimento, o enfoque dado pela sociologia e antropologia possibilita a interpretação de que há uma ordem de significações culturais mais abrangentes que informa o olhar a ser lançado sobre o corpo que adoece. A linguagem da doença é, em primeiro lugar, uma linguagem sobre a cultura e as relações sociais, mas o fenômeno em si representa a síntese de uma complexidade dinâmica que se manifesta no corpo.

Para Alves (1998), as doenças não podem ser vistas apenas como fatos, mas como significações. A enfermidade é subjetivamente dotada de sentido, podendo ser considerada como real, por ser originada no mundo do senso comum, e, dotada de significação, por considerar que todo significado só é lógico para o indivíduo quando é socioculturalmente legitimado pelos seus semelhantes.

As maneiras pelas quais os indivíduos se apropriam de um conjunto de idéias e crenças relativas à doença são explicadas comumente a partir de duas perspectivas analíticas: uma que considera que as forças e as relações sociais configuram o conhecimento, as crenças e a escolha de tratamento da enfermidade. Tal construção analítica é defendida em seus estudos por autores como Herzlich (1973), Taussig (1980), Frankenberg (1980), Comaroff (1982), Stacey (1986) e Unschuld (1986) apud Alves (1991); e outra proposta de análise, que, embora sem negar explicitamente tais determinantes, enfatiza as estruturas cognitivas subjacentes aos relatos individuais sobre a doença, compreensão defendida por Good (1977) e antropólogos associados à etnografia clínica (KLEINMAN et al., 1978 apud ALVES, 1991).

Tais interpretações são significativas e não estabelecem pressupostos antagônicos entre si. Contudo, a experiência da enfermidade desvela em si mesma, aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos e individuais como objetivos e coletivos. A questão central é como tornar 'inteligível' o movimento pelo qual as práxis individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem entre si.

As perspectivas analíticas dos estudos mencionados e de outros que se sucederam evoluíram de uma focalização inspirada pelo conceito parsoniano do papel do enfermo, para uma análise macrossociológica, totalizante, segundo a qual passou-se a considerar um nível interpretativo voltado para comportamentos específicos de grupos sociais. O objetivo maior passou a ser o entendimento de como os sintomas são percebidos e avaliados por diferentes grupos ou tipos de pessoas em diferentes situações sociais. Sob essas óticas, dois grandes modelos podem ser encontrados nestes estudos: o individualista e o coletivista. O primeiro modelo apresenta uma tendência a considerar o comportamento perante a enfermidade a partir de questões psicológicas. A ênfase coletivista por sua vez considera as diferenças nos valores e atitudes relacionados à doença como resultantes das diferenças entre as classes sociais, faixas etárias e etnias. Na abordagem coletivista, o papel dos fatores culturais torna-se a parte central da investigação.

A apresentação da doença e a forma de enfrentamento são em grande parte determinadas por fatores socioculturais. Cada cultura, e de alguma forma, cada gênero, classe social, região ou família, possui sua linguagem própria do sofrimento, estabelecendo assim, uma ligação entre as experiências subjetivas de comprometimento do estado saudável e o reconhecimento social dessas experiências. Os fatores culturais determinam quais sinais e sintomas são 'anormais'

e as formas dadas às mudanças físicas e emocionais. A partir do padrão resultante dos sinais e sintomas, a 'perturbação' ou o 'mal-estar' é o que faz com que o indivíduo procure o médico ou as formas de tratamento adequadas à condição.

No entendimento de Alves (1991), a doença deve ser compreendida como um desvio social e analisada também pelo 'sistema leigo de referência', ou seja, pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. Tal sistema está baseado em premissas que diferem do modelo biomédico e é resultante de estruturas sociais específicas de cada sociedade. Em busca da superação de alguns problemas de ordem teórico-metodológica apresentados por estudos tradicionais, os estudos socio-antropológicos em saúde mais recentes têm demonstrado interesse por questões relacionadas com o comportamento do enfermo, sugerindo o conceito de Modelo Explicativo (ME). Por ser o Modelo Explicativo um conjunto de proposições ou generalizações, explícitas ou tácitas sobre a enfermidade, a sua análise deve estar ligada a conjuntos específicos de conhecimentos e valores fundamentados nos diferentes setores do sistema médico, possibilitando ao pesquisador estabelecer comparação entre estes setores, assim como a análise de suas inter-relações.

Para Martins, (2003), em substituição à tendência tecnicista ainda inerente à biomedicina, a perspectiva humanista, aponta para o surgimento de um modelo mais complexo, em que o imaginário da saúde significa, prioritariamente, o doente e não a doença; a relação entre sujeitos e não entre sujeito e coisa. Assim, a doença é compreendida não como um inimigo instalado no corpo, mas como expressão de desequilíbrio, seja esse interior ou exterior implicando na consideração da relação entre indivíduo, sociedade, meio ambiente.

Martins (2003) considera que a doença, não pode ser resumida a problemas de ordem fisiológica ou orgânica, mas depende amplamente do meio social e das inserções nas diversas instituições. O seu enfrentamento não se dá apenas pela Ciência, mas também pelos demais recursos existentes na sociedade.

Nessa mesma direção, Caillé (2003) afirma que, em graus variados, de acordo com os casos, a doença apresenta uma articulação íntima do biológico com o social, sempre mediatizada pelo psíquico e pelo simbólico. Assim, todo sistema terapêutico pode ser compreendido como uma forma de articulação entre a intervenção biológica (física, química) e uma intervenção social (psíquica, simbólica). Nesse entendimento, cada tipo de intervenção deve estabelecer uma boa aliança entre os elementos do plano biológico e os elementos psíquicos e simbólicos.

Assim, a doença ora é considerada como um problema de caráter físico ou mental, de ordem biológica ou psicossocial, mas raramente ela é compreendida como um fenômeno multidimensional. Por conseguinte, essa visão fragmentada gera a fragmentação das abordagens e a não apreensão do objeto. Nesse contexto, a contribuição dada pela sociologia e antropologia na saúde é extremamente valiosa, visto que estabelece premissas básicas no horizonte epistemológico, que favorecem perspectivas acadêmicas críticas e contribuem para a construção de compreensões mais ampliadas para a abordagem da saúde e da doença.



## 4 REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 4

### 4.1 O ENFOQUE SÓCIO-ANTROPOLÓGICO SOBRE A RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE

A relação médico - paciente já foi amplamente investigada sob diversas perspectivas. Nos estudos realizados os sobre práticas das profissões do campo da saúde, a medicina e o trabalho do médico são bastante estudados tanto sob o ponto de vista das ciências biológicas como pelas ciências sociais.

No campo das ciências sociais em saúde ou sob a rubrica da sociologia das profissões, as diversas problemáticas que emergem da relação médico-paciente vêm sendo abordadas desde a metade do século 20. Entre outros, autores como Parsons (1958), Larson, (1977), Balint (1988), Starr (1982); Freidson (1988; 1994); Jaspers (1991), Boltanski, (2004), Donabedian (1990), a abordaram de forma apropriada, o que sugere que, tal categoria profissional comumente citada como um exemplar típico-ideal de profissão traz na própria história a temática da relação com características próprias aos processos das mudanças ocorridas (CAPRARA & RODRIGUES, 2004).

Os estudos pioneiros sobre a relação médico-paciente desenvolvidos por Parsons, nos Estados Unidos nas décadas de 60 e 70, propuseram conceitos extremamente importantes para a compreensão da estruturação das relações sociais da assistência em saúde, o papel do doente, o papel de médico, a carreira do doente, e outras compreensões acerca da doença, considerando-a como uma ruptura da ordem social ou desvio, estando o seu gerenciamento assistencial como

uma busca ativa pela reinstauração e manutenção da ordem perdida (ADAM & HERZLICH, 2001).

Com o seu conceito de papel social do doente, Parsons estabeleceu bases importantes para o desenvolvimento de estudos da sociologia da medicina. Ao considerar que nenhuma parte pode definir o seu papel independentemente do papel do outro, ele chamou a atenção não apenas para a relação médico-paciente, mas para o relacionamento humano. Considerou a relação estabelecida entre o médico e o paciente como uma relação marcada por um jogo de expectativas mútuas socialmente dadas. Assim, médicos e pacientes tenderiam a agir de um modo estável e previsível de acordo com o meio social a que pertenciam (NUNES, 2003a). Ao comentar sobre alguns aspectos inerentes à ideologia da profissão médica, Parsons (1958) reforçou a obrigação do médico em colocar o bem-estar do paciente acima dos interesses próprios, e destacou àquela época que o comercialismo seria o mais sério e insidioso demônio a ser combatido.

Outras pesquisas efetivadas no campo da sociologia médica norte-americana, no final dos anos 70 e na década de 80, continuaram a dar ênfase ao aspecto microrelacional, destacando temas como o das relações interpessoais em estabelecimentos, tendo como foco as relações médico-paciente. Entre as contribuições dos estudiosos da sociologia das profissões, registra-se a trazida por Freidson (1988) que se dedicou inicialmente à pesquisa acerca do relacionamento médico-paciente para em seguida focalizar apenas o médico, por considerar que na interação estabelecida ele exerce um papel dominante. Nas relações entre médicos e pacientes, Freidson (1988) identificou a existência de tensão e conflito em substituição à imagem funcionalista de harmonia e complementaridade. Ele realçou a postura de afastamento dos doentes adotada pelos médicos, paralela a um

discurso de cooperação, talvez como forma de preservar o conhecimento esotérico, inalcançável ao paciente (FREIDSON, 1988 apud BARROS, 2003).

No campo da psicologia médica, uma importante contribuição às reflexões acerca da relação médico-paciente foi dada por Michael Balint, médico psicanalista húngaro. Balint questionou e ampliou conceitos psicanalíticos freudianos e dedicou-se intensamente às relações interpessoais. Em suas pesquisas na Clínica Tavistock, em Londres, a partir de 1949, Balint passou a reunir-se com grupos de assistentes sociais cujo trabalho era o de assistência às famílias usuárias da clínica. Esta atividade foi posteriormente estendida para médicos clínicos, visando a compreender e administrar algumas dificuldades encontradas pelos profissionais em seu trabalho clínico.

A partir de seminários cujo foco eram casos clínicos atendidos pelos médicos, surgiu a técnica dos Grupos Balint, que se desenvolveu em diversos países, tendo sido criadas várias associações de profissionais em todo o mundo destinadas ao estudo e divulgação desta técnica. Com o auxílio de um coordenador da área de Saúde Mental, os Grupos Balint intencionam possibilitar aos médicos uma compreensão mais ampla do mundo emocional do paciente e das repercussões que o seu modo de vivê-lo pode acarretar para o processo saúde-doença (NOGUEIRA & MARTINS, 2002).

Entre outras questões relevantes sobre o papel do médico, Balint aborda o treinamento de algumas categorias profissionais do campo da saúde voltado apenas para as doenças físicas, desconsiderando as necessidades psicológicas do paciente. Ao descrever a 'relação médico-paciente', ele a considera como sendo; sempre e invariavelmente o resultado de um compromisso entre as ofertas e exigências dos pacientes e as respostas do profissional. O efeito terapêutico da

relação médico-paciente é reconhecido há bastante tempo, entretanto, as mudanças ocorridas na prática médica, nas últimas décadas, colocam uma importância bem mais evidente para os aspectos relacionais do atendimento (BALLINT, 1988 apud NOGUEIRA-MARTINS, 2002).

Outra importante contribuição para essa temática foi a de Luc Boltanski (2004). Com um olhar sociológico voltado para as práticas de saúde, sob a orientação de Pierre Bourdieu, Boltanski (2004) desenvolveu uma pesquisa empírica no Centro de Sociologia da Educação e da Cultura na França que culminou com a publicação do clássico 'As classes Sociais e o Corpo'. Tal estudo, que será oportunamente discutido nesse texto, intencionou identificar de que forma os atos e representações que constituem as práticas de saúde de uma população estão imbricados numa estrutura de classes como produtos e mecanismos de reprodução.

Noutra perspectiva, na antropologia da saúde encontramos análises da relação médico-paciente as quais consideram além do componente cultural da doença, a experiência e o ponto de vista do doente e dos familiares, as interpretações e as práticas populares e suas influências sobre a prevenção, o diagnóstico e o tratamento, bem como, à luz do Paradigma da Dádiva, estudos que levam em consideração as relações entre prestadores e usuários de serviços médicos como regidos pela circulação de dons, ainda que a partir de uma lógica desigual de prestígio entre médicos e pacientes, o que permitiu enfatizar seu forte caráter hierárquico, sem reduzi-lo a um modelo autoritário-disciplinar por natureza (KLEINMAN, 1980; BIBEAU, 1992; GOOD, 1994; HELMAN, 1994 apud MACHADO, 2006).

Considerando que nas profissões do campo da saúde, entre elas a fisioterapia, é hegemônico o modelo biomédico, o exercício profissional da medicina

está presente nesse estudo como reflexão inicial, para se desdobrar numa investigação acerca da 'relação fisioterapeuta e paciente, notadamente, sob o enfoque sócio-antropológico.

As expressões adotadas ao longo dessa discussão são relação médico-paciente por esta despertar mais familiaridade e sonoridade e relação profissional de saúde e paciente, considerando que a relação estabelecida entre o indivíduo que necessita de cuidados para a saúde e os profissionais desse campo não se limita à decorrente do encontro do médico com o paciente.

Assim, as discussões aqui sintetizadas referem-se à clássica 'relação médico-paciente' pelo fato das questões analisadas em grande medida serem pertinentes a tal categoria amplamente estudada pela comunidade científica, contudo, de alguma forma, também dizem respeito à relação entre profissional de saúde em geral, incluindo, o fisioterapeuta e seus pacientes.

#### **4.1.1 Conceituando a relação profissional de saúde e paciente**

Embora seja tema freqüente nas investigações efetivadas sob as mais variadas perspectivas, Sucupira (2007) considera que a 'relação médico-paciente' ainda se constitui um tema marginal frente à hegemonia do modelo biológico organicista que domina na formação médica.

Em grande medida, e em muitas circunstâncias o médico é o principal agente de cuidado com a saúde, contudo, tendo em vista a complexidade inerente às práticas na saúde e aos próprios indivíduos doentes ou com disfunções residuais às

doenças, outros profissionais do campo da saúde<sup>20</sup> com formações diversificadas integram a equipe de saúde no atendimento multi e interdisciplinar ao paciente, nos níveis da assistência primária, secundária e terciária à saúde. Assim, freqüentemente, após o encontro médico inicial, a maratona de visitas tem início, a qual tanto poderá se limitar às especialidades médicas, quanto poderá se estender para a contribuição dos demais profissionais do campo da saúde, os quais com suas competências e especificidades poderão contribuir para o retorno do indivíduo adoecido ou portador de déficits funcionais às suas atividades pessoais, profissionais e sociais em níveis desejados de higidez.

No processo de cuidado à saúde, vários profissionais do campo da saúde como enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, podem participar com as contribuições que lhes são pertinentes nas várias etapas dos processos de adoecimento: do diagnóstico e prognóstico ao tratamento, reabilitação ou cura. A cada encontro promovido entre tais profissionais e pacientes, a possibilidade da 'relação profissional de saúde-paciente' se faz presente, onde cada um deles se posiciona lançando mão não apenas da sua habilidade profissional, mas também da competência relacional. Sucupira (2007) assegura que nessa atuação conjunta que caracteriza a equipe interdisciplinar, cada categoria profissional, de alguma forma imprime seus esforços em defesa de seu

---

<sup>20</sup> Para Del Giglio (2002, p. 6), um novo paradigma pode estar se constituindo para a relação médico-paciente; a razão da procura por médico não está estaria mais restrita a uma doença, mas passaria a englobar qualquer forma de sofrimento do indivíduo que procura o médico. Desta forma, o ser que sofre se converteria então em um paciente e o profissional que se preocupa em minimizar ou mesmo abolir o seu sofrimento se torna o seu médico. [...] Este novo paradigma: 'ser que sofre' 'profissional que procura minimizar ou abolir o sofrimento' é tão amplo que descaracteriza a relação médico-paciente tradicional como exclusiva do médico. Esta maneira de entender a relação médico paciente se estende, a outros profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, que poderiam também compartilhar deste mesmo tipo de relacionamento com seus pacientes. [...] Se considerarmos o ato de minimizar ou abolir sofrimento como equivalente ao ato de curar, esta prerrogativa ou capacidade passa a transcender o médico Desta forma, médicos, enfermeiras, psicólogos e outros profissionais seriam todos indivíduos que curam ('healers').

espaço de atuação, do seu reconhecimento profissional, do mercado de trabalho e de outras formas de se tornarem socialmente relevantes.

Em sua análise acerca da profissão do médico, Pessotti (1996) chama a atenção para o fato de que embora a eficiência terapêutica seja desejada na prática clínica, a mesma não se dá apenas em função da habilidade prática nos serviços médicos ambulatoriais e hospitalares, mas contará também, com a maior ou menor consonância entre a experiência concreta da prática médica e o sistema de valores professado pelo profissional do campo da saúde. Nesse aspecto, o autor chama a atenção para o fato de que cada profissional tem uma motivação própria, pessoal para buscar a respectiva profissão.

No campo da saúde os valores, associados à profissão são pré-existentes à formação. São os valores adquiridos na família, na educação e na experiência pessoal pregressa. Ao longo do curso e na prática profissional tais valores não estarão esquecidos ou extintos. Na vivência com as teorias, com as experiências terapêuticas, com a realidade dos pacientes, com o seu próprio aprendizado, estes valores serão confirmados, alterados ou negados. Ou seja, mesmo que se defina a função do profissional em termos de eficiência terapêutica, a formação e a posterior prática irão requerer, também, a consideração de outros aspectos além da mera qualidade da teoria e práxis a serem exercidas. É nesse espaço que se pode identificar a força do *habitus* profissional<sup>21</sup>.

Com um olhar mais acurado, neste desenrolar de século é possível identificar que nos vários âmbitos dos serviços de saúde, cada vez mais as diversas patologias

---

<sup>21</sup> Não é apenas a formação que 'concebe' um profissional, este, sofre a influência da trajetória social, do capital cultural, que em suas disposições são estruturadas nas relações, estilos de vida, linguagem. "O estilo de vida é um conjunto unitário de preferências distintivas que exprimem, na lógica específica de cada um dos subespaços simbólicos, mobília, vestimentas, linguagem ou héxis corporal, a mesma intenção expressiva, princípio da unidade de estilo que se entrega diretamente à intuição e que a análise destrói ao recortá-lo em universos separados" (BOURDIEU, 1994, p. 83).

resultam de processos emocionais, que em grande medida são reflexos de problemas e carências sociais. É perceptível em cada doente alguém pressionado pelos dramas de sua vida pessoal, por seus conflitos de valores e desejos, pelas exigências da vida social. Nesse contexto os profissionais que compõem a equipe de saúde se deparam com as próprias limitações ao perceber que a anátomo-fisiologia, a patologia, e os vários saberes especializados adquiridos na formação acadêmica, não são suficientes para a ajuda efetiva (PESSOTTI , 1996).

Diante das necessidades que hoje se apresentam aos serviços de saúde, os profissionais percebem que estão aptos para entender um paciente padrão, um paciente teórico, virtual, que não existe, que não é o que comparece no consultório, no ambulatório, nas clínicas e hospitais. Em linhas gerais, os profissionais do campo da saúde, foram e estão sendo produzidos como no dizer de Larson<sup>22</sup>, mais ou menos adequadamente, para tratar um paciente que não é uma mulher ou um homem, mas um corpo humano.

Segundo Rios (2007), a relação médico-paciente não se resume à expressão espontânea da arte médica, entendida como a parte da medicina que não é ciência, não está associada apenas à vocação, à bagagem cultural, ao sexto sentido, à aura que envolve o médico e seu paciente em ato. Investigar essa relação é compreendê-la em termos de níveis de competência relacional dos profissionais da saúde e também dos pacientes, que passam, necessariamente, pela trajetória de vida, de formação dos envolvidos, bem como pela aquisição de conhecimentos sobre o modo como se fundamenta e opera a comunicação humana, a construção de vínculos, o desenvolvimento de habilidades interativas e as atitudes sustentadas pela reflexão ética (SCHRAIBER, 1997a; HABERMAS, 1989 apud RIOS, 2007).

---

<sup>22</sup> A educação médica foi denominada por Larson com o processo de 'produção de produtores' (LARSON, 1977, p. 34 *apud* MOURA, 2004).

Para entender os meandros dessa relação, é necessário ter em vista a crise identificada na saúde e na medicina a partir da segunda metade do século XX, que parece ter se tornado aguda nos últimos vinte anos e pode ser analisada em vários planos de grande significação, tanto em termos socioeconômicos como culturais. Contudo, a expressão 'crise' não significa uma desestruturação em seu modelo de produção de conhecimento ou estagnação nas suas investigações. Em termos de evolução nas 'ciência das doenças', a medicina vai muito bem, revolucionando-se constantemente através da produção dos ramos disciplinares da biociência que mais lhe são próximos, bem como no plano institucional, na medida em que se traduz nos programas de atenção médica, sobretudo aqueles destinados às populações de baixa renda.

No plano ético, imediatamente ligado à prática médica, é onde se identifica a perda ou a deterioração da relação médico-paciente, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações. O paciente é considerado mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico. Outro plano em que se observa uma situação crítica é o da eficácia institucional médica, onde se identifica a perda do papel milenar terapêutico da medicina, isto é, de sua função de curar em privilégio da diagnose e seus avanços tecnocientíficos (cf. LUZ, 2005).

Há ainda o plano da bioética, implicada na investigação biomédica, que se desenvolve em progressão quase exponencial no âmbito microanalítico, no nível dos estudos da genética, sem, contudo, a devida e cuidadosa consideração do sujeito humano aí envolvido direta ou indiretamente.

No plano corporativo, o campo das profissões da área da saúde são também aqui consideradas compreendendo não apenas aspectos da ética profissional em

termos das relações intracategorias, entre as especialidades médicas, como também nas relações intercategorias da área de atenção à saúde: as relações médicos/terapeutas, ou médicos e outras profissões, como enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, que chegaram atualmente a um nível de grave competição, perceptível nos serviços públicos de saúde. Destaca-se ainda a questão das relações entre profissionais e cidadãos, sobretudo com a clientela dos serviços públicos, caracterizada muitas vezes por conflito ou hostilidade (Ibdem).

Na nossa análise consideramos ainda o plano pedagógico e o político-institucional, da formação de recursos humanos para a atuação na área biomédica em seus diversos níveis – técnico, administrativo e de planejamento. O que se identifica é uma perda progressiva da capacidade das escolas ou faculdades da área de atenção à saúde para formar profissionais aptos para resolver, ou mesmo equacionar, problemas de saúde/doença de grande parte da população, sobretudo nos países de grandes desigualdades sociais, isto é, os do Terceiro e Quarto mundos (cf. LUZ, 2005).

Segundo Cruz Neto (2003) a revisão crítica da relação estabelecida entre médico e paciente, além de necessária, precisa ser constante, visto que esse é um espaço importante das relações humanas.. Para esse autor, com freqüência, o processo de interação entre profissionais de saúde e pacientes é gradualmente substituído pelo domínio exclusivo do próprio 'minifúndio'. Após freqüentes e consecutivos desacertos e transtornos na busca de vida enfrentada pelo paciente, há as escolhas entre a aceitação da terapêutica, o abandono ou a troca do profissional de saúde. Por vezes este percebe suas incoerências e tenta construir um processo interativo para melhor entender e atender aos anseios do ser humano que se encontra sob seus cuidados.

A temática da relação médico/profissional de saúde – paciente pode se constituir em uma chave para a melhoria da qualidade nas práticas de saúde, a partir do desvendamento de mecanismos e processos que geralmente permanecem obnubilados pelo caráter das estruturas de poder que permeiam esses encontros. Não esquecendo as especificidades dos serviços de assistência à saúde públicos e privados, bem como as particularidades e distinções dos diversos profissionais agregados a tais serviços, que assim como oferecem diversidade quantitativa de serviços, se notabilizam pelo aspecto qualitativo, negativo ou positivo, na relação estabelecida no campo das práticas em saúde, é nosso objetivo contribuir para a compreensão e desvendamento das dinâmicas relacionais e dos mecanismos que as determinam.

Dentre os aspectos a serem investigados podemos destacar: a formação do profissional de saúde; os níveis de humanização/desumanização do atendimento; as políticas de acesso à informação; a comunicação médico-paciente; os graus de satisfação dos usuários do serviço de saúde; a influência da tecnologia, a incorporação de procedimentos sofisticados e equipamentos de ponta, os custos com a assistência e os constantes conflitos entre prestadores de serviços na área de saúde e usuários<sup>23</sup>.

Para Machado (2006) em pesquisa empreendida em nível hospitalar é percebida e nomeada uma deterioração das relações médico-pacientes, resultante do anonimato e da igualdade entre pacientes, e da baixa importância atribuída às

---

<sup>23</sup> Esses e vários outros temas estão investigados, quer como proposição das políticas públicas de saúde; quer em publicações literárias, ou nos vários estudos científicos e empíricos efetivados sobre aspectos associados à realidade das relações humanas estabelecidas no campo das práticas em saúde, como nos trabalhos de: EKSTERMAN (1968); CASSEL (1982); CRAIG (1992); ATKINSON (1993); GATTINARA et al. (1995); SCHRAIBER (1993); FERNANDES (1993); LUZ (1997, 1998, 2005); NOGUEIRA MARTINS (1998); CAPRARA; FRANCO (1999); CAPRARA & RODRIGUES (2004); ACIOLE (2004); RUIZ MORAL (2007); SUCUPIRA (2007); COELHO FILHO (2007); TESSER, LUZ (2008).

singularidades de pacientes, numa situação marcada pela fragilidades do sistema, expressas no excesso de pacientes demandantes. Há um desencontro entre as expectativas dos pacientes e a dos médicos. Da incongruência de sua função esperada pelos médicos e evidenciada e realizada pelos pacientes, produz-se um espaço de conflitualidade.

Tal conflito decorrente das diferenças e antagonismos de expectativas entre pacientes e médicos sobre a sua relação é expresso na expressão metafórica utilizada por um dos médicos, referindo-se ao que entende acontecer no seu espaço de trabalho: é como se houvesse sido interposta, entre pacientes e médicos uma barreira invisível. Para Machado (idem), com base no paradigma da Dádiva, a metáfora da barreira invisível pode ser considerada como uma circulação negativa da reciprocidade de formas de prestígio a serem trocadas como dádivas entre médicos e pacientes. Dos médicos, esperam-se os dons da atenção/escuta/cuidado e os atos curativos; dos usuários, esperam-se os dons da atenção/fala/gratidão e os atos de adesão aos procedimentos de cura. Assim, embora médicos e usuários pareçam compartilhar e participar de uma mesma definição do que esperar de uns e outros, a realidade analisada aponta para a quebra na circulação das dádivas esperadas (Ibidem).

Para Machado (2006), o comprometimento da relação interpessoal entre o profissional de saúde e o paciente vem se dando devido a fatores diversos, sobretudo devido aos inerentes a evolução tecnológica. São vistos progressos na ação dos fármacos, no desenvolvimento da genética, da imunologia, da bioquímica, o fortalecimento da tecnologia para a saúde, entre outros aspectos, contribuíram para o crescimento do modelo biomédico centrado na doença, e atualmente, as novas e sempre mais sofisticadas técnicas assumiram um papel importante no

diagnóstico e tratamento, diminuindo assim o interesse pela experiência do paciente e sua subjetividade.

#### **4.1.2 A comunicação médico-paciente**

Entre os diversos fatores presentes nos comportamentos dos profissionais que podem interferir na interação com o paciente, a linguagem se configura como um dos fatores mais relevantes, daí a comunicação nas práticas de saúde se constituir em uma das temáticas que mais tem suscitado interesse de pesquisa. As várias nuances referentes a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes vêm despertando interesse da comunidade acadêmica. Um estudo sobre a 'comunicação médico-paciente' mostra que cerca de 1.000 publicações científicas em inglês e francês por ano são referentes ao tema (TAGLIAVINI; SALTINI, 2000 APUD CAPRARA & RODRIGUES, 2004). Grande parte da produção apresenta resultados de pesquisas empíricas, algumas pesquisas referem-se à aplicação de técnicas comunicacionais como atributo de melhoria na relação e à aplicação de instrumentos de observação e avaliação da comunicação entre médico e paciente. Outras publicações propõem a necessidade de formular programas de formação e manuais práticos de referência abordando as questões relacionadas a relação profissional de saúde e paciente.

Essa vasta produção sobre o tema no contexto anglo-saxônico se contrapõe a um número ainda limitado de pesquisas no Brasil. O que é reforçado por Leite et al (2007) que afirma que há uma defasagem entre o modo como a literatura internacional discute a relação médico-paciente, os temas de humanização e o

espaço que é dado à discussão dos aspectos referentes às diversas formas da relação entre o médico e o paciente no contexto da atenção médica no Brasil (apud SUCUPIRA, 2006).

Para Boltanski (2004), entre os pacientes das classes populares, uma das características de distanciamento entre o médico e o paciente é a linguagem médica. O vocabulário especializado se configura como uma barreira lingüística devido às diferenças lexicológicas e sintáticas que separam a língua das classes cultas das populares.

Os membros das classes populares estão diante da doença, da medicina e dos médicos como diante de um universo estranho. Estranho ao 'universo da experiência' e regido por outra lógica cujas regras se ignoram. O mundo da doença e da medicina é para os membros das classes populares 'um universo onde por essência tudo é possível' (BOLTANSKI, 2004, p. 29).

Sobre essa questão Caprara & Franco (1999) afirmaram que a linguagem utilizada pelos médicos se configura ainda como um instrumentos de dominação. Tais autores consideraram que a relação médico-paciente pode ser entendida como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas.

Para Taylor (1986) comumente, os profissionais usam uma linguagem técnica em função do hábito adquirido em sua formação e treinamento. O vocabulário complexo é necessário para a compreensão das doenças, procedimentos e terapêutica, bem como para a comunicação com os outros profissionais. Tendo em vista a naturalização da linguagem técnica o profissional pode não perceber que o paciente não está captando as informações dadas. Caso identifique a incapacidade do paciente em compreender os aspectos de sua doença e do tratamento, o profissional pode ir ao extremo oposto, e utilizar uma linguagem infantilizada, com explicações simplistas, que não esclarecem ao paciente sobre sua situação e procedimentos terapêuticos. Explicações simplificadas, adicionadas a uma fala

infantilizada, podem fazer com que o paciente se sinta como uma criança desamparada, bem como pode impedir que o paciente faça perguntas relevantes e significativas.

Para Soar Filho (1998) a relação médico-paciente é excessivamente hierarquizada e, portanto, pouco propiciadora do diálogo. Além disso, o discurso médico pode constituir-se numa forma bastante ostensiva de diferenciação cultural e de status social com o uso de terminologia técnica inacessível aos não-iniciados.

Ou seja, o médico pouco leva em consideração as limitações intelectuais e educacionais dos pacientes e muitas vezes as possíveis diferenças culturais são confundidas de forma preconceituosa e desrespeitosa. As consultas médicas normalmente são conduzidas em um misto de linguagem cotidiana e jargão médico. A partir do século XX a linguagem da medicina se tornou ainda mais técnica e esotérica e, portanto ainda mais incompreensível para o público leigo (HELMAN, 2003).

Os membros das classes populares francesas, estudados por Boltanski (2004) se sentiam incapazes de reproduzir o discurso médico, sobretudo, devido à recusa do médico em fornecer ao doente as informações sobre seu corpo e doenças a fim de impedi-lo de manter uma relação científica com o corpo e uma relação reflexiva com a doença. A partir daí os membros das classes populares constroem seus próprios discursos com 'seus próprios meios', 'recursos de bordo', compostos de materiais fragmentados, heteróclitos, palavras mal entendidas, frases descabidas arrancadas do discurso médico, originando um discurso 'vazio' sobre a doença ou a tentativa de reprodução do discurso médico.

Através desse jogo de reinterpretações as 'representações da doença' são identificadas. Tais representações por vezes se mostram relativamente bem

acabadas, coerentes e explícitas, em outras, permanecem em estado latente, escondidas no discurso, traídas pelo emprego de certas palavras ou imagens particulares. Por considerar que está na natureza do conhecimento popular não se expressar de maneira sistemática ou teórica, mas sim através da anedota e do relato, a consciência aguçada da ilegitimidade das representações populares contribui ainda mais para entravar a elaboração e a verbalização das questões relativas à doença. Assim, se por um lado, desautoriza-se a utilização da linguagem médica pelo leigo, por outro, são desenvolvidos e incentivados trabalhos educativos que visam a ampliar o domínio médico e educar o paciente a aceitar e a se submeter à autoridade deste.

Outro aspecto identificado por Boltanski (2004) é que, para os pacientes das classes populares, os médicos foram definidos como os únicos detentores do conhecimento legítimo. A relação com a doença e com o conhecimento médico, instaurada pelo reconhecimento da única legitimidade do conhecimento oficial foi identificada como fonte geradora de ansiedades e de tensões, que são explicitadas no discurso das classes populares sobre o médico, que na maioria das vezes é prolixo, inquieto, hesitante e oscilando num mesmo indivíduo entre a afirmação de uma submissão incondicional ao médico e a enumeração das queixas que nutriam a seu respeito.

Na demarcação feita pelos membros das classes populares analisados por Boltanski (idem), o universo social estava dividido em 'nós' e os 'outros' – patrões, professores, médicos, comissários de polícia – membros de clãs superiores, representantes da legalidade, guardiães da ordem social. Aos 'outros' foi atribuída a possibilidade de manipulação ou a vontade de manipular por possuírem

conhecimentos, meios materiais e direitos que lhe conferem extensos poderes para tal (Op. Cit).

Nesse sentido, por ter o médico a possibilidade material e o direito legal, as características técnicas da relação a tornam, portanto, uma relação assimétrica e de dependência. O doente representa o papel de objeto, favorecendo a manipulação moral pelo médico. Embora haja 'limites' e normas sujeitas a sanções penais a serem observadas para a manipulação física, o médico pode adotar atitudes que sugerem a manipulação moral, aumentando assim, o sentimento de dependência e de dominação simbólica. A assimetria aumenta quando cresce a distância social, e diminui proporcionalmente à força da estratégia que o doente pode opor ao médico – a força do discurso. Boltanski (2004) considera que a relação entre o médico e os pacientes das classes populares 'não é uma relação de homem para homem, e sim um encontro de uma consciência e de uma confiança entre um especialista e um profano, o que resulta numa relação adaptada à classe social do doente' (BOLTANSKI, 2004, p. 52).

No entendimento de Lefèvre & Lefèvre (2004) à medida que a saúde e a doença são apreendidas de acordo com a representação social dominante, como um assunto técnico/científico, a fala profissional torna-se legal, uma fala socialmente autorizada, por ser proveniente de um espaço técnico científico. A fala do indivíduo, contudo, é uma fala leiga, desautorizada, prosaica, ilegal, deseducada porque proveniente de um espaço vivencial, da cotidianidade. Em tal perspectiva, o diálogo entre as partes resume-se a uma prática discursiva e comportamental regida por relações assimétricas de mando/obediência, prescrição/cumprimento da prescrição, podendo tais relações ser mais autoritárias ou mais gentis, menos participativas, ou educativas, ou cooperativas, o que não muda a natureza estruturalmente

assimétrica. E ainda, um importante componente interfere nesta assimetria estrutural:

Com efeito, o profissional fala científica/tecnicamente sobre um objeto tecnocientífico (a saúde/doença), mas este objeto sobre o qual ele fala, com autoridade, se por um lado lhe pertence como objeto científico, de estudo e intervenção, por outro lhe é radicalmente exterior, implicando, além disso, em alteridade, na medida em que pertence, enquanto sentimento de corporeidade, [...] sensação física e emocional, objeto de direito, lócus de autonomia, à pessoa, ao indivíduo dono de seu corpo. Isto é, a saúde e a doença são objetos técnico-científicos e de cientistas/técnicos, mas, também e contraditoriamente, atributos e condições de sujeitos humanos (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2004).

Autores como Arrow (1963) comungam da idéia da assimetria na relação nas práticas de saúde. Médicos e pacientes não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído. Sucupira (2007) reforça tal compreensão. Para ela, a relação médico-paciente consiste em uma relação entre dois sujeitos sociais caracterizada pela assimetria, tanto em função do saber quanto pelas inserções sociais dos atores (ARROW (1963) apud CAPRARA, RODRIGUES (2004); SUCUPIRA, 2007).

No entendimento de Eksterman (1968), o relacionamento assimétrico médico-paciente é facilitado por vínculos emocionais arcaicos. Provavelmente essa é a razão pela qual o paciente se submete, sem outras justificativas senão a promessa vaga de cura, a rituais mais ou menos complicados, que são a anamnese, o exame físico, as técnicas diagnósticas e a prescrição terapêutica. Alguns desses rituais são cientificamente justificados, outros escapam à compreensão corrente. São diretamente derivados de necessidades inconscientes, embora freqüentemente sejam racionalmente justificados. Alguns, contudo, assemelham-se aos antigos e primitivos ritos xamânicos.

Para Boltanski (2004) a relação doente-médico não é como gostaria a ideologia médica, uma relação específica, mas pertence a um gênero mais vasto de

relações interindividuais que põem face a face um especialista detentor de um conhecimento específico e manipulador, e um profano que suspeita da manipulação sem poder provar nada, e nem com maior razão, evitá-la.

Em relação aos pacientes pertencentes às classes superiores o discurso médico se configura de forma diferenciada. Em função da imagem social, o médico definirá suas estratégias frente ao doente. E essas comumente variam em graus diferentes segundo a classe social do atendido. Aos membros das classes superiores serão dadas algumas explicações e será delegado poder que os autoriza a manipular certas partes do discurso médico. O desprezo do especialista pelo profano varia em função de sua inteligência, do seu bom senso, de seus méritos, do seu valor social.

De acordo com Boltanski (idem) a frequência e a intensidade das relações que os doentes mantêm com o médico e a qualidade do 'colóquio singular' crescem quando se sobe na hierarquia social e diminui com a distância social entre o médico e o doente. Os membros das classes superiores e o médico pertencem à mesma classe social, ao mesmo meio, ao mesmo grupo de inter-relações. Nesse aspecto, o diálogo torna-se fácil porque falam a mesma língua, têm os mesmos hábitos mentais, empregam categorias de pensamentos semelhantes, sofreram a influência da mesma 'força formadora de o *habitus*' que é o sistema educacional, o qual, no princípio, ao transmitir uma 'postura intelectual', fortalece a idéia de que não existe nada que não possa ser objeto de uma interrogação crítica e tornar-se objeto de um conhecimento racional (Ibidem). Ao apontar a interação entre as formas de expressão da doença, linguagem e classe social, Boltanski (2004), considera ainda, a idéia de 'cultura somática', entendida enquanto um código de conduta corporal ou 'código de boas maneiras para viver com o corpo', sendo esse próprio dos membros

de um grupo social particular. Ou seja, o pertencimento aos diferentes grupos sociais implica em diversas 'culturas somáticas', isto é, em diferentes '*habitus* corporais'. Para o autor um *habitus* corporal:

É um sistema de regras profundamente interiorizadas que, sem nunca serem exprimidas na totalidade, nem de maneira sistemática, organizam implicitamente a relação dos indivíduos de um mesmo grupo com seus corpos e cuja aplicação a um grande número de diferentes situações permite a produção de condutas físicas diferentes e diferentemente adaptadas a essas situações, mas cuja unidade profunda reside no fato delas permanecerem sempre conformes com a cultura somática daqueles que a produzem (BOLTANSKI, 2004, p. 176).

Noutras, palavras, a relação que os indivíduos mantêm com seus corpos, a forma de se expressar, de verbalizar as sensações corporais, a performance e os sinais que o corpo irá transmitir na sua interação com o mundo é resultado de um *habitus* corporal integrado ao conjunto de práticas social características de uma classe.

No entendimento de Helman (2003) mesmo que médicos e pacientes tenham a mesma origem social e cultural, interpretam a relação saúde-doença de formas diferentes. As suas perspectivas estão baseadas em premissas diferenciadas, os sistemas de avaliação e de comprovação da eficácia dos tratamentos são compreendidos de formas distintas. Cada uma das partes envolvidas na relação tem seus pontos fortes e fracos e um dos principais aspectos a considerar como possível impedimento na compreensão das questões relativas à saúde e doença é a comunicação entre o médico e o paciente durante encontro clínico.

Ao analisar o tema das relações humanas entre pacientes e médicos, sob a perspectiva da filosofia hermenêutica e de abordagens comunicacionais, Caprara; Rodrigues (2004) citando Ricoeur (1994) afirmaram, o mundo em que vivemos está lingüisticamente construído e historicamente dado. Com a compreensão da construção do mundo vinculado à língua, à lingüística, aos significados, aos signos, levam-se em consideração os processos de comunicação que diferenciam e

unificam os grupos. Este processo se dá pela compreensão de uma linguagem que não se restringe à linguagem verbal, mas inclui a linguagem corporal e gestual.

Para Caprara; Rodrigues (2004) o processo hermenêutico, composto da explicação e compreensão como duas fases recorrentes e complementares, ao analisar as fases da relação médico-paciente, pode identificar que estas não são propriedades de uma das partes. Tanto o médico como o paciente encontram-se na condição de explicar e compreender a si mesmos e ao outro. Na medida em que o médico assimila e assume esta compreensão, se aproxima do paciente, recorre às várias fontes de explicação e compreensão da situação, inclusive a sua própria história.

No tocante aos padrões de comunicação verbal e não-verbal, Caprara & Franco (1999) ressaltaram que entre os problemas que surgem na relação médico-paciente destacam-se a incompreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor e o sofrimento; a falta ou a dificuldade por parte do médico em transmitir informações adequadas ao paciente e a dificuldade do paciente na adesão ao tratamento, que em grande parte é devido as questões precedentes.

Na compreensão de Fernandes (1993), a relação médico-paciente se caracteriza por uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade, e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas. Este projeto de hegemonia é ampliado na medida em que a ordem médica busca, continuamente, substratos científicos para sujeitar os mais diversos campos da vida a seus preceitos, transformando as pessoas em doentes em potencial, ou suspeitos, à revelia do que elas sentem de si mesmas. Apesar de o tema ter sido extensamente analisado, algumas limitações de ordem prática podem ser percebidas nessas

discussões. Uma dessas limitações refere-se à abrangência de tais pesquisas. Segundo o autor, na maioria das vezes, as análises feitas são lidas e debatidas por profissionais distantes da prática clínica, o que confere a estas discussões uma aparente inutilidade, já que os agentes envolvidos cujo acesso a tais informações desejáveis, não as têm.

#### **4.1.3 Sobre a comunicação não verbal**

É a partir da comunicação, que inclui todas as formas de expressão, estabelecidas que ideias, sentimentos, valores, crenças e gostos dos interlocutores são compartilhados. No campo da saúde a comunicação entre o profissional e o paciente não se restringe à linguagem verbal, mas inclui formas de comunicação não-verbal que inclui linguagens diversas como a corporal, a gestual e o toque e se configura como uma condição indispensável à boa condução das práticas terapêuticas. Segundo Hall (1987) e Davis (1979) apud Sawada (2000) 65% de toda a comunicação que ocorre em uma interação é de caráter não-verbal. Tal valor percentual foi também considerado por Birdwhistell (citado por MESQUITA, 1997). Tal autor concluiu, através de seus estudos, que a relevância das palavras em uma interação entre pessoas é apenas indireta, uma vez que grande parte da comunicação se processa num nível abaixo da consciência. Segundo este autor, apenas 35% do significado social de uma conversa corresponde às palavras pronunciadas, os outros 65% seriam correspondentes aos canais de comunicação não-verbal.

Segundo Mesquita (1997), o percentual atribuído à comunicação não verbal ocorrido nas relações é ainda mais elevado. Estudos mostraram (MEHRABIAN & APPEBAUM e col. apud RECTOR & TRINTA, 1985) que o percentual da comunicação não-verbal na transmissão de qualquer mensagem em uma interação entre indivíduos é muito elevado, alcançando 93%. Nas relações sociais, a comunicação se dá predominantemente através da comunicação não-verbal.

Ou seja, tais estudos demonstram que em 55% das interações a comunicação não-verbal é estabelecida através dos gestos, do olhar, da postura, da expressão facial, bem como pelas próprias características físicas, singulares a cada indivíduo e, que, por si só, falam a respeito de cada ser, individualizando-o dentro de seu contexto específico. E em 38% a comunicação não verbal se efetiva a partir de sinais para-lingüísticos como a entonação da voz, os ruídos vocálicos de hesitação, grunhidos, a pronúncia, tosse e suspiros decorrentes da tensão; e pelos sinais silenciosos do corpo. Assim, apenas 7% da comunicação se dão através das palavras o que evidencia que as interações sociais estão muito mais sujeitas às comunicações não-verbais que, na verdade, ultrapassam o limiar do corpo (os artefatos, mobiliário, roupas e a disposição dos indivíduos no espaço). Esses meios são mais exatos e fidedignos do que as palavras, pois não estão sujeitos ao controle da consciência.

Segundo Silva et al. (2003) a comunicação não-verbal qualifica as relações e pode complementar a verbal, quando a auxilia na emissão da mensagem, pode contradizê-la, quando envia alguma mensagem contraditória a expressa pela linguagem verbal, pode substituí-la, ao enviar uma mensagem sem o uso da comunicação verbal) e ainda pode demonstrar os sentimentos do emissor, mesmo

que este não tenha consciência. A comunicação não-verbal expressa nossos sentimentos e emoções, complementa, contradiz e substitui a comunicação verbal.

A comunicação não-verbal é mais demorada e requer que os interlocutores estejam atentos para esse tipo de comunicação (SAWADA, 2000); talvez, por isso ela é menos percebida ou reconhecida como aspecto propiciador dos diversos processos das relações sociais e notadamente da relação fisioterapeuta e paciente.

Os estudos sobre a comunicação não-verbal ganharam novo impulso nas últimas décadas. As pesquisas se diversificaram e focalizaram diferentes aspectos a serem estudados, tanto no que diz respeito à diversidade de canais, quanto às modalidades de sinais (SILVA, 1987), inicialmente tais estudos se concentravam mais na área da antropologia e psicologia, porém mais recentemente especialidades do campo da saúde, a exemplo da medicina e educação física também passaram a interessar-se por pela comunicação não-verbal enquanto elemento integrante das relações sociais. Mais especificamente no campo da enfermagem vários estudos se dedicam a identificar as diversas questões da comunicação não-verbal expressa nas relações de cuidado entre o enfermeiro e o paciente. Para Ressel & Silva (2006) é a partir das mensagens não verbalizadas que os corpos que estão sendo cuidados a todo o momento, emitem mensagens acerca de seus valores, emoções, sentimentos, preconceitos, agrados e desagradados, expectativas, inseguranças e medos. É através da postura, retraída ou aberta que é explicitada a negação ou a aceitação ao cuidado e ao processo de interação que se dá a partir da comunicação. É a partir da expressão facial de quem está sob cuidados, que o medo, a dor, a insegurança, a insatisfação e todos os demais sentimentos vivenciados são externalizados. E é ainda, através do olhar, que muitas vezes são demonstrados aspectos como insegurança, desejo de atenção, de afeto, de ser tocado ou não, o

que expressa à adesão ou não aos cuidados e ao estabelecimento de uma relação profissional de saúde e paciente. As fontes do comportamento não-verbal provêm de programas neurológicos herdados da espécie humana, experiências comuns a todos dessa espécie, experiências de acordo com a cultura, classe social, família e do indivíduo (SILVA, 1998a, SILVA, 2006).

Baseados nos estudos efetivados, sobretudo, no campo da enfermagem, entre as diversas formas citadas da comunicação não-verbal, para o presente estudo destacamos a proxêmica, por entender que o uso dos espaços nas práticas de saúde e o toque e suas características influenciam o processo de interação, uma vez que se configuram como as principais formas de comunicação estabelecidas nas práticas de fisioterapia, mas que nem sempre é apreendida em toda a sua extensão, por estar muitas vezes restrita à visão terapêutica, presente, porém nem sempre predominante.

Nesse sentido, Silva et al. (2006) em estudo acerca dos fatores proxêmicos entre profissionais de saúde e pacientes queimados, alertam tais profissionais quanto à complexidade que envolve toda e qualquer ação em saúde, sobretudo ao considerar que a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada; assim, ressaltam a importância de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente.

#### 4.1.3.1 Formas de comunicação não-verbal: a Proxêmica

O antropólogo Edward T. Hall (1986) foi pioneiro na conceituação e estudo do espaço no relacionamento interpessoal. Hall ao adotar o termo proxêmica, descreveu a teoria do uso humano do espaço e seu significado social, ou seja, a proxêmica estuda como o homem estrutura inconscientemente o micro-espaço (Sawada et al. 2000). Segundo Silva (2006), de acordo com a definição proposta por Soukhanou (1999), proxêmica é o estudo da distância que os indivíduos mantêm um do outro na interação social e de como essa distância é significativa.

Segundo Hall, a utilização do espaço é determinada culturalmente e a percepção da distância e a proximidade são resultados dos sistemas sensoriais - visual, auditivo, olfativo, tato. Em diferentes culturas, os canais sensoriais adquirem mais importância do que outros.

A proxêmica estuda o espaço em três aspectos: o espaço de características fixas, a exemplo da existência de paredes; o espaço de características semi-fixas, como a disposição dos mobiliários, obstáculos e adornos; e o espaço informal, que se refere ao território pessoal ao redor do corpo do indivíduo. Ao analisar esses aspectos para a cultura norte-americana, Hall identificou quatro distâncias entre os interlocutores nas interações sociais. Essa classificação pode ser considerada válida para a cultura brasileira, com o entendimento de que pode haver variações de acordo com aspectos como: gênero, idade, disposição social, entre outros que podem favorecer o predomínio de uma ou outra distância durante as interações. O espaço entre os interlocutores pode indicar o tipo de relação que existe entre eles (diferença de categorias sociais, preferências, simpatias). Assim, consideramos que comumente nas relações com os atores sociais com os quais interagimos no dia-a-dia, as quatro distâncias citadas por Hall, podem ser consideradas:

- Distância íntima: Na distância íntima (0-50 cm) ocorre contato físico através de pequenos movimentos; a visão, o cheiro e o calor do corpo do outro são perceptíveis.
- Distância pessoal: Na distância pessoal (50-120 cm) não há o contato corporal; o calor e o odor do outro não são perceptíveis.
- Distância social: Na distância social (120-360 cm) não há contato físico e o tom de voz é normal; as pessoas que trabalham juntas, normalmente utilizam essa distância.
- Distância pública: A distância pública (acima de 360 cm) refere-se àquela mantida nas conferências e comícios; a voz pode ser alta e o contato visual opcional.

Para Hall (1986) oito fatores são ainda descritos no estudo das distâncias entre as pessoas:

- fatores de postura-sexo: analisa aspectos que inclui o sexo dos participantes e a posição básica mantida pelos interlocutores, ou seja, se de pé, sentado ou deitado durante as interações estabelecidas;
- eixo sociofugo e eixo sociopeto: o eixo sociofugo identifica as posturas corporais que têm como efeito manter os interlocutores estanques entre si, o que pode desencorajar a interação; eixo sociopeto se refere às posturas que permitem o contato entre os interlocutores o que pode denotar encorajamento. As dimensões sociofugas e sociopetas analisam o ângulo dos ombros em relação à outra pessoa; a posição dos interlocutores como face-a-face, de costas um para o outro ou qualquer outra angulação. A posição frente a frente indica interesse mais restrito entre pessoas, seja negativo ou

positivo, o posicionamento paralelo revela parceria e construção de objetivos comuns. O posicionamento de costas refere maior dificuldade para a relação.

- fatores cinestésicos: analisa a proximidade entre os interlocutores, como o contato físico, a curta distância, o toque ou as partes que se tocam e o posicionamento das partes do corpo;
- comportamento de contato: são analisadas as formas de relações táteis como acariciar, agarrar, apalpar, segurar demoradamente, toque localizado, roçar acidental ou nenhum contato físico.
- código visual: identifica a presença ou ausência do contato visual e o modo do contato visual que ocorre nas interações como o olho-no-olho ou a ausência de contato.
- código térmico: identifica o calor percebido pelos interlocutores;
- código olfativo: analisa as características e o grau de odor percebido na pelos interlocutores na interação;
- volume de voz: refere-se ao volume e intensidade da fala, tais como tom baixo:sussurro, tom normal: audível, tom alto: grito.

A partir da classificação proposta por Hall, outras compreensões existente nas relações sociais, sobretudo no campo da saúde são possibilitadas. Na comunicação estabelecida entre o fisioterapeuta e o paciente, muitos desses fatores podem ser identificados, e em grande medida eles são naturalizados e não considerados como relevantes, sobretudo, devido ao seu papel na efetivação da comunicação e eventual relação fisioterapeuta e paciente. Assim, a proxêmica será considerada quando da análise das falas de pacientes e fisioterapeutas a cerca de aspectos como o toque.

Comumente no encontro entre o fisioterapeuta e o paciente há a predominância da distância íntima, visto que, de forma quase que inevitável, há o contato físico através do toque, seja esse durante as avaliações, seja para o uso de equipamentos terapêuticos ou como técnicas e manipulações terapêuticas inerentes aos procedimentos fisioterapêuticos. Há posicionamentos corporais adequados às técnicas a serem utilizadas, esses com frequência são caracterizados por posturas que sugerem parcerias entre o fisioterapeuta e o paciente, principalmente como estímulo para a re aquisição das habilidades motoras comprometidas. Há o uso freqüente da visão, por parte do fisioterapeuta, da região a ser tratada, que por vezes está desnuda, mas há ainda, o olhar da comunicação onde há a possibilidade de se comunicar os sentimentos diversos que vão desde a dor ou o medo à confiança e empatia mútuas. Há a possibilidade do cheiro e do calor do corpo serem perceptíveis devido à proximidade, e há ainda que se considerar o tom de voz adotado nas condução de determinadas práticas fisioterapêuticas, que pode variar de acordo com as condições tratadas, de sussurros, sobretudo em âmbito hospitalar e em UTIs, ao tom audível ou alto. Portanto, esses aspectos precisam ser levados em conta na análise da relação fisioterapeuta e paciente, uma vez que a diálogo estabelecido a partir da comunicação não-verbal quando considerado pode eventualmente concorrer para o estabelecimento de uma relação fisioterapeuta e paciente satisfatória com a eficácia terapêutica necessária.

#### 4.1.3.2 O toque como forma de comunicação

Segundo Silva (idem), cada paciente possui um campo energético ao redor de si, visto como uma extensão do seu próprio corpo - espaço pessoal, essa percepção faz com que o indivíduo tome consciência de seu corpo. Um dos aspectos que nem sempre é considerado durante a realização das práticas terapêuticas é no que se refere à invasão desse espaço pessoal. Em estudo empreendido por Sawada (2000), em que foram analisadas as funções do espaço na estrutura hospitalar, observou-se que há uma forte relação entre a estrutura de autoridade e a comunicação da equipe. Assim sendo, ao ser analisada a luz da proxêmica, esta relação pode ser comparada ao que Hall (1986) define como o uso do espaço sendo influenciado pelas relações de autoridade que se estabelece. Nas condições analisadas, ou seja, em indivíduos pós-cirurgiados e em estrutura hospitalar, a invasão do espaço ocorre quando os indivíduos envolvidos na relação pertencem a posições hierárquicas diferentes. O profissional representa o indivíduo de maior status na interação, e assim é através do olhar, da forma como se aproxima e do tocar, que é identificado que tipo de relação ele pretende estabelecer com o paciente.

Conforme citado, para Hall (1986) as relações que o indivíduo mantém com o ambiente dependem do seu aparelho sensorial e do modo como está condicionado a reagir. À distância íntima, podem ser sentidos os odores; a visão, nesta distância é mais aguçada uma vez que os olhos, geralmente, são a maior fonte de informação que o homem possui. Contudo, o contato físico é extremamente significativo; o tato, a partir do toque é um mundo perceptivo mais imediato e mais acolhedor que o mundo orientado pela visão.

O toque é sob vários aspectos uma forma de comunicação não verbal. Para Fritz (2002) ele é uma forma de comunicação emocionalmente mais poderosa do

que a fala. A comunicação verbal usa palavras específicas com sentidos específicos para transmitir uma mensagem. A comunicação através do toque é mais ambígua, depende da interpretação de seu sentido, a partir de experiências vividas e circunstâncias correntes. Para a autora mencionada, transmitir uma mensagem verbal, clara e concisa apresenta graus de dificuldades, visto que nem sempre os interlocutores estão de acordo acerca do sentido das palavras. A transmissão de uma mensagem a partir do toque é muito mais desafiadora, uma vez que muitos fatores estão envolvidos na interpretação da mensagem, o que pode aumentar o potencial de mal-entendido. A comunicação efetivada pelo toque é influenciada por contextos pessoais, familiares e culturais. Cada indivíduo define seu espaço pessoal e a distância desse espaço difere entre pessoas e entre culturas.

O toque profissional ou o toque especializado tem uma intenção terapêutica, e como tal é regido por padrões de prática, aplicação técnica e conduta ética. A intenção da terapia através do toque pode ser classificada em toque mecânico onde há um resultado anatômico ou fisiológico específico e toque expressivo o qual é usado para dar suporte comunicar consciência e empatia ao paciente enquanto ser global. As habilidades relativas ao toque mecânico são aperfeiçoadas a partir do estudo da anatomia, fisiologia e das técnicas terapêuticas manuais. Já o desenvolvimento da técnica do toque expressivo é mais complexo e envolve o amadurecimento pessoal do profissional, a partir da compreensão das experiências de vida próprias e dos indivíduos cuidados e habilidades de comunicação e interação (FRITZ, 2002).

As terapias que usam o toque profissional e especializado adentram o espaço pessoal, estabelecendo uma distância íntima, segundo Hall (1986), entre o cuidador e o cuidado, o que requer do profissional a sensibilidade necessária para a

valorização dos fatores que influenciam as respostas dos indivíduos quando dessa invasão no espaço pessoal. O profissional de saúde ao compreender a linguagem do toque, descobre que a ação de tocar o paciente não é apenas um contato físico deliberado, necessário para o desenvolvimento de uma tarefa específica, mas é também uma ação afetiva. O toque e a proximidade física são as principais formas de comunicação com o paciente por demonstrar afeto, envolvimento, segurança e sua valorização como ser humano (MONTAGU, 1988).

Contudo, o profissional deve ficar atento às diferenças individuais e culturais. Uma atitude mais introspectiva apresentada por um paciente pode indicar que certa restrição ao toque, levando em conta que existem diversos fatores que possibilitam maior ou menor aceitação ao toque (Montagu, 1986). Para Fritz (2002) vários são os fatores que podem interferir na aceitação ao toque. Entre tais fatores destacam-se as influências culturais, o gênero, a idade e experiências vividas, aspectos e estes comentados a seguir. Contudo, há uma gama de aspectos envolvidos na interpretação do toque, tais como, formação familiar, nível de escolaridade, religião, áreas do corpo com sensibilidade ao toque devido à emoção ou interpretação erótica possibilitadas, nível de consciência. Silva (1996) denomina por *tacêsica* o estudo do toque e das características que o envolvem, como o gênero, a idade, e os aspectos ligados ao toque em si. Considerando aspectos como a forma de aproximação que precedem o toque, sua duração, velocidade, intensidade, pressão exercida, frequência, graus de conforto e desconforto gerados nos agentes comunicadores.

No que diz respeito às influências culturais na determinação da comunicação e interação a partir do toque, sabe-se que há diversas formas expressas a partir dos cumprimentos iniciais. Em algumas culturas, os cumprimentos restringem-se as inclinações com a cabeça, a reverências variadas, e para algumas como as

orientais, tocar, ainda que com o olhar é um ato sagrado, o encontro dos olhos, é o encontro das almas e portanto, sagrado. Assim a diversidade de padrões culturais com relação ao toque é vasta, um exemplo considerado é o dos latinos que são bem mais acessíveis ao toque se comparados aos ingleses (MONTAGU, 1986). Assim, é fundamental, que o profissional do campo da saúde se familiarize com os modos culturais, sociais e espirituais da população assistida. A forma de apreensão das práticas culturais se dá a partir da própria comunicação verbal, ou seja, a através das perguntas, mas também da observação atenta da comunicação não-verbal, as atitudes e reações expressadas (FRITZ, 2002).

No tocante à influência do gênero em relação ao toque, alguns aspectos culturais também influenciam as concepções de mulheres e homens acerca da conveniência do toque. Para Fritz (2002) os padrões de hábitos dos gêneros em relação ao toque são complexos. Aspectos biológicos, comportamentais e de sobrevivência, o aprendizado social e ainda os costumes influenciam o desenvolvimento dos padrões femininos e masculinos em relação ao toque. Considera-se que em geral, as mulheres necessitam, para o seu conforto, de um espaço pessoal menor e mais permeável em relação ao homem. Provavelmente isso se dá devido à responsabilidade do cuidado com as crianças, histórica e culturalmente atribuído às mulheres, o que permite que haja a entrada no espaço pessoal do outro e a permissão para a entrada no seu espaço. Segundo a autora mencionada, de forma distinta, o espaço pessoal do homem é maior e mais estruturado. Os homens em geral estabelecem territórios. O espaço pessoal quando 'invadido' é a convite e comumente para a proteção do espaço territorial. Contudo, não há como determinar comportamentos padrões para mulheres e homens no tocante as influências do gênero ao toque, visto que há uma diversidade de

expressões biológicas, comportamentais e, sobretudo, culturais, influenciando os papéis e os padrões de comportamentos.

Quanto à idade, Fritz (2002) considera que a idade pode ser considerada uma condição que interfere na interpretação do toque, mas o que parece ser um elemento de maior influência é a diferença de idade entre os interlocutores. O toque do profissional de saúde em indivíduos jovens pode ser considerado natural, havendo uma maior cautela em relação aos indivíduos mais velhos. A diferença de idade entre as pessoas que estabelecem o contato físico pode ser aceitável, no entanto quando o toque ocorre entre pessoas da mesma idade, a dinâmica pode ser diferente. O toque de um profissional mais velho pode ser interpretado de forma diferente do toque de um jovem profissional mesmo que os níveis de experiência e habilidade sejam equivalentes. Tais compreensões, portanto, sugerem o peso das influências, individuais, familiares e culturais na assimilação do toque enquanto forma de comunicação e de interação social.

Algumas experiências vividas pelos indivíduos que envolveram o toque podem também se configurar como fatores que dificultam a sua aceitação. Desconfortos vivenciados intervenções clínicas dolorosas ou graves e prolongadas, traumas relacionados ao espaço pessoal, indivíduos que experimentaram períodos de isolamento, aqueles que cresceram em famílias grandes como acomodações pequenas com excessivo contato, superproteção e afagos excessivos por parte da família podem desenvolver respostas de rejeição ao toque. Dessa forma, o histórico apropriado e saudável do toque também influencia a interpretação do toque (FRITZ, 2002).

Nesse contexto, inferimos que embora aspectos individuais como o gênero e a idade, além dos culturais e sociais, possam influenciar a interpretação do

toque profissional, as variações existentes são consideradas, ou seja, num dado dia ou momento, os indivíduos, independente da cultura, gênero ou idade podem referir necessidade, desejo e conveniência ao toque. Assim sendo, a resposta individual ao toque e a necessidade de recebê-lo não são predeterminadas, mas pode-se afirmar que muitos fatores influenciam a interpretação e o significado dado ao toque. Para Fritz (2002), os fisioterapeutas, para quem o toque profissional é uma experiência concreta e cotidiana, devem estar conscientes, sensíveis e receptivos a apreciação da magnitude da variedade das influências que o toque profissional proporciona em si mesmo, para que assim haja a devida compreensão do profissional acerca dos seus próprios desejos, motivações e respostas ao toque. Tal entendimento se faz necessário, uma vez que *é impossível tocar sem ser tocado. Um toque dado é ao mesmo tempo um toque recebido.*

#### **4.1.4 Outra forma de comunicação: A Informação**

Mudanças no comportamento dos pacientes advindos da difusão da informação também têm sido verificadas. O potencial de informação através da Internet possibilitou a obtenção de informações sobre qualquer tema, para todos que a ela tenham acesso, a qualquer hora, em qualquer lugar do planeta. As diversas informações sobre saúde, confiáveis e duvidosas, estão sempre disponíveis. Assim sendo, é cada vez maior o número de indivíduos que acessam a internet em busca de alguma informação em saúde facilmente encontradas em web sites, comunidades virtuais e grupos de apoio. Tal interesse comumente está relacionado a casos vivenciados por eles ou por quem os afetam diretamente, como amigos e familiares. A consulta a internet também ocorre após alguma consulta aos

profissionais do campo da saúde a fim de entender ou complementar as informações por eles oferecidas.

Segundo Garbin et. al. (2008), pesquisas recentes têm demonstrado que o interesse por informação sobre saúde na internet é mais prevalente entre as mulheres, em busca de prevenir, evitar ou reduzir os custos de tratamento de um dos membros da família, ajudando na gestão do orçamento familiar. O interesse por informação em saúde na rede está presente também entre os jovens. O acesso facilitado nas escolas, e a garantia do anonimato favorecem a busca de informações sobre saúde a fim de confirmar ou complementar aquelas obtidas nos livros ou na sala de aula. Alguns estudos analisam ainda que a partir das diversas motivações dos indivíduos doentes para a busca de informações na internet, um interessante fenômeno sociológico, tem se configurado, as 'comunidades virtuais', que reúne doentes portadores de diversas patologias, em especial doenças crônicas, raras ou estigmatizantes (PANDEY, et. al. 2003; SKINNER, et. al. 2003; BERGER, et. al. 2005; ZIEBLAND, 2004 apud GARBIN et.al. 2008).

No entendimento de Garbin et.al. (2008) esse fenômeno do acesso de informação em saúde, possibilitado pela Internet independentemente da posição social ou da qualidade da informação disponível, favoreceu o surgimento de um novo ator na área da saúde: 'o paciente expert'. Para os autores, esse paciente, que busca informações sobre doenças, sintomas, diagnósticos, medicamentos, tratamento, custos de internação; ao ter acesso às informações disponíveis na internet, independente de sua veracidade, pode estar potencialmente menos disposto a acatar passivamente as determinações médicas; se distanciando, portanto, dos padrões tradicionais do papel do doente parsoniano.

Ou seja, o paciente expert não é apenas um paciente informado, é um consumidor diferenciado dos serviços e produtos de saúde, que detém informações que devem ser consideradas. Sobre esse novo ator em saúde, em linhas gerais, a literatura sobre o assunto considera que ele seja fruto da melhoria do nível educacional das populações, do acesso às informações técnico-científicas e da transformação da saúde em um objeto de consumo. Segundo alguns de seus analistas, o paciente expert tem condições potenciais de transformar a tradicional relação médico-paciente baseada tradicionalmente baseada na assimetria, não apenas de informações.

As reflexões acerca dessa questão tiveram início nos anos 70, Haug (1973) sugeriu que a elevação do nível educacional das populações e o acesso a conhecimentos técnico-científicos iriam promover a desprofissionalização de diversas atividades, para essa autora as ocupações profissionais, perderiam de suas qualidades únicas, particularmente o 'monopólio sobre o conhecimento, a crença do público no ethos de serviço, [...] e autoridade sobre clientes' (HAUG, 1973, P.197 apud GARBIN ET.AL. 2008). No entender de Haug (1988) o crescente acesso ao conhecimento científico iria desmistificar a profissão médica e reduzir seu poder, autoridade e prestígio social, visto que com informações sobre as questões saúde, informações essas outrora exclusivas do médico; o indivíduo teria melhores condições de resistir à postura paternalista do médico.

Essa idéia defendida por Haug (1988, 1973), foi contestada por Freidson (1989) cuja compreensão era a de que a relação entre médico e paciente baseia-se na autoridade do primeiro em relação ao segundo. Tal autoridade deriva do conhecimento do médico acerca do problema apresentado pelo paciente. Este conhecimento aplicado, bem como o domínio da técnica médica, sempre em

evolução; geralmente conseguem resolver as questões de saúde do paciente, o que faz com este se submeta a autoridade do médico. Para Freidson, o acesso à informação não reduz a autoridade e o prestígio social do médico, nem promove sua desprofissionalização.

[...] Pelo contrário, ao buscar informações sobre a ciência, o cidadão comum inscreve-se, cada vez mais, na lógica dominante da medicina ocidental. Com isso, o paciente semeia o terreno para que o diagnóstico e o tratamento médico sejam aceitos mais facilmente. O profissional, por seu lado, não pode estar desatualizado. Ele deve ser mais expert que seu paciente (FREIDSON, 1989 apud GARBIN et.al. 2008).

A partir dessa controvérsia protagonizada por Haug (1988, 1973) e Freidson (1989, 1993), Garbin et. al. empreenderam uma pesquisa bibliográfica em revistas inglesas nas áreas de ciências sociais e humanas em saúde: *Social Science and Medicine* e *Sociology of Health & Illness*, a fim de identificar o potencial que as informações obtidas na internet sobre saúde têm de modificar ou interferir na relação médico-paciente. Com tal estudo constataram que para alguns autores o poder do paciente expert abala o status e a autoridade da profissão médica, contribuindo para o processo de (des) profissionalização do médico. Eles consideraram ainda que os médicos têm usado o monopólio do conhecimento como forma de controlar os encontros com pacientes e manter uma posição de poder, uma vez que o livre acesso à informação 'representa o desafio à expertise médica contemplada pela noção de (des) profissionalização de Haug'. Tal processo pode ainda, levar a uma redução da reverência e da confiança dos pacientes nos médicos, podendo promover a busca por terapias alternativas (HARDEY, 1999, DRETREA; MOREN-CROSS, 2005 apud GARBIN et.al. 2008).

Outros autores consideraram que apesar do aumento do poder do paciente expert, esta modificação não implica na (des) profissionalização do médico ou na condenação do saber biomédico dominante. O aumento do conhecimento do

paciente sobre seu estado de saúde ou doença não implica diretamente a perda de autoridade do médico. Eles defendem que o empowerment dos pacientes pode se contrapor ao 'modelo paternalista', onde o poder de decisão está nas mãos do médico e o paciente adota uma postura mais passiva sobre sua própria saúde, aceitando plenamente a supremacia da expertise profissional. Contudo, a reformulação do modelo tradicional de relação médico-paciente parece ser inevitável. Outros autores consideraram o papel das comunidades virtuais que reúnem on line pessoas acometidas por doenças crônicas, raras ou estigmatizantes (BERGER, WAGNER, BAKER, 2005; FOX, WARD, O'ROURKE, 2005a, 2005b; ZIEBLAND, 2004 citados por GARBIN, 2008).

Elas desempenham um papel fundamental para a reaproximação dos indivíduos e proporcionam uma recuperação de sentidos, oferecendo suporte e um retorno às questões humanas do adoecer. Além disso, as comunidades virtuais permitem que as informações sejam trocadas entre os principais interessados. Cabe lembrar, entretanto, que algumas comunidades, assim como muitos sites, podem ser simplesmente veículos de empresas comerciais, interessadas em divulgação de medicamentos, de novas tecnologias, ou mesmo de valores que levem os usuários a buscar seus produtos (CASTIEL & VASCONCELLOS-SILVA, 2003, apud GARBIN, 2008).

Em consonância com o entendimento de Garbin (2008), embora atualmente, nesse período de desenvolvimento técnico-científico, em que as informações são acessíveis a todos; o movimento de obtenção de informações complementares com vizinhos, parentes ou amigos, sempre existiu. Nos vários momentos históricos, os indivíduos quando se tornam doentes, procuram conhecer, fora do circuito médico, a experiência de outras pessoas tanto acerca daquela doença, quanto do profissional ou da instituição. Contemporaneamente esta atitude que é parte da trajetória terapêutica pode contar com o auxílio desta importante ferramenta que é a internet.

Tendo em vista as múltiplas nuances existentes na relação entre o fisioterapeuta e o paciente, são destacados aspectos cuja compreensão torna-se relevante para esse estudo, como os aspectos relativos à comunicação, a

comunicação não verbal, o toque e a informação nas práticas de saúde, uma vez que elas apresentam importantes características, as quais podem estar associadas ao *habitus*, e que serão analisadas.



## 5 REVISÃO DA LITERATURA – CAPÍTULO 5

### 5.1 PIERRE BOURDIEU E A FORÇA DE SEUS CONCEITOS

Os maiores pensadores de qualquer época são aqueles que não apenas "fazem descobertas" importantes, – essa é a tarefa de qualquer cientista, [...], mas também são aqueles que causam naqueles à sua volta uma mudança no modo de pensar, indagar e escrever. Pierre Bourdieu pertence a essa categoria, pois ele alterou para sempre a maneira como os estudiosos da sociedade, da cultura e da história em todo mundo, de Tóquio a Tijuana e a Tel Aviv, concebem e exercem seus ofícios. Para ser fiel ao espírito de sua vida sociológica e para continuar seu legado, devemos seguir aplicando suas idéias e testando seus achados a fim de produzir novos objetos de pesquisa (WACQUANT, 2002, p.3).

O comentário introdutório fala por si. Do ponto de vista sociológico e acadêmico, conforme ressaltou Raymond Aron, a trajetória de Bourdieu foi uma exceção às leis de transmissão do capital cultural estabelecidas por ele em suas primeiras obras: *Les héritiers: les étudiants et la culture* (1964) e *La reproduction: éléments pour une théorie du système d'enseignement* (1970, 1975).

De origem pobre, neto e filho de agricultores provenientes de uma província periférica, Bourdieu ascendeu ao ápice da pirâmide cultural francesa. Tendo sido treinado para ingressar na alta casta dos filósofos, a espécie intelectual suprema na França do pós-Segunda Guerra, ele se dedicou à Sociologia, uma disciplina então periférica, ajudando a revitalizá-la, renová-la e propagá-la a partir da sua influência na esfera pública, tornando-se o cientista social mais citado do mundo (WACQUANT, 2002).

Segundo Oliveira (2004), Bourdieu entende a sociologia como aquela que coloca o sociólogo acima do seu objeto de estudo, enquadrando-o em esquemas teóricos previamente definidos, de onde se deduzem as 'leis' que determinam o

pensamento não científico comum aos agentes sociais mais ou menos ignorantes sobre os fundamentos de suas preferências e escolhas. Para Bourdieu, a sociologia é um 'esporte de combate', que coloca o sociólogo lado a lado com seu objeto, engajando-o numa luta que é a um só tempo de compreensão e desmitificação das ilusões que envolvem o objeto. Por isso mesmo, é uma sociologia com exigências éticas rigorosas e definidas, que obrigam o sociólogo, antes de tudo, a colocar-se em guarda contra as armadilhas da sua formação.

A importância da teoria sociológica de Pierre Bourdieu e a sua utilização nos diversos estudos empíricos, investigando as mais variadas temáticas é amplamente reconhecida. Segundo Barros Filho & Martino (2003), Bourdieu, no seu engajamento político explícito e assumido em sua segunda fase de trabalho sociológico, ao propor uma visão pluridimensional de campos relativamente autônomos, definindo modos específicos de dominação econômica, social, cultural, política, sexista, entre outras, renovou argumentos do debate político: atuou sobre projetos de reforma da educação francesa, de reforma universitária, de redução do índice de criminalidade da periferia das grandes cidades francesas, atuou em comissões de discussão de políticas migratórias, defendeu teses sobre a posição da Europa em conflitos internacionais, recolocou a educação pública francesa no centro do debate político, trouxe reflexões sobre a mídia, entre tantos outros temas de interesse acadêmico. Por fim, apresentou-se como paladino do antiliberalismo, combatente ativo do 'pensamento único' tanto menos questionado quanto menos percebido como arbitrariamente interessado e interessante, sem jamais abandonar seu edifício teórico, suas reflexões sobre a sociedade e sobre o conhecimento.

No que diz respeito ao uso dos seus conceitos no campo da saúde, Montagner (2006) identificou que a rigor não há estudos publicados por Bourdieu

específicos sobre a saúde e suas questões correlatas. Em suas obras *Les héritiers*, e *Homo academicus*, a medicina foi comentada como forma de elucidar temas centrais de trabalho, e como possibilidade de análise do poder intelectual e o mundo da academia, respectivamente.

Uma incursão de Bourdieu no campo da saúde deu-se enquanto ele foi orientador dos estudos de Boltanski e de Jaisson, que culminaram respectivamente com a publicação do clássico 'As classes sociais e o corpo', e de 'Les lieux de l'art: études sur la structure sociale du milieu médical dans une ville universitaire de province'. Em suas investigações em busca da discussão sobre a saúde no universo teórico de Pierre Bourdieu, os autores Montagner & Nunes (2004) analisaram artigos que foram publicados na *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*<sup>24</sup>, no período de 1975 a 2001.

Segundo tal estudo, entre os artigos publicados no período citado, quarenta e oito artigos eram ligados à sociologia da saúde e oito versavam sobre a temática corporal. No tocante à Sociologia da saúde, com a publicação do número 143, em junho de 2002, intitulado *Médecines, patients et politiques de santé*, a revista voltava a conceder espaço especial à saúde, fato que ocorrera uma única vez, em 1987, com o número 68, dedicado a *Épidémies, maladies, médecins*. Esse novo número

---

<sup>24</sup> Lançada em 1975 com o apoio de Fernand Braudel, diretor da *Maison des Sciences de l'Homme*, onde permaneceu baseada por vinte anos, a revista *Actes de la recherche en sciences sociales* firmou-se como uma das mais importantes publicações em Ciências Sociais no mundo. Tendo permanecido altamente singular em seu formato, tom e missão; ela municiou o desenvolvimento de uma perspectiva sociológica característica, inspirada pela visão cívica e científica de Pierre Bourdieu, que tanto continuou quanto rompeu com a longa linhagem da Escola Sociológica Francesa. *Actes de la recherche* encorajou a internacionalização da ciência social em um meio parisiense cuja predileção pela autarquia intelectual é incomparável. Além disso, a revista procura publicar os mais avançados produtos da pesquisa social a fim de impingir-los sobre a consciência coletiva e sobre a discussão pública na França e no exterior. *Actes de la recherche* mantém a inconfundível marca de seu fundador e editor-chefe, o sociólogo Pierre Bourdieu, cuja infatigável orientação impulsionou a revista por mais de três décadas e cuja prodigiosa produção científica conformou profundamente seus conteúdos. Mas ela é o resultado da atividade conjunta de uma ampla rede de acadêmicos ancorada no *Centre de Sociologie Européenne do Collège de France* e de seus associados e filiados estrangeiros, como se pode ver pelas diversas origens, estilos e inclinações teóricas de seus colaboradores (WACQUANT, 2002).

estabelecia a história da revista *Actes* com a sociologia médica. Tal edição especial foi composta de dez artigos que guardavam e refletiam as características das publicações em torno da saúde ao longo da história da revista (MONTAGNER, NUNES, 2004).

Embora essas publicações especiais sejam de pouca expressão numérica, a produção ligada ao tema da medicina tem uma representação importante. Louis Pinto (1996, apud MONTAGNER & NUNES, 2004), apontou que a sociologia dos intelectuais chegou a atingir 10% da produção da *Actes* no período de 1975 a 1985, campo importante na obra de Pierre Bourdieu e de seu grupo. Foi assim constatado que a temática da saúde atingiu 4,9% da produção no mesmo período, o que indicava uma representatividade expressiva para o tema, índice que se manteve no período de 1975 a 2001, em torno de 4,8%. Esses números especiais da *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* mostraram a preocupação de Bourdieu e de seus colaboradores com uma sociologia do corpo e sua relação com a área da saúde. Segundo Montagner (2006) no Brasil, no campo da sociologia da saúde, o pensamento de Pierre Bourdieu ainda apresenta algumas dificuldades de difusão, identificando-se uma relativa marginalidade dos trabalhos inspirados em sua teoria.

As razões dessas dificuldades apontadas por Loyola<sup>25</sup> (2002, apud MONTAGNER, 2006) são diversas. Dentre elas, motivos internos a sua obra como: abrangência e complexidade, leitura difícil e complexa, língua de origem e além da ausência de traduções de algumas obras para o português.

---

<sup>25</sup> Maria Andrea Loyola, em seus estudos, utilizou conceitos de campo, *habitus* e representações sociais, de forma orgânica. Seus estudos resultaram em um artigo exemplar publicado na revista *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, número 43, em 1982, dedicado ao tema "Ritos e Fetiches". O artigo representa o resultado de uma pesquisa desenvolvida na Baixada Fluminense no Rio de Janeiro, e é considerado um exemplo muito feliz da aplicação dos conceitos de Bourdieu, de forma completa e conseqüente. Essa pesquisa transformou-se no livro, 'Médicos e curandeiros: conflito social e saúde (1984), publicado inicialmente na França e em seguida no Brasil, no qual apresenta além de uma profunda análise da temática, um vasto material fotográfico (MONTAGNER, 2006).

A análise do cabedal teórico e instrumental de Bourdieu necessitaria de um empreendimento mais amplo e consistente, que foge ao propósito do nosso trabalho. Contudo, no intuito de contemplar a noção de *habitus* a ser empregada, os conceitos-chave de Bourdieu, campo, capital e *habitus* serão pontuados, sendo dedicado um maior aprofundamento as compreensões da noção de *habitus* necessárias para nossas análises.

Para Montagner (2006) os conceitos defendidos por Bourdieu em seu conjunto compõem uma teoria de médio alcance nos moldes propostos por Merton<sup>26</sup>, sem, contudo, resultar em uma aproximação teórica funcionalista. Em sua perspectiva teórica, a despeito da relevância de conceitos como capital, poder simbólico, violência simbólica, os conceitos de campo e *habitus* destacam-se como centrais na abordagem praxiológica de Bourdieu. Para Setton (2002) o conhecimento praxiológico pressupõe uma relação dialética entre agente e estrutura social. As ações, comportamentos, escolhas ou aspirações individuais são produtos da relação entre um *habitus* e as pressões e estímulos de uma conjuntura específica de cada campo.

### 5.1.1 O campo, segundo Bourdieu

---

<sup>26</sup> Merton propõe que as teorias socio-antropológicas sejam de médio alcance, usadas principalmente para servir de guia para as pesquisas empíricas, ocupando uma situação intermediária entre as teorias gerais de sistemas sociais, e as minuciosas e ordenadas descrições de pormenores factuais que não estão de modo algum generalizados. A teoria de médio alcance também envolve abstrações, embora estejam bastante próximas dos dados observados, para serem incorporadas em conceitos que permitam os testes empíricos (MERTON, 1970).

Para Bourdieu (1983) o mundo social pode ser dito e construído de diferentes formas, pode ser percebido a partir de diferentes princípios de visão e de divisão, a exemplo dos reagrupamentos como as identificadas nas divisões nacionais e étnicas. Perceber o espaço social é considerar que não se pode juntar uma pessoa qualquer com outra pessoa qualquer sem levar em conta as diferenças fundamentais, as econômicas e as culturais.

O mundo social se organiza em forma de espaços ou campos estruturados, multidimensionais construídos a partir da diferenciação ou da distribuição das propriedades atuantes no universo social considerado, conferindo ao detentor de tais propriedades força, poder ou capital. Cada agente desse campo está acantonado numa classe ou numa posição. O que define as posições relativas dos agentes e grupos nos universos aos quais pertencem é a distribuição de poder ou capital referente à lógica de cada campo. O capital econômico, sobretudo, confere tal poder, mas também o capital cultural, o capital social e o capital simbólico (BOURDIEU, 1983). Sobre os diversos capitais, segue-se uma explanação sucinta.

- 1) Capital econômico: é constituído por diferentes fatores de produção (terra, usinas, trabalho) e conjunto dos bens econômicos (renda, patrimônio, bens materiais). O autor salienta que existe uma hierarquia da estrutura do econômico sob os demais campos, contudo, salienta que este não é determinante, como nas análises de Marx.
- 2) Capital cultural: formado pelo conjunto de qualificações intelectuais seja produzidas pela família ou pelo sistema escolar. Pode existir de três formas:
  - a. em estado incorporado de disposição durável no tempo: facilidade de falar em público.

- b. em estado objetivo, como bem cultural: possuir quadros, livros.
- c. em estado institucionalizado: sancionado pelas instituições como é o caso dos títulos escolares e acadêmicos. Este campo funciona como um sistema de classificação opondo gosto e mau gosto e também como fatores de inclusão e exclusão social. A instituição escolar tem o mérito de tornar o capital cultural em uma forma institucionalizada, contudo, sua eficácia depende da importância do capital diretamente herdado da família. Neste sentido a escola confere legitimidade às aquisições sociais anteriores.

Cabe lembrar também que a classe dominante procura manter sua posição estratégica impondo para o resto da sociedade o seu “bom gosto” como cultura legítima. Com isso, afirma sua identidade impondo a todos uma certa visão do mundo social e ao mesmo tempo contribui para reprodução do modo de produção capitalista.

- 3) Capital social: formado pelo conjunto de relações sociais que dispõe o indivíduo ou grupo, ou seja, a sociabilidade se estabelece na manutenção das relações.
- 4) Capital simbólico: ocupa um grande espaço na sociologia de Bourdieu. Este pertence a um conjunto de rituais como etiqueta, protocolo, ligados à honra e ao reconhecimento. O termo simbólico remete a três dimensões: atividade de construção cognitiva, representação e modo de excelência. A acumulação de capital é determinada por interesses e desencadeia custos, investimentos, mais-valia de natureza simbólica. Desta forma, não é independente do capital econômico, pois impõe sacrifícios materiais. O capital simbólico é o crédito e a autoridade que conferem a um agente o

reconhecimento e a posse das outras formas de capital. Neste sentido, pode-se dizer que ele está presente em todos os campos sociais, pois é aquele que lhes dá razão de existir.

Esses diferentes tipos de capital funcionam como poderes simbólicos que determinam as posições dos agentes no espaço social. Assim, agentes com interesses semelhantes podem ocupar posições de classe semelhantes e vice e versa (BOURDIEU, 2005, p. 136).

Desta forma, a adoção do conceito de campo permite ainda romper com as vagas referências comumente adotadas para o mundo social como contexto, meio, fundo social, entre outras expressões, permitindo assim a convivência de dominantes e dominados com suas respectivas vanguardas, suas lutas subversivas, e seus mecanismos de reprodução (BOURDIEU, 1983).

No campo, as práticas sociais também se desenvolvem a partir de posições de poder e de trocas simbólicas que independem dos ocupantes de tais posições. O campo é o palco onde as inúmeras relações sociais que constituem a estrutura social se desenvolvem. O pensamento relacional de Bourdieu, se propõe a explicar a sociedade a partir das relações estabelecidas entre as dimensões subjetivas dos indivíduos que são constitutivas de cada campo e que orientam as lutas com o objetivo de conservar ou transformar as práticas sociais. Tais práticas são vistas como estratégias que dependem das posições ocupadas pelos agentes no campo, e são configuradas em torno do poder conferido pelos diferentes capitais que o agente possui. Nas palavras de Bourdieu:

O espaço social me engloba como um ponto. Mas esse ponto é um ponto de vista, princípio de uma visão assumida a partir de um ponto situado no espaço social, de uma perspectiva em sua forma e em seu conteúdo pela posição objetiva a partir da qual é assumida. O espaço social é a realidade primeira e última já que comanda até as representações que os agentes sociais podem ter dele (BOURDIEU, 1995, p. 27).

Desta forma, não seria possível perceber a dinâmica social sem considerar que ela está espacialmente diferenciada em campos, e que esses campos se configuram a partir de certos interesses e dinâmicas que resultam na ação. O campo social é compreendido também como um espaço multidimensional de posições em que qualquer posição atual pode ser definida em função de um sistema multidimensional de coordenadas cujos valores correspondem aos valores das diferentes variáveis pertinentes, ou seja, os agentes se distribuem em uma primeira dimensão, segundo o volume global de capital que possuem, e em uma segunda dimensão pela composição do seu capital, segundo o peso relativo das diferentes espécies no conjunto das posses (BOURDIEU, 2005).

Para Bourdieu (idem) nos diversos campos as distribuições das diferentes espécies de capital, incorporado ou materializado, definem o estado das relações de poder, institucionalizadas em estatutos sociais duradouros, socialmente reconhecidos ou juridicamente garantidos. O que comumente se identifica em cada campo é uma distribuição desigual de 'capital social', favorecendo a que cada um lance mão de mecanismos específicos de capitalização dos recursos que lhe são próprios.

Nessa representação pluridimensional do espaço social identifica-se uma pluralidade de campos autônomos; campo econômico, social, cultural, simbólico, que por sua vez definem cada um dos modos específicos de dominação a partir da disposição do próprio campo, do capital nele circulante e da disposição dos diversos agentes no campo. Identifica-se, portanto, nos vários campos, várias capitalizações e dominações; relações assimétricas entre indivíduos e grupos estabilizados em proveito dos mesmos, sendo algumas relações transversais aos diferentes campos, como a dominação dos homens sobre as mulheres. Para Bourdieu, campo de poder

é o lugar em que se colocam em relação campos e capitais diversos. É aí que se confrontam os interesses entre dominantes e dominados dos diferentes campos, 'um campo de lutas pelo poder entre detentores de poderes diferentes' (CORCUFF, 2001, p. 54, 56 apud ANDRADE, s/d).

Para o autor os diversos campos com suas características relativamente autônomas, exigem dos que nele estão envolvidos um saber prático das leis de funcionamento referentes a esses universos, o *habitus*, definido como um conjunto de relações históricas inerentes aos atores individuais sob a forma de esquemas mentais e corporais de percepção, adquirido pela socialização prévia e/ou por aquela que é efetivada no próprio campo (BOURDIEU, 1995; BOURDIEU & WACQUANT, 2002).

No tocante ao campo científico, Bourdieu o caracteriza como o espaço de confronto necessário entre duas formas de poder que correspondem a duas espécies de capital científico: um capital que se pode qualificar de social, representado pela capacidade técnica ou ligado à ocupação de posições importantes nas instituições científicas e um capital específico que repousa sobre o reconhecimento pelos pares. Ao dedicar-se ao estudo dos diversos campos, Bourdieu pôde constatar a existência de 'leis gerais' que a eles se aplicam, sejam tais campos os da esfera religiosa, científica, partidária, social, literária, artística ou política (BOURDIEU, 1990).

Ou seja, um campo enquanto espaço social dispõe a seus ocupantes algumas características comuns e, portanto, suas leis e regras de funcionamento são válidas para todos eles. Há interesses e disputas particulares e pertinentes a cada um e alguns são de certa forma, refratários a interesses de outros campos. No entanto, determinados campos podem ter interesses em comum, podendo inclusive,

sobrepular os eventuais antagonismos. As relações de forças estabelecidas entre atores/agências estão atreladas ao capital acumulado, seja ele cultural ou social, determinando estratégias de ação que, no entanto, estão de acordo com as regras aceitas no campo onde as posições dos seus atores são reveladas pelos seus respectivos *habitus*.

Ao analisar o campo educacional<sup>27</sup>, Bourdieu destacou que os diversos campos sociais, mesmo mantendo uma relação entre si, se definem através de objetivos específicos, o que lhe garantem uma lógica de funcionamento e de estruturação. O campo, incluindo o profissional, se caracteriza por possuir suas hierarquias e disputas internas, assim como princípios que lhe são inerentes, cujos conteúdos estruturam as relações que os atores estabelecem entre si e no seu interior (FERREIRA, 2002).

Em sua análise com relação à naturalização das dinâmicas sociais das profissões, Bourdieu afirmou:

Passo aos conceitos, às palavras, aos métodos, que a profissão emprega para falar ao mundo social e para o pensar. A linguagem levanta um problema particularmente dramático para o sociólogo: ela é, com efeito, um enorme depósito de pré-construções naturalizadas, portanto, ignoradas como tal, que funcionam como instrumentos inconscientes de construção. Poderia tomar o exemplo das taxinomias profissionais, belo exemplo de conceitualização burocrática, de universal burocrático; como poderia tomar o exemplo de todas as classificações (classes etárias, jovens/velhos, classes sexuais, homem/mulher, etc). Que como se sabe não escapam ao arbitrário [...] porque são categorias sociais do entendimento que é comum a toda uma sociedade ou porque aquilo a que chamei de categorias do entendimento professoral (os sistemas de adjetivos – brilhante/apagado, etc – usado para classificar os pontos dos alunos e dos colegas são próprias da corporação [...]). Mas creio que é preciso ir mais além e discutir não só a classificação dos professores e os conceitos empregados para designar as classes de ofício, mas também o próprio conceito de profissão (BOURDIEU, 2005).

---

<sup>27</sup> Ao estudar o campo da educação Bourdieu, através de pesquisas empíricas, analisou entre outras questões sociológicas relevantes, o desempenho escolar, a influência familiar, enquanto herança cultural, o simbolismo em situação escolar; se dedicou a análise do funcionamento do sistema escolar na estrutura francesa de relações de classe, desvelando os mecanismos utilizados pelo sistema escolar para encobrir uma desigualdade social, mediante os sucessivos mecanismos de comunicação e de inculcação de uma cultura legítima, de seleção e de legitimação das desigualdades sociais. Entre suas obras nesse campo destaca-se: A reprodução: elementos para uma teoria de ensino, escrita em 1970 com Passeron, seu parceiro intelectual (FERREIRA, 2002).

Além de considerar as categorias, classificações e conceitos arbitrários, socialmente construídos e incorporados ao repertório das profissões, ao analisar a teoria das profissões defendida por Parsons<sup>28</sup> e notadamente ao referir-se ao conceito de 'profissão', Bourdieu afirmou: a noção preconstruída de *profession*, conceito *ready made* que provocou inumeráveis comentários e críticas, é menos uma descrição de uma realidade social que uma contribuição prática à construção da Sociologia como *profession* e da *profession* de cientista, e acrescentou:

*Profession* é uma noção perigosa e tanto mais quanto é certo que como sucede em casos idênticos, as aparências jogam a seu favor e, em certo sentido o seu emprego tem sido acompanhado de um progresso em relação à papa teórica [...] Falar de *profession* era tratar de uma verdadeira realidade, de conjunto de pessoas com o mesmo nome [...] *Profession* é uma palavra de linguagem comum que entrou de contrabando na linguagem científica: mas é, sobretudo, uma 'construção social', produto de todo um trabalho social de grupo e de uma 'representação' dos grupos, que se insinuou docemente no mundo social. [...] Ela se refere a realidades em certo sentido demasiado reais, pois apreende ao mesmo tempo uma categoria social – socialmente edificada passando, por exemplo, para além das diferenças econômicas, sociais, étnicas, que fazem da *profession* [...] um espaço de concorrência e uma categoria mental (BOURDIEU, 2005, p. 40).

Segundo Bourdieu (2005), as profissões são classes sociais ou grupos que se caracterizam pela forma diferenciada de apropriação e mobilização do capital cultural, considerado como princípio de hierarquização oposto e dialeticamente integrado ao capital econômico e social, e elemento produtor de diferenciação e distinção. O capital cultural não se limita à aquisição de conhecimento, é também produzido em relações sociais que incluem; o saber, o nome da profissão, a sua representação e as disposições dos agentes. Considerado como objeto de luta entre

---

<sup>28</sup> A teoria das profissões, tal como expressa, no artigo redigido por Parsons com esse título, para *The International Encyclopedia of Social Sciences* (edição de 1968, p. 536-546), pode ser lida como uma profissão de fé profissional desses 'profissionais' que se consideram sociólogos: caracterizados, segundo Parsons, pela sua formação intelectual e pela autoridade que repousa mais sobre a expertise que sobre o poder político, esses profissionais são livres de toda a dependência em relação ao Estado e à burocracia governamental, e são guiados unicamente pela preocupação com o common good. Esta collectivity-orientation, este "desinteresse" e este "altruísmo" — próprios a lhes assegurar as mais altas recompensas materiais e simbólicas, que a maior parte das definições de profissões mencionam — os encontramos também na representação mertoniana do universo científico (BOURDIEU, 2005).

os grupos profissionais, a posse e a valorização diferenciada deste capital justificam os conflitos interprofissionais existentes pela delimitação dos monopólios.

Assim, sintetizando essa análise sobre campo, recorreremos a Lahire (2002) que ao analisar esta noção bourdieusiana a considera como o espaço de lutas entre diferentes agentes que ocupam diversas posições. Tais lutas se dão em torno da apropriação de um capital específico do campo e/ou da redefinição daquele capital que é desigualmente distribuído em seu interior. Contudo, ainda que haja disputa entre os agentes de um campo, há igualmente interesse para que o campo exista, assim, há uma 'cumplicidade objetiva' entre os agentes, para além das lutas que os opõem. Nesse sentido, os interesses sociais são sempre específicos de cada campo e estes não se reduzem ao interesse econômico.

Cada campo possui regras do jogo e desafios específicos, irredutíveis às regras do jogo ou aos desafios dos outros campos, assim, o que estimula um matemático a 'correr' e a maneira como este 'corre', nada tem a ver com o que faz 'correr' e a maneira como 'corre um industrial ou um grande costureiro. Com esse entendimento, para cada campo há um *habitus* correspondente, o *habitus* da filologia ou o *habitus* do pugilismo, ou ainda o *habitus* da educação ou o da saúde. Apenas quem tiver incorporado o *habitus* próprio do campo tem condição de jogar o jogo e de acreditar na importância desse jogo (LAHIRE, 2002).

Segundo Montagner (2006) apesar da relevância do conceito de campo para a compreensão da topografia social, *habitus* é o conceito que tem um papel central, pois marca a posição do agente social. A noção de *habitus* exprime sobretudo, a recusa a toda uma série de alternativas nas quais a ciência social se encerrou, a da consciência (ou do sujeito) e do inconsciente, a do finalismo e do mecanicismo

(BOURDIEU, 2005). A pretensão de Bourdieu com a introdução dessa noção, é enunciada em trecho dele que citamos:

[...] eu desejava por em evidência as capacidades criadoras ativas, inventivas, do *habitus* e do agente (que a palavra hábito não diz), embora chamando a atenção para a idéia de que esse poder gerador não é o de um espírito universal, de uma natureza ou de uma razão humana [...] o *habitus*, como indica a palavra, é um conhecimento adquirido e também um haver, um capital [...], o *habitus*, a *hexis*, indica a disposição incorporada quase postural, mas sim, o de um sujeito em ação [...] (BOURDIEU, 2005, p.61).

No entendimento de Montagner (2006) o *habitus* tende a ser um conceito elástico, quase um axioma a partir do qual é possível construir trabalhos empíricos de monta. Sua caracterização é difícil e requer uma quantidade complexa tanto de indicadores quanto de variáveis. Além disso, é um conceito que atravessa o espaço social em um contínuo que vai do individual ao coletivo, de *hexis* corporal a *illusio* (MONTAGNER, 2006).

No entendimento de Oliveira (2007) através da noção de *habitus*, Bourdieu procura explicar a ação humana como resultado das escolhas do próprio indivíduo. Essa ação, no entanto, bem como as escolhas em que ela se baseia, realizam-se num mundo de relações sociais objetivadas, cuja expressão maior são as instituições. Em meio a tais relações, há, inicialmente, uma disposição permanente do indivíduo, da ordem do inconsciente que possibilita a adaptação, graças a ela, a ação se torna possível e socialmente relevante.

A ação é compreendida como fundamentalmente distinta do comportamento. A ação é resultado de uma vontade capaz de ir contra e alterar as circunstâncias, o comportamento é uma incorporação passiva das circunstâncias, reproduzindo-as; o comportamento se dá conforme a regra, a ação se dá conforme a liberdade e dentro dos limites e possibilidades que lhe são oferecidas pela sua posição efetiva na estrutura objetiva do campo. Contudo, o que caracteriza a abordagem de Bourdieu, é considerar que esta ação se realiza em um quadro de forças, tais forças, nos

campos sociais, são os valores as tradições, os ritos, a linguagem, respectivos ao campo; e a ação é possível porque os indivíduos internalizam tais forças como se fossem suas próprias, ou seja, como sendo seu modo natural de ser. É a essa internalização que Bourdieu denomina de *habitus* (OLIVEIRA, 2007).

Para Andrade (s/d), no universo bourdieusiano, as práticas são condicionadas pelo campo e geradas pelo *habitus*, que faz com que os agentes comportem-se de uma maneira orquestrada em determinadas circunstâncias. Na perspectiva adotada por Bourdieu, o conceito de *habitus* propõe a articulação da aparente oposição entre os condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos agentes e intenciona possibilitar o diálogo, a troca recíproca entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades e do campo social. Por considerar a diversidade inerente à subjetividade das individualidades, diversas interpretações do *habitus* são possíveis e essas foram sendo possibilitadas ao longo da aplicação teórica e empírica de tal conceito.

### **5.1.2 Outras compreensões sobre o *habitus***

A fim de possibilitar um melhor entendimento do conceito de *habitus* é oportuno compreender a sua gênese. Segundo Barros Filho & Martinho (2003) é possível identificar que a origem do conceito de *habitus* permite considerar pelo menos uma dupla influência. No entanto, cogita-se uma complexa malha conceitual dando suporte ao conceito em análise. O *habitus*, como elemento central da subjetivação, por um lado encontra suas origens doutrinárias no pensamento

clássico, aristotélico e apresenta por outro lado, como contramodelo, uma influência contemporânea, advinda do existencialismo.

*Habitus* é um vocábulo latino usado pela tradição escolástica medieval, é uma noção filosófica, originária do pensamento de Aristóteles, e traduz a noção grega *hexis* elaborada na doutrina aristotélica sobre a virtude, significando um estado adquirido e firmemente estabelecido do caráter moral que orienta os sentimentos e desejos numa situação e, como tal, a conduta dos indivíduos (WACQUANT, s/d). Para Barros Filho & Martinho (2003), o *habitus* vinculado ao campo conceitual aristotélico designa uma disposição moral geradora de atos, contudo, não tem a estabilidade de um estado nem a mobilidade de uma simples afetação.

No século treze, o termo foi traduzido por Tomás de Aquino na sua *Summa Theologiae*, para Latim como *habitus* (particípio passado do verbo *habere*, ter, possuir) em que adquiriu o sentido de capacidade para crescer através da atividade, ou disposição durável suspensa a meio caminho entre potência e ação propositada. Entre as diversas análises e aproximações feitas ao 'hábito' e ao *habitus*, Barros Filho & Martinho (2003) destacaram que o 'hábito' aristotélico é um saber apreendido, observado e sensorialmente experimentado. O uso do termo 'hábito' não se aplica a saberes inatos. O *habitus* enfatiza a singularidade da trajetória de cada indivíduo no meio social ao qual pertence, ou seja, o caráter único de cada espetáculo perceptivo, sobre a constatação repetida de modelos em múltiplas e ininterruptas experiências sensoriais.

O hábito aristotélico socialmente construído remete a reflexão sobre um novo tipo de saber, o saber que dispensa a ação calculadora da consciência, um saber interiorizado. Todo hábito, nesse contexto, é um tipo particular de saber prático, ou seja, de um conhecimento voltado para a prática, para a práxis. Em determinadas

situações, a práxis pode ser precedida de uma reflexão consciente visando aos efeitos presumidos e fins desejados. Contudo, nem sempre tal reflexão é necessária, a observação repetida de situações constatadas como análogas pode produzir no agente social uma reação espontânea, não refletida (Ibdem).

Para os autores citados tanto o hábito aristotélico quanto o *habitus* de Bourdieu são condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência. São sistemas de disposições duráveis de observação e atribuição de sentido. Esses sistemas se objetivam em estruturas estruturadas. Os *habitués* interiorizados numa trajetória singular são objetivamente regulados e regulares sem, contudo, serem produtos exclusivamente da obediência consciente a regras. Ou seja, vestir-se, cumprimentar as pessoas e escolher as palavras de acordo com a situação são exemplos de ações sociais que freqüentemente, dispensam cálculo. São disposições individuais, coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um 'maestro'. Assim, o senso perceptivo definido pelo *habitus* é uma espécie de olhar pré-objetivo (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003).

Quanto à influência do existencialismo, como contramodelo na gênese do conceito de *habitus*, Barros Filho e Martinho (idem) partem da hipótese de que apesar do antagonismo teórico entre Sartre e Bourdieu, e das críticas resultantes<sup>29</sup>, há uma influência teórica, por 'efeito de campo', do existencialismo de Sartre na fundamentação filosófica da sociologia de Bourdieu. Ao longo do texto, a fim de não incorrerem na solução metodológica cômoda da justaposição Sartre versus Bourdieu, analisando cada teoria e apontando ao final os antagonismos e as eventuais aproximações, os autores contrastaram conceito a conceito os

---

<sup>29</sup> As críticas mais contundentes de Bourdieu a Sartre estão nas obras da primeira fase da produção bourdiesiana, sobretudo em: *Le sens pratique*, *La distinction*, *Esquisse d'une théorie de la pratique* e na entrevista de vulgarização de alguns de seus principais conceitos publicada com o título de *Réponses* (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003, p. 84).

pressupostos que justificam e ensejam tão importante distanciamento entre as concepções analisadas.

Entre as muitas e aprofundadas análises que identificam o embate, as divergências entre Sartre e Bourdieu, os autores citados revelam que o conceito de campo e a relativa autonomia do campo filosófico em relação a qualquer outro campo representam uma crítica de Bourdieu às várias análises de pensadores marxistas sobre a filosofia burguesa. Para estes, os filósofos, inscritos numa relação de dominação de classe, se afastam dos problemas econômicos, políticos e sociais em função dos limites traçados pela burguesia à filosofia (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003).

Para Bourdieu, a progressiva autonomização do campo filosófico e sua lógica de tomada de posição e deslocamentos reflexivos são instrumentos sociológicos mais eficazes do que a 'luta de classe' e a 'dominação' ou a 'hegemonia' burguesa para a definição do dizível e do não dizível em filosofia. Assim, os autores citados apoiados na lógica sistêmica que explica e possibilita as ações, reações ou acomodações que delas decorrem, constatam que a principal crítica de Bourdieu a Sartre é o seu 'ultra-subjetivismo'<sup>30</sup>. Para os autores, mesmo sem aceitar ou admitir em momento algum de sua reflexão, o caráter determinista do *habitus*, Bourdieu joga o jogo e ocupa a posição de um atacado por Sartre<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Expressão usada por Bourdieu na famosa nota 33 do Esboço de uma Teoria da Prática (1982) (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003, p. 84).

<sup>31</sup> Sartre em célebre conferência L'existentialism est un humanisme, situa-se entre os demais, marcando posições, definindo adversários e respondendo a eles: 'Uns e outros nos acusam de [...] considerar que o homem está isolado, em grande parte porque nós partimos, dizem os comunistas da subjetividade pura, do je pense cartesiano, ou ainda do momento em que o homem se alcança na solidão [...]. Sentindo-se vítima de acusações diretas ou indiretas, Sartre destaca em La transcendance de l'ego que os 'teóricos de extrema esquerda acusam muitas vezes a fenomenologia de ser um idealismo e de afogar a realidade no fluxo das idéias (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003, p. 87).

Nessa perspectiva de confronto, Sartre e Bourdieu propõem uma crítica ao senso comum. Contudo, tais propostas sobre o senso comum, partem de premissas contraditórias entre si e, portanto, defendem teses opostas. Ou seja, tanto Sartre quanto Bourdieu consideram as pessoas iludidas porque desconhecem a real causa de seus comportamentos. Ilusão e realidade nas duas doutrinas desempenham papéis inversos. Bourdieu denuncia uma ilusão calculadora e Sartre uma ilusão determinista. Enquanto Bourdieu propõe através da sua teoria sociológica uma teoria da ação, como observável nas relações sociais, a filosofia de Sartre pretende ser um 'ismo' implicando uma atitude sugerida, uma moral dada, uma doutrina da ação (BARROS FILHO; MARTINHO, 2003).

Posteriormente, o primeiro traço da expressão 'ilusão subjetivista' é defendida por Durkheim, nas *Régles de la méthode sociologique*. O autor ao definir o fato social como um 'conjunto de maneiras de agir, de pensar e de sentir que existem fora das consciências individuais [...] dotados de uma potência imperativa e coercitiva em virtude da qual se impõem', aponta para a existência de um processo de socialização, em que a inculcação tem um importante papel. O *habitus* assume o status de conceito sendo usado por sociólogos clássicos como Durkheim na *Evolução Pedagógica* (1904), e por Marcel Mauss, no ensaio sobre *As técnicas do corpo* (1934), assim como por Max Weber, na sua discussão sobre o ascetismo religioso. A noção ressurgiu na fenomenologia, de forma nos escritos de Edmund Husserl, designando por *habitus* a conduta mental que orienta o estabelecimento de vínculos entre experiências passadas e ações vindouras. O *habitus* também figurou em um dos estudos clássicos de Norbert Elias, *O Processo Civilizatório*, referindo-se ao "*habitus*" psíquico das pessoas 'civilizadas' (WACQUANT, s/d).

No entanto, o conceito de *habitus* foi recuperado e retrabalhado nos anos 60 por Bourdieu, após pesquisas realizadas na Argélia e entre camponeses da região francesa de Bearn, a partir de uma necessidade empírica de apreender as relações de afinidade entre o comportamento dos agentes e as estruturas e seus condicionamentos sociais. O debate filosófico proposto por Bourdieu se configurou na mais completa renovação sociológica do conceito delineado para transcender a oposição entre objetivismo e subjetivismo (SETTON, 2002).

Para Bourdieu, a noção é em primeiro lugar e acima de tudo, um modo estenográfico de designar uma postura de investigação, ao apontar um caminho para escavar as categorias implícitas, através das quais as pessoas montam continuamente o seu mundo vivido, que tem informado pesquisas empíricas em torno da constituição social de agentes competentes numa gama variada de quadros institucionais. O termo *habitus*, adotado por Bourdieu intencionou ainda estabelecer a diferença entre conceitos correntes tais como hábito, costume, tradição.

Embora seja possível localizar o conceito de *habitus* em várias obras de Bourdieu (1964, 1970), o texto citado em Esboço de uma Teoria da Prática de 1972, refere-se a um dos primeiros momentos de sistematização e formalização do conceito (Op. cit).

Os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem o *habitus*, sistemas de disposições duráveis e intercambiáveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, enquanto princípios geradores e organizadores de práticas que podem ser objetivamente adaptadas a seus fins sem supor a previsão consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los, objetivamente 'regulados' e 'regulares' sem ser de maneira nenhuma, o produto da obediência a regras e, sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizadora de um chefe da orquestra (BOURDIEU 1972, p. 261).

Identifica-se, contudo, algumas idéias complementares ou elucidativas acerca do conceito empreendidas pelo próprio autor, ou por estudiosos da sua teoria.

*Habitus*: sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funcionam a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e de ações - e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças à transferência analógica de esquemas adquiridos numa prática anterior (BOURDIEU 1972/1977, p. 261 apud WACQUANT, s/d).

O *habitus* é uma subjetividade socializada (BOURDIEU apud WACQUANT, 2002, p. 101).

O *habitus* não é destino [...]. Sendo produto da história é um sistema de disposição aberto, que é incessantemente confrontado por experiências novas e assim, incessantemente afetado por elas (BOURDIEU apud WACQUANT, 2002, p. 108).

*Habitus* é também adaptação, ele realiza sem cessar um ajustamento ao mundo que só excepcionalmente assume a forma de uma conversão radical (BOURDIEU, ORTIZ, 1994b, p. 106).

*Habitus*: sistema de disposições ligado a uma trajetória social (DUBAR, 2000, apud SETTON, 2002).

O *habitus* não é um mecanismo auto-suficiente para a geração da ação: opera como uma mola que necessita de um gatilho externo e não pode, portanto, ser considerado isoladamente dos mundos sociais particulares, ou "campos", no interior dos quais evolui (BOURDIEU, 1997/2000 apud WACQUANT, s/d).

Um *habitus* é produto de um processo simultâneo e sucessivo de uma pluralidade de estímulos e referências são homogêneas e não necessariamente coerentes. Uma matriz de esquemas híbridos que tenderia a ser acionada conforme os contextos de produção e realização (SETTON, 2002).

A complexidade e diversidade de compreensões acerca do *habitus* podem ser entendidas, sobretudo, a partir do entendimento do próprio Bourdieu, para quem o mundo social é objeto de três modos de conhecimento teórico;

[...] o fenomenológico que considera a verdade da experiência primeira do mundo social, isto é, a relação de familiaridade com o meio familiar, apreensão do mundo social como mundo natural e evidente, sobre o qual por definição, não se pensa, e que exclui a questão de suas próprias condições de possibilidade. O conhecimento que podemos chamar de objetivista que constrói relações objetivas (econômicas e lingüísticas) que estruturam as práticas e representações práticas ao preço de uma ruptura com esse conhecimento primeiro e, portanto, com os pressupostos tacitamente assumidos que conferem ao mundo social seu caráter natural e de evidência [...]. Enfim, o conhecimento que podemos chamar de praxiológico que tem como objeto não somente o sistema das relações objetivas que o modo de conhecimento objetivista constrói, mas também as relações dialéticas entre essas estruturas e as disposições estruturadas nas quais elas se atualizam e que tendem a reproduzi-las, isto é, o duplo processo de interiorização da exterioridade, e exteriorização da interioridade (BOURDIEU, 1983, p. 46, 47).

Essa dialética da relação de ajustamento entre o interior e o exterior, entre o objetivo e o subjetivo aponta algumas dimensões do *habitus*: a dimensão disposicional que pode ser decomposta numa dimensão praxiológica (sentido de orientação social) e dimensão afetiva (aspirações, gostos), dimensão econômica e dimensão categorial (PINTO, 1996).

O *habitus* designa uma competência prática, adquirida na e para a ação, que opera sob o nível da consciência; assim para Bourdieu, o *habitus* resume não uma aptidão natural, mas social que é, portanto, variável através do tempo, do lugar e, sobretudo, através das distribuições de poder. É transferível para vários domínios de prática, o que justifica a coerência que se identifica nos vários domínios de consumo – na música, desporto, alimentação e mobília, mas também nas escolhas políticas e matrimoniais – no interior e entre indivíduos da mesma classe, o que fundamenta os distintos estilos de vida. É considerado durável, mas não estático ou eterno: as disposições são socialmente montadas e podem ser corroídas, contrariadas, ou mesmo desmanteladas pela exposição a novas forças externas. Um dos exemplos considerados são as situações de migração (BOURDIEU 1979/1984 apud WACQUANT, s/d).

O *habitus* é dotado de inércia incorporada, na medida em que tende a produzir práticas moldadas a partir das estruturas sociais que os geraram, e na medida em que cada uma das suas camadas opera como um prisma, através do qual, as últimas experiências são filtradas e os subseqüentes extratos de disposições sobrepostos. No entanto, por vezes pode ser produzido um hiato, entre as determinações passadas que o produziram e as determinações atuais que o interpelam: como ‘história tornada natureza’, o *habitus* ‘ é aquilo que confere às

práticas a sua relativa autonomia no que diz respeito às determinações externas do presente imediato' (BOURDIEU 1980/1990, p. 56 apud WACQUANT, s/d).

O *habitus* fornece ao mesmo tempo um princípio de socialização e de individuação: socialização porque as categorias de juízo e de ação, vindas da sociedade, são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos a condições e condicionamentos sociais similares (considera-se, portanto, um *habitus* masculino, um *habitus* nacional, um *habitus* burguês, e no caso presente, um *habitus* profissional e um *habitus* familiar); e individuação porque cada pessoa, ao ter uma trajetória e uma localização únicas no mundo, internaliza uma combinação incomparável de esquemas.

Segundo Setton (2002) para o conceito de *habitus* as interpretações são recorrentes e diversificadas. Nesse sentido, considera-se que o *habitus* nunca poderá ser a réplica de uma única estrutura social, na medida em que é um conjunto dinâmico de disposições sobrepostas em camadas, que grava, armazena e prolonga a influência dos diversos ambientes sucessivamente encontrados na vida de um indivíduo. Tal noção não é necessariamente coerente e unificada, mas revela graus variados de integração e tensão dependendo da compatibilidade e do caráter das situações sociais que o produziram ao longo do tempo: universos irregulares tendem a produzir sistemas de disposições divididos entre si, que geram linhas de ação irregulares e por vezes incoerentes. A autora considera ainda, que o conceito não está menos preparado para analisar a crise e a mudança do que está para analisar a coesão e a perpetuação. Isto se dá porque o *habitus* não está necessariamente de acordo com o mundo social em que evolui.

Na compreensão de Montagner (2006), o *habitus*, guarda implicações que caracterizam uma segunda natureza, pressupostos básicos sem os quais ele não

mantém sua coerência e operacionalidade. Essas implicações funcionam no limite de três lógicas distintas, a saber;

- 1) Lógica de retenção: que se refere à absorção de formas corporais e de posturas, que, em longo prazo, acabam por tornar-se um sistema operatório, um sistema visível de conhecimento e reconhecimento, uma substância, com qualidades sensíveis e explicitáveis capazes de dar uma visão de conjunto do indivíduo ou de um grupo de indivíduos. Essa sedimentação pressupõe a ação no tempo, traz implícita a história. Pressupõe a incorporação, o tornar-se corpo. Essa hexis é composta de um capital físico ou corporal, correspondente a uma disposição e a uma trajetória individual, mas também de uma dimensão coletivizada, de grupo. Esse poder de retenção é um poder basicamente corporal, ainda que não se conheçam os mecanismos dessa capacidade de memorização física. Essa lógica está profundamente ligada a uma sociologia do corpo.
- 2) Lógica de mediação: esta lógica apresenta-se estreitamente ligada a categorias mediadoras. A passagem entre o individual e o coletivo, do subjetivo ao objetivo, ocorre através de instâncias de mediação de ordem mental. No indivíduo, a sua percepção do mundo passa, sobretudo por uma captação fenomenológica particular, que individualiza o vivido cotidianamente. No entanto, a análise do geral nesse particular pode ser realizada pelo *habitus*.
- 3) Lógica de classificação: indica um caráter ativo de projeção e julgamentos de valor. Pressupõe uma incorporação prévia de critérios, mas essencialmente se apresenta como um espaço de estratégias, de iniciativas, de livre-arbítrio. É o lugar por excelência da atuação individual

e criativa, de uma margem de manobra através da qual, os indivíduos projetam sua especificidade e sua criatividade. Ainda que marcada pelo peso do passado – os homens fazem história, mas não a fazem como querem, essas estratégias abrem um leque de possibilidades para as mudanças sociais [...] (MONTAGNER, 2006, p.517).

O autor citado ressalta que estas três lógicas interpenetram-se, no entanto, possuem a virtude heurística de permitir uma coerência interna nas análises do mundo social. Essa lógica classificatória implica conteúdos relacionais e, portanto, a idéia de interações sociais e simbólicas. Mas, acima de tudo, implica interações sociais em um espaço social específico e histórico, carregado de significados e relações desiguais entre agentes portadores de diferentes capitais sociais. Implica, por fim, um campo estruturado e eivado de diferenças posicionais. Dentro dessa matriz, o *habitus* gera tanto diferenças contínuas entre os indivíduos quanto maneiras de arranjá-los estruturalmente. Essas diferenças referem-se principalmente aos chamados estilos de vida.

Montagner (2006) considera ainda, que não por acaso, quando do momento de sistematização de sua teoria da prática, Bourdieu descreve a aquisição do *habitus* a partir da incorporação da hexis corporal.

[...] a hexis corporal fala imediatamente à motricidade, enquanto esquema postural que é ao mesmo tempo singular e sistemático, pois é solidário de todo um sistema de técnicas do corpo e de instrumentos, e carregado de uma miríade de significações e de valores sociais: as crianças são particularmente atentas, em todas as sociedades, a esses gestos ou essas posturas onde se exprime a seus olhos, tudo aquilo que caracteriza um adulto, um caminhar, uma postura de cabeça, caretas, maneiras de sentar-se, de manejar instrumentos, cada vez associados a um tom de voz, a uma forma de falar e – como poderia ser de outra forma? – a todo um conteúdo de consciência (BOURDIEU, 1972 apud MONTAGNER, 2006, p. 519).

Essa primeira socialização acontece pela absorção, através das relações sociais, de uma matriz de práticas contidas em um código; de maneira prática e sem atingir o uso da linguagem. Nesse contexto, o questionamento acerca da influência

do *habitus* na determinação da prática profissional se torna oportuno. Ou seja, identificamos a determinação do *habitus* dos diversos atores sociais em dimensões como: disposicional, relacional, afetiva, corporal, que se configuram como regularidades objetivas que segundo o autor se constituem na exterioridade a ser interiorizada.

No tocante à incorporação de um *habitus* profissional, uma análise pertinente pode tentar identificar aspectos diversificados da sua estruturação. Ou seja, ao analisar o *habitus* dos fisioterapeutas, será levado em conta que o *habitus* não é uniforme e idêntico, que sofre variações tanto relativas ao agente enquanto individualidade como na relação existente entre a capacidade dele para percepção e a apreensão da realidade. Será considerado que as propriedades objetivas das estruturas às quais foi exposto, isto é, sua vivência familiar, os ambientes acadêmicos, sua trajetória profissional, sua atuação profissional, seu estilo de vida e as interações com outros agentes de outros campos sociais (campo religioso, artístico) e do mesmo campo profissional também são responsáveis pela 'formação do *habitus* profissional', no tocante as atitudes, comportamentos e ações expressas nas práticas de saúde e nas práticas de interação exercida no campo profissional e social.

Igual compreensão será adotada para os entrevistados na condição de pacientes. Estes, que a partir do campo social em que se inserem estão por motivos diversos em interação com o campo profissional da saúde dada a sua posição enquanto indivíduos doentes trazem igualmente consigo interiorizações advindas do contexto familiar, ocupacional, religioso, os quais são expressos em seus estilos de vida. Assim, a adoção da teoria de Bourdieu no campo da saúde é considerada pertinente, tendo em vista as muitas possibilidades advindas de estudos voltados

para a dinâmica dos sistemas de saúde, públicos e privados. O agente e a estrutura oportunizam várias possibilidades de estudos à luz da teoria bourdiesiana. Para esse estudo a abordagem praxiológica de Bourdieu foi considerada modelar, tendo em vista a possibilidade de articulação entre o agente social, representado pelo indivíduo doente, ou pela fração de classe, o profissional fisioterapeuta e pela estrutura social, o campo da saúde. As noções de campo e *habitus* contemplam ainda, as interações sociais, enfoque primordial dessa proposta, em suas dimensões disposicionais, considerando a inserção social do fisioterapeuta e do paciente e a dimensão profissional e afetiva analisada a partir das concepções manifestadas na prática social e estilos de vida.

A fim de concluir este capítulo, vale ressaltar que além da contribuição de Bourdieu citada de forma sucinta, uma das suas principais contribuições desse renomado sociólogo deu-se em relação superação da dicotomia entre o objetivismo e o subjetivismo presente no debate sociológico clássico, desde o surgimento da sociologia. Em oposição ao objetivismo postulado pelas teorias funcionalistas ou ao estruturalismo, que propõe que as leis regem os fenômenos sociais e determinam as ações dos indivíduos, ou ainda, em oposição às teorias interpretativistas, para as quais são os indivíduos e o sentido que estes atribuem às suas ações; Bourdieu apresenta sua proposta teórica através de uma perspectiva relacional entre o objetivismo e o subjetivismo, ou seja, para ele o social existe de dupla maneira, na forma de estruturas sociais externas e como estruturas sociais incorporadas. Para explicar a estrutura social o autor se remete ao conceito de *habitus*, entendido como estruturas mentais capazes de manejar o mundo social e ao conceito de campo, como espaço onde se desenvolvem as relações e posições objetivas. Portanto, para o autor *habitus* e campo são noções que devem ser entendidas de forma relacional.

Bourdieu dessa forma reconhece a atividade estruturante dos agentes que não agem mecanicamente a estímulos, mas que respondem ao mundo cujo sentido eles mesmos ajudaram a construir e assim respondem através de um sistema de *habitus* incorporados e adquiridos em um espaço social estruturado.



## **6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **6.1 LOCALIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS PACIENTES E FISIOTERAPEUTAS**

Estando o nosso estudo composto por duas amostras, a de fisioterapeutas e a dos pacientes, quando da elaboração dos instrumentos para coleta de dados, optamos por dividi-los em duas seções: uma seção para a localização social dos entrevistados com a respectiva utilização dos Formulários para Pesquisa com Pacientes e Formulários para Pesquisa com Fisioterapeutas; e outra seção para a identificação das questões atinentes à relação fisioterapeuta e paciente com Roteiros para Entrevista com Pacientes e Roteiros para Entrevista com Fisioterapeutas.

As questões dos Formulários para Pesquisa com Pacientes e Fisioterapeutas, das quais as frequências são aqui apresentadas, referem-se a aspectos sócio-demográficos como: faixa etária, estado civil, renda individual mensal, religião, nível de instrução e atividade ocupacional.

#### **6.1.1 Localização sócio-demográfica dos pacientes**

Os dados ilustrativos indicam as posições e distâncias entre os pacientes entrevistados:

**Tabela 1** – Faixas etárias dos pacientes

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MULHERES</b>	<b>HOMENS</b>	<b>TOTAIS</b>
<b>15 a 30 anos</b>	01	04	<b>05</b>
<b>31 a 45 anos</b>	05	04	<b>09</b>
<b>46 a 60 anos</b>	09	07	<b>16</b>
<b>61 a 75 anos</b>	06	05	<b>11</b>
<b>76 a 90 anos</b>	04	-	<b>04</b>
<b>TOTAIS</b>	<b>25</b>	<b>20</b>	<b>45</b>

Em relação ao estado civil verificamos que a maior parte dos pacientes entrevistados, ou seja, 26 deles estão casados. Entre os demais, 12 estão solteiros, cinco viúvos e dois divorciados. Quando questionados acerca da identificação religiosa, 39 pacientes afirmaram que têm identificação religiosa e seis informaram que não se identificam com alguma religião. Entre eles, 32 professam a religião católica, seis são evangélico-protestantes conforme suas informações e, uma entrevistada informou ser budista.

Na elaboração do formulário para pesquisa com os pacientes e fisioterapeutas as alternativas apresentadas para a identificação da renda individual mensal dos participantes da pesquisa foram:

<b>7. Renda individual mensal</b>	
<input type="checkbox"/> Sem renda individual	<input type="checkbox"/> Até R\$ 500,00
<input type="checkbox"/> Entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.500,00
Outra renda: _____	

**Quadro 1** – Item 7 do Formulário para Pesquisa com Pacientes

Por considerar que essa questão podia vir a causar incômodo ou imprecisões, optamos por apresentar além das categorias fechadas, uma alternativa em que os entrevistados pudessem estar livres para a resposta, caso os rendimentos individuais mensais fossem diferentes das alternativas oferecidas.

**Tabela 2** – Faixas de renda dos pacientes

<b>FAIXAS DE RENDA</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Sem renda	06
Até R\$ 500,00	13
De R\$ 501,00 a R\$ 1.000,00	03
De R\$ 1.001,00 a R\$ 1.500,00	06
De R\$ 1.501,00 a R\$ 4.000,00	06
De R\$ 4.001,00 a R\$ 8.000,00	06
De R\$ 8.001,00 a R\$ 15.000,00	02
De R\$ 15.001,00 a R\$ 50.000,00	03
Não responderam	02
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

A fim de facilitar a caracterização do *habitus* e estilos de vida dos integrantes da pesquisa, a partir dos rendimentos informados foi feita uma categorização dos entrevistados por extratos, os quais integraram as categorias denominadas: categoria de baixa renda (sem renda a R\$ 500,00), categoria de renda intermediária I (R\$ 501,00 a R\$ 2.500,00), categoria de renda intermediária II (R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00) e categoria de renda alta (R\$ 5.001,00 a R\$ 50.000,00 e rendimentos com aplicações).

**Tabela 3** – Níveis de instrução dos pacientes

<b>NÍVEL DE INSTRUÇÃO</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Sem instrução/Alfabetizado	2
Fundamental I	9
Fundamental II	6
Médio	11
Superior	07
Pós-graduação	09
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>

No que diz respeito ao nível de instrução, dois pacientes informaram não ter instrução formal/alfabetização, no entanto, conforme podemos identificar na tabela 7, o maior índice de respostas foi para o nível superior, uma vez que 16 têm tal formação e entre esses, nove têm pós-graduação em níveis de especialização, mestrado ou doutorado nas suas respectivas áreas.

Independentemente do nível de escolaridade dos entrevistados ou dos aspectos associados às limitações residuais às doenças, a maior parte deles atualmente está trabalhando. Alguns atuam em suas áreas profissionais oportunamente descritas. Os demais exercem as suas atividades ocupacionais em áreas variadas. Destaca-se que estes, desempenham as suas atividades como trabalhadores formais, como prestadores de serviços ou em cargos como diretor-presidente. As áreas de atuação dos entrevistados são: alimentação, comércio, comunicação, gráfica, laboratório, setor imobiliário, mecânica e indústria com três entrevistados.

Identificamos que as formações dos entrevistados são variadas e das diversas áreas do conhecimento, no entanto, há uma predominância de profissionais do campo da saúde que ora estão na condição de pacientes. Entre as formações dos pacientes identificamos três pacientes com formação em Odontologia, dois pacientes com formação em Medicina, um biólogo, uma assistente social, duas pedagogas, uma socióloga, uma paciente com formação em Geografia, uma paciente com formação em Letras, uma advogada, uma entrevistada com formação em Administração, outra com formação em Engenharia Elétrica e um paciente com formação em Engenharia de Materiais.

Entre os demais, a maioria encontra-se inserida no mercado de trabalho, enquanto outros estão afastados das suas atividades devido às suas limitações físicas, dois estão aposentados por invalidez e uma está atualmente desempregada.

### **6.1.2 Localização sócio-demográfica dos fisioterapeutas**

Com relação à amostra de fisioterapeutas os dados identificados são:

**Tabela 4** – Faixas etárias dos fisioterapeutas

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MULHERES</b>	<b>HOMENS</b>	<b>TOTAIS</b>
<b>15 a 30 anos</b>	07	07	<b>14</b>
<b>31 a 45 anos</b>	11	07	<b>18</b>
<b>46 a 60 anos</b>	02	01	<b>03</b>
<b>Totais</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>35</b>

Quanto ao estado civil, 16 fisioterapeutas (oito mulheres e oito homens) estão solteiros; 16 estão casados (nove mulheres e sete homens) e três mulheres estão divorciadas. No que diz respeito à identificação religiosa, 33 fisioterapeutas afirmaram que têm identificação religiosa. Entre eles, 25 professam a religião católica, quatro são evangélicos e dois são espíritas. Quanto à renda individual dos fisioterapeutas, os 35 entrevistados responderam a essa questão a partir das seguintes alternativas.

**8. Renda individual mensal**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Entre R\$ 500,00 e R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.500,00 |
| <input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.501 e R\$ 2.000,00  | <input type="checkbox"/> Entre R\$ 2.001,00 e R\$ 2.500,00 |
| <input type="checkbox"/> Entre 2.500,01 e R\$ 3.000,00   | <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 3.000,00             |
| Outra renda: _____                                       |  |

**Quadro 2** – Item 8 do Formulário para Pesquisa com Fisioterapeutas

Em relação aos rendimentos mensais houve um equilíbrio entre os fisioterapeutas. A maior parte (13) informou que seus rendimentos estão acima de R\$ 3.000,00, tais profissionais, em sua maioria, além de fisioterapeutas são também professores em instituições de ensino públicas e/ou particulares. Onze fisioterapeutas têm rendimentos mensais entre R\$ 2.001,00 e R\$ 2.500,00. Onze fisioterapeutas referem que seus rendimentos mensais estão entre R\$ 500,00 e R\$ 2.000,00. Assim como em outras atividades ocupacionais e categorias profissionais, os maiores valores são percebidos pelos homens.

No que diz respeito aos rendimentos individuais mensais referidos pelos entrevistados, para os fisioterapeutas, as categorias arbitradas são: categoria de renda intermediária I (R\$ 500,00 a R\$ 2.500,00), com 22 fisioterapeutas integrantes e categoria de renda intermediária II (R\$ 2.501,00 a acima de R\$ 3.000,00), com 13 fisioterapeutas integrantes da citada categoria.

**Tabela 5** – Faixas de renda dos fisioterapeutas

<b>RENDA MENSAL</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
<b>Entre R\$ 500,00 e 1.000,00</b>	01
<b>Entre R\$ 1.001,00 e 1.500,00</b>	08
<b>Entre R\$ 1.501,00 e 2.000,00</b>	02
<b>Entre R\$ 2.001,00 e 2.500,00</b>	11
<b>Entre R\$ 2.501,00 e 3.000,00</b>	-
<b>Acima de R\$ 3.000,00</b>	13
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>

De acordo com a APFisio, atualmente há cerca 140 mil fisioterapeutas no país. Informações do CREFITO-1<sup>32</sup>, nos dão conta, de que na Paraíba estão registrados no Conselho Regional de Fisioterapia, 1.622 e em Campina Grande, cerca de 350 fisioterapeutas. No país, em termos percentuais, 90% dos atendimentos fisioterápicos no país são realizados através dos convênios, 8% correspondem a consultas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e apenas 2% são referentes a atendimentos particulares<sup>33</sup>.

Entre os 35 fisioterapeutas entrevistados, a maior parte deles (27 fisioterapeutas) atua em mais de um local de emprego nas esferas públicas e privadas. Entre eles, 20 fisioterapeutas atuam em serviços de saúde privados, 12 atuam em serviços públicos e privados e três atuam apenas no serviço público. Ressalta-se que 18 atuam em instituições de ensino públicas e/ou privadas, sendo 15 em cursos de fisioterapia de instituições de ensino superior e duas em

<sup>32</sup> CREFITO-1: Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Circunscrição: Pernambuco, Paraíba, Rio Grande de Norte e Alagoas.

<sup>33</sup> <http://www.apfisio.org/>

instituições de ensino em nível técnico de enfermagem. Os demais (16 fisioterapeutas) atuam em serviços de saúde no âmbito da fisioterapia, na cidade de Campina Grande e alguns deles em cidades e estados vizinhos.

Tendo esse estudo a intenção de identificar o *habitus* profissional do fisioterapeuta e o *habitus* familiar do paciente, algumas questões referentes a gostos, estilos de vida e hábitos cotidianos relativos a lazer, estão categorizadas, e apresentadas nesse texto, tão somente, com o objetivo de possibilitar a visualização global da tomada de posição dos atores integrantes do estudo, a partir dos estilos de vida, gostos e hábitos.

Ressalta-se que tais aspectos não estão relacionados às falas dos indivíduos, uma vez que tal empreendimento requereria um investimento de maior fôlego, dado a necessidade de adoção de metodologia apropriada a tal propósito, a fim de contemplar a associação das diversas posições dos atores, representadas pelo capital global dos indivíduos com as práticas relacionais por eles estabelecidas.

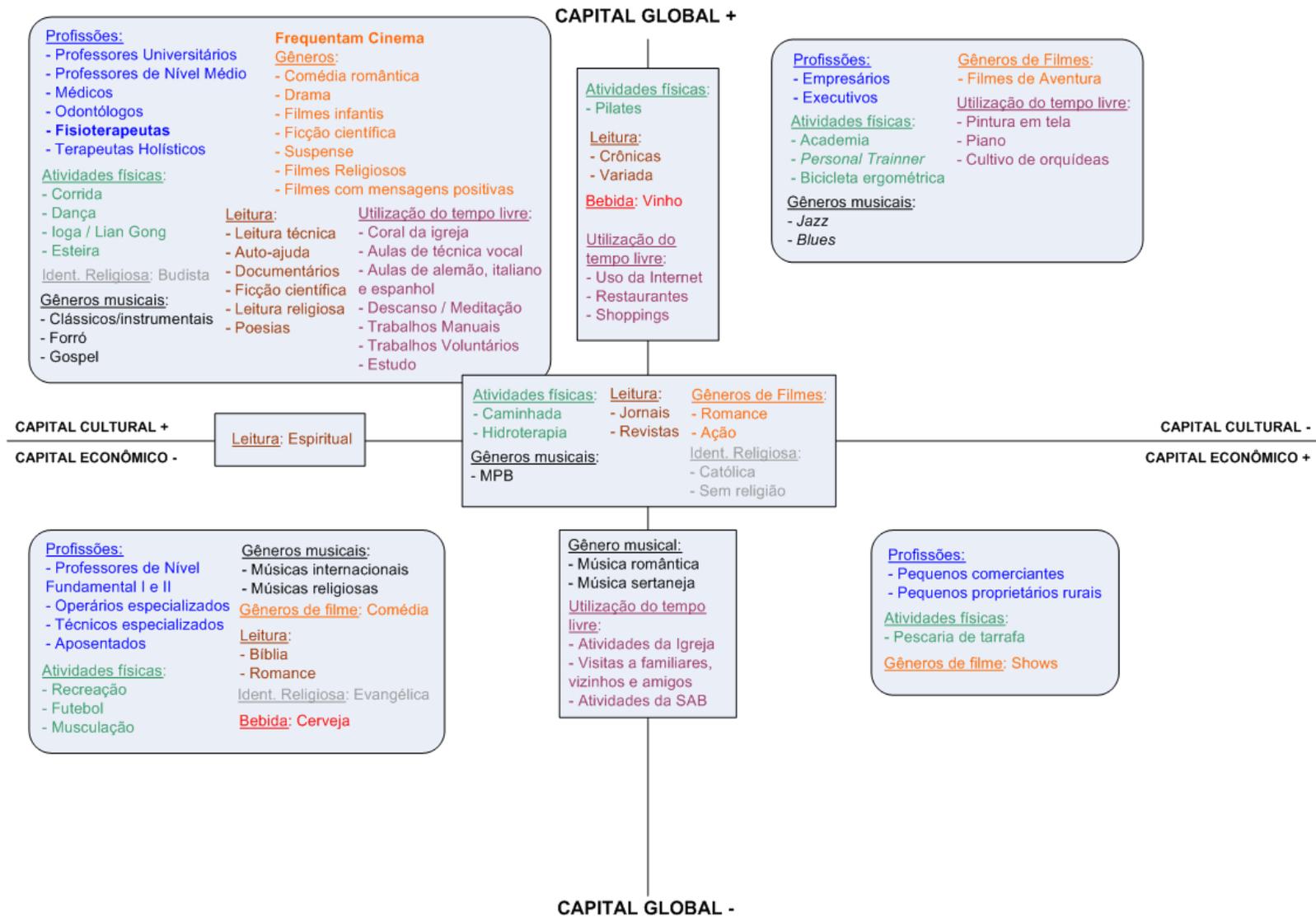


Figura 1 – Diagrama de Posição Social dos participantes da pesquisa

Para Bourdieu (1979), o espaço de posições sociais representa um espaço de tomadas de disposições ou *habitus*, bem como, informa o sistema de diferenciações, definindo as posições nos dois principais sistemas correspondentes. Para cada classe de posições, há uma classe de *habitus* ou gostos correspondentes, produzidos pelos condicionamentos sociais e pela intermediação dos *habitus* e de suas capacidades geradoras e determinantes ao estilo que vincula às práticas e bens ao agente ou classe de agentes.

Na representação estabelecida, os pacientes estão localizados nas várias dimensões e os fisioterapeutas estão localizados na dimensão de maior capital global, sendo o maior peso para o capital cultural, (capital global +/capital cultural +). Junto a eles, estão os demais profissionais do campo da saúde (médicos, odontólogos e terapeutas holísticos), professores universitários e professores de nível médio.

Nesse aspecto, poder-se-ia inferir que a relação estabelecida entre os que integram essa categoria poderia se dá de forma mais fluida em comparação às demais, embora, também possa haver maior aproximação entre as localizações de maior proximidade (capital global +/capital econômico +).

Segundo Bourdieu, quanto maior a proximidade nas dimensões econômicas e culturais mais aspectos em comum, e, sobretudo, no que diz respeito ao *habitus*, poderão ser identificadas afinidades entre os indivíduos favorecendo assim, as suas práticas relacionais. Tal entendimento é defendido por Boltanski (2004), em referência a comunicação, um dos elementos constitutivos da relação. O autor considera que para os membros que pertencem à mesma classe social, ao mesmo meio, ao mesmo grupo de inter-relações, o diálogo torna-se fácil porque falam a mesma língua, têm os mesmos hábitos mentais, empregam categorias de

pensamentos semelhantes, sofreram a influência da mesma força formadora de hábitos que é o sistema educacional.

## 6.2 SOBRE A COMPREENSÃO DA SAÚDE, DO ADOECIMENTO ENTRE PACIENTES E FISIOTERAPEUTAS E OS DISCURSOS SOBRE A RELAÇÃO

A compreensão acerca da relação fisioterapeuta-paciente está sendo construída principalmente em referência aos *habitus* dos indivíduos que compõem a amostra desse estudo, estratificados por gênero; idade; identificação religiosa; nível de renda e nível de instrução, segundo a ordem do roteiro de questões utilizado no levantamento de dados dos pacientes e profissionais fisioterapeutas entrevistados. Para a análise foram ressaltados aspectos relacionados ao gênero, e, sobretudo aos níveis de renda e de instrução, variáveis estas, baseadas na perspectiva teórica de Pierre Bourdieu, para quem os agentes ou grupos são distribuídos no espaço social em função do volume e estrutura do capital acumulado, sendo o capital econômico e o capital cultural, os mais eficientes princípios de aproximação e distanciamento dos agentes no espaço social (BOURDIEU, 1995).

Nas entrevistas coletadas e analisadas, identificamos uma tendência ao discurso politicamente correto, ao ideal da prática; ao dever ser, assim, podemos acenar para a possibilidade da concretude das práticas relacionais, não estar contemplada nos discursos.

Para introduzir o debate sobre a questão central da tese, iniciamos a análise dos discursos dos entrevistados, a partir das falas dos pacientes da amostra, de início com os do gênero feminino, identificando os principais aspectos sobre suas

concepções relativas à 'saúde' e 'doença', em seguida inferimos tais compreensões entre os pacientes do gênero masculino, a fim de identificar possíveis pontos de confluência entre as compreensões expressadas pelos integrantes da amostra, relacionando-as, sobretudo ao *habitus* e estilos de vida.

### **6.2.1 As pacientes e suas compreensões sobre a saúde**

Segundo Seedhouse (1986) a saúde pode ser definida a partir de cinco teorias principais. A que considera a 'saúde como um estado ideal'; a que a vê como um bem; a que se refere à 'saúde como um grau de ajuste (cf. PARSONS, 1972); um estado de otimização da capacidade de um indivíduo para o desempenho efetivo de tarefas e trabalho para as quais foi socializado'; 'saúde como uma capacidade ou força interior' e ainda, a que considera que a saúde é composta por vários fatores denominados pelo autor como 'bases para a realização'.

Em paralelo às definições acima citadas encontram-se concepções populares de saúde, marcadas pelo contexto cultural no qual as pessoas se situam. Neste enfoque, são levados em conta os fenômenos associados à saúde, ou ao sentir-se saudável. Algumas pessoas podem, inclusive, sentem-se saudáveis mesmo estando, em termos clínicos doentes, o que aponta para uma definição de saúde marcada pela idéia de integridade do indivíduo e pela avaliação da sua capacidade de lidar com eventuais problemas de adoecimento, indicando a adoção de. Outras pessoas são também capazes de definir saúde em termos funcionais e em termos da sua capacidade de desempenhar alguns papéis e responsabilidades, sobretudo, nas tarefas do cotidiano (AGGLETON, 1990 apud FERREIRA, 1998).

Nesta abordagem registramos as variações nas concepções de saúde relativas ao gênero, à faixa etária, à localização social e à trajetória de vida dos sujeitos da pesquisa. Ao analisar os discursos das pacientes que compõem a amostra identificamos alguns aspectos que vão ao encontro de algumas das teorias e definições populares citadas. Entre as pacientes entrevistadas, a compreensão predominante associa a saúde ao bem estar. Tal compreensão foi expressa principalmente pelas mulheres jovens, da categoria de renda intermediária I e II e com nível superior. A perspectiva de 'saúde como um estado ideal' se enquadra na definição mais popularizada de saúde, a emitida pela *World Health Organization* (WHO, 1946)<sup>34</sup>. Esta perspectiva, denominada socrática, é conceitualmente importante, apesar de algumas fragilidades apontadas alguns autores.

Ressalta-se que para algumas pacientes a saúde se configura como uma condição que possibilita a capacidade para o trabalho e as solicitações cotidianas nos vários campos sociais nos quais elas estão inseridas, se enquadrando assim, tanto na compreensão Parsoniana citada, como na concepção presente no imaginário social que prevê um estado de otimização da saúde, por vezes independente da idade e condições socioeconômicas para a atuação competente das mulheres enquanto membros da sociedade. Assim, para elas:

Saúde é a gente não sentir nada! Estar disposta pra tudo. Mas mesmo assim eu tenho disposição. Mesmo com esses probleminhas! Não empata não! (Geni, 86 anos, casada, católica, categoria de renda baixa, nível fundamental I, serviço privado).

[...] Mas como é que eu sinto a história da saúde, é quando você consegue que o seu corpo responda bem as demandas do seu dia a dia, e isso, quando você tá bem é ótimo, né. E quando o corpo tá bem pra atender as demandas; a gente nem sempre tem só demandas positivas, no dia a dia a gente tem as demandas boas e as ruins; e quando o corpo não tá fisicamente preparado pra isso, a gente sofre muito mais (Cláudia, 43 anos,

---

<sup>34</sup> Segundo o Preâmbulo da Constituição da World Health Organization (WHO) aprovado em 22 de julho de 1946. Saúde, pode ser definida como, 'um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas a ausência de uma doença ou enfermidade' (WHO, 1946).

casada, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Nesse sentido, um aprofundamento possível se faz ao levar-se em conta o *habitus* relativo às mulheres e as diversas solicitações ao desempenho de suas funções inerentes às respectivas localizações sociais. Para Montagner (2006), na teoria da práxis de Bourdieu, o *habitus* tem um papel central, pois ele marca o lugar do agente social ou sujeito histórico, sobretudo por ser um conceito que atravessa o espaço social em um contínuo que vai do individual ao coletivo, de *hexis* corporal à *illusio*. Para o autor citado, o *habitus* guarda implicações que caracterizam uma segunda natureza, pressupostos básicos sem os quais ele não mantém sua coerência e operacionalidade, consideradas a partir de lógicas distintas como: lógica de retenção, de mediação e de classificação.

Entre estas lógicas, para o momento, destacamos a de retenção por estar relacionada à sociologia do corpo. A lógica de retenção refere-se à absorção das formas e posturas corporais que em longo prazo tornam-se um sistema operatório, um sistema visível de conhecimento e reconhecimento, com qualidades sensíveis e explicitáveis capazes de dar uma visão de conjunto do indivíduo ou de um grupo de indivíduos, pressupondo assim a incorporação - o tornar-se corpo.

A *hexis* é composta de capital físico ou corporal, correspondente a uma disposição e a uma trajetória individual, mas composta também de uma dimensão coletivizada. Esse poder de retenção é um poder basicamente corporal, ainda que não se conheçam os mecanismos dessa capacidade de memorização física. Ou seja, para alguns indivíduos, cuja posição sócio-histórica implica na necessidade de força física para o desempenho de suas atividades profissionais, bem como um background de baixa acumulação de capital econômico e intelectual, ao refletirem sobre a saúde, em grande medida é em termos de sua relação com o capital físico

que eles a representam. É ele que garante a disposição para o trabalho e para as demandas do dia a dia, e que, portanto, é devidamente valorizado quando da menção à saúde, uma vez que é a sua desejada integridade do capital física ou corporal que vai garantir a capacidade para a execução dos papéis sociais, entre esses os papéis profissionais que possibilitam a organização e o sustento da família.

Outra compreensão identificada como tendência marcante nos discursos das pacientes é a da saúde como um bem. Nesse sentido, a saúde é citada por elas como um bem a ser possuído. Atrelada a essa compreensão destaca-se a dimensão religiosa presente nas falas de várias entrevistadas, característica essa não encontrada nas falas masculinas ao se referirem à saúde.

É muito bom, é tudo de bom a saúde pra gente. Porque com a saúde a gente pode tudo, a gente pode trabalhar, caminhar, conversar, não é isso? Primeiramente Deus, segundo é saúde (Luiza, 58 anos, casada, evangélica, categoria de baixa renda, nível fundamental I, serviço público).

[...] E a saúde é uma bênção, é um dom de Deus, a vida sem saúde não vale nada (Alice, 77 anos, viúva, católica, categoria de renda alta, ensino médio, serviço público).

Para algumas pacientes pertencentes à categoria de baixa renda e que também apresentam um menor nível de escolarização, a saúde está em certa medida, associada a um bem cujo significado é mais importante do que o capital econômico, substituindo os bens materiais, aos quais elas têm acesso limitado. Destaca-se nas falas de algumas a possibilidade de ser ou de ter, intenções essas, provavelmente referentes às atuações pessoais, profissionais ou sociais, condicionadas à saúde. Nesse entendimento, para as mulheres citadas, a ausência do capital físico limita ou inviabiliza suas atuações competentes e disposições nos vários campos sociais.

Pra mim é a coisa melhor que pode existir no mundo, porque a gente sem a saúde não é ninguém, não tem dinheiro, não tem nada que vala à pena (sic) (Inês, 69 anos, casada, católica, categoria de baixa renda, sem instrução formal, serviço público).

A saúde é tudo na vida. A saúde é tudo, tudo, tudo, porque a gente sem saúde não faz nada (Sônia, 58 anos, casada, católica, categoria de baixa renda, nível fundamental I, serviço público).

Um ponto em comum identificado nos discursos de pacientes de diferentes localizações sociais refere-se à associação da saúde a um bem ou valor, aludindo assim, a uma perspectiva ontológica que associa o ser ao 'ter saúde'.

Eu acho que saúde é a coisa mais importante que existe na vida, porque a gente sem saúde não é nada (Suzana, 33 anos, solteira, sem religião, categoria de baixa renda, nível médio, serviço público).

Pra mim se não houver saúde não precisa viver. A vida pra mim é saúde. É tomar café pra ir pra escola, tem as crianças... É uma maravilha mesmo né? Com saúde... você vê quando a gente amanhece doente, uma doencinha, quando a gente amanhece com qualquer dor, nada tem graça. (Alice, 77 anos, viúva, católica, categoria de renda alta, ensino médio, serviço privado).

Em seus estudos, Caprara (2003) analisa a saúde na perspectiva hermenêutica, sobretudo a partir de uma inspiração Gadameriana, que desenvolveu conceitos como os de saúde, doença e sofrimento, considerados a partir da experiência do indivíduo. Para o autor, a saúde coincide com o ser no mundo, com a satisfação de ter uma vida ativa.

Outros entendimentos sobre a compreensão da saúde foram também verbalizados. A saúde foi relacionada à capacidade de realização, de poder desempenhar os papéis sociais com liberdade, sendo ainda realçado que o seu valor se dá, sobretudo, pela não dependência de outros, sejam esses, profissionais ou familiares.

Na contemporaneidade o medo da dependência, eventualmente advinda com os quadros de adoecimento e incapacidade se soma aos demais medos tão presentes no dia a dia dos indivíduos em suas variadas localizações sociais.

Com saúde a pessoa realmente não imagina o grau de liberdade que tem. Isso! No grau de liberdade, de andar, de movimentar, de ser, de atuar, de agir, então é um grau de liberdade, é isso (Eliane, 54 anos, casada, budista, categoria de renda intermediária I, ensino superior, serviço privado).

Outras formas de entendimento da saúde foram referidas por algumas pacientes e diferenciam-se das demais por associar a saúde a investimentos em formas de comportamento positivo, tais como, prática de atividades físicas, alimentação, consumo de serviços de assistência à saúde, tanto por medidas profiláticas quanto terapêuticas. Destaca-se que a compreensão da prevenção como uma forma de promoção da saúde está associada à posição social das entrevistadas que possibilita o acesso a tais medidas.

[...] Pra ter saúde, no caso pra mim, é por isso que eu tô na hidroterapia, eu tenho que me cuidar muito, porque uma, eu tenho uma profissão muito desgastante e se eu não... eu tava dizendo as meninas, eu me levanto e vou pra cozinha e fico assim no armário da cozinha, subindo as mãos, alongo pra lá, alongo pra, cá me empurro no balcão, entendeu. Então, pra eu me cuidar, pra passar pros meus pacientes eu tenho que me cuidar (Léa, 55 anos, casada, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

[...] Mas como é que eu sinto a história da saúde. É quando você consegue que o seu corpo responda bem às demandas do seu dia a dia, e isso quando você tá bem é ótimo, né? É quando o corpo tá bem pra atender as demandas, porque a gente nem sempre tem só demandas positivas. No dia a dia a gente tem as demandas boas e as ruins, e quando o corpo não tá fisicamente preparado pra isso, a gente sofre muito mais... Porque vai dando as torções, os nozinhos na coluna e a gente vai sentindo e vai se fragilizando cada vez mais. E assim, não é uma coisa estanque, não é porque eu tô na atividade física que eu estou saudável, porque isso tudo é um processo bem dinâmico, então eventualmente eu posso sentir dores, quando a carga de solicitações, principalmente a carga mais de peso, porque meu estresse praticamente se acumula todo nas costas. Quando isso supera o condicionamento aí eu sinto dores, mas eu devo lhe confessar que há mais ou menos oito meses, desde que eu entrei no Pilates, que eu estou muito bem obrigado, raríssimas vezes eu sinto dor e olhe que o trabalho é puxado. É o que tá me ajudando. Tem essas três coisas que eu tô fazendo agora, que tão conseguindo, mesmo com as tensões, manter o equilíbrio, é o Pilates, a loga e a massagem com a fisioterapeuta. Pra mim, os meus luxos são esses três [...] (Cláudia, 43 anos, casada, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Para algumas pacientes prevaleceu a compreensão da saúde como algo valioso, e que só é valorizado à medida que se adocece. Esse entendimento aponta também para o aspecto da dependência e para a expectativa de atuação das mulheres nos seus vários papéis desempenhados nos diversos campos sociais.

Significa tudo, né? Principalmente agora que eu vejo, a pessoa passa a dar mais valor quando passa por uma cirurgia dessas. Porque a pessoa fica incapacitada de fazer as coisas que a gente gosta de fazer, como eu fazia, eu mesma era pra tudo, e agora praticamente não posso fazer nada, né?

Por causa do braço. “Você se cuidava, cuidava da sua saúde antes de ter o seu problema?” Nada mulher! Nunca liguei com nada na vida, (risos) bebia, fumava, comia de tudo, ia pra festa, comia tudo que aparecesse na frente, nunca liguei com nada não! (risos) (Veridiana, 44 anos, solteira, católica, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I, serviço público).

Eu acho que saúde é o ponto culminante de viver, né? A gente só se dá conta quando tem exatamente uma limitação. E aí, a partir desse problema eu comecei a despertar pra umas outras coisas (Maria Rita, 43 anos, casada, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

Os dados indicam que a concepção de saúde se revela em termos do sentimento de bem-estar em cujo âmbito não levamos em consideração o funcionamento adequado ou inadequado de nosso organismo. A perspectiva hermenêutica (inspirada em Gadamer) permite uma nova construção de modelos de saúde e doença, que recuperam tanto a dimensão experiencial como a psicossocial. Tal perspectiva, no entanto, é pouco considerada no campo da saúde em geral, sobretudo, entre aqueles profissionais com orientação predominantemente biomédica.

Dessa forma, ao analisarmos as compreensões sobre a saúde referidas pelas pacientes da amostra analisada, a que se configurou como predominante associa a saúde ao bem estar, porém o destaque dado é a sua relação ao capital físico, atrelando a saúde ao desempenho funcional. Ou seja, a saúde é compreendida pela integridade das funções do corpo, enquanto lócus do capital físico para a atuação nos diversos papéis – mãe, dona de casa, esposa, estudante, profissional, mulher – atuações tais cobradas dela, e por ela, para que atue de forma competente e harmônica, do ponto de vista físico, emocional, cultural e social.

Entre as mulheres da categoria de baixa renda, e de menor nível de escolarização a necessidade da funcionalidade corporal para o trabalho, aparece de forma ainda mais nítida. A elas não é dado o direito de adoecer. Os significados do adoecimento se estendem para além da esfera individual e repercutem no âmbito

familiar e social, ainda mais, se o trabalho e, por conseguinte, a fonte de rendimentos para a subsistência é ameaçado. Nesse sentido, para a maioria das pacientes, os *habitués* de classe influenciam na compreensão da saúde representada em termos de capital físico, o que pode ser entendido pelo fato de que, para indivíduos das classes pobres da nossa sociedade, este se configura como mais importante que o capital econômico ou cultural, devido às possibilidades concretas de sua acumulação. Para algumas pacientes de renda baixa,... a saúde é o segundo bem mais valioso. Acima dela, só Deus.

Assim como na análise dos discursos das pacientes, analisamos as falas dos pacientes do gênero masculino, seguindo a mesma estratificação, por idade, religião, localização social e nível de instrução. Entre os pacientes que compõem a amostra, a maioria deles considera a saúde como um bem. Tal entendimento foi referido por entrevistados das várias faixas etárias (23 a 71 anos), dos níveis de instrução básicos aos níveis de instrução superior, e prevaleceu de modo significativo entre os homens da categoria de renda baixa e de nível de instrução fundamental I e II.

Pra mim a saúde é a maior riqueza da pessoa, pra mim não tem outra não, porque o 'cara' com saúde arruma tudo, né? (sic) (Franklin, 78 anos, casado, católico, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I, serviço público).

Este entendimento expresso pelos pacientes que consideram a 'saúde como um bem' pode ser identificado também entre as compreensões referidas pela economia da saúde<sup>35</sup>. Para Nicoletta (2006), nas diversas compreensões sobre a

---

<sup>35</sup> A perspectiva da economia da saúde identifica a existência de três formas de capital: a) capital saúde; b) capital humano (estudo e conhecimento) e c) capital físico ou riqueza. Em geral, os indivíduos extraem seus recursos financeiros baseando-se na combinação dessas três formas de capital (MUURINEN, 1982; CASE; DEATON, 2004 apud NICOLELLA, 2006). Segundo Robert Fogel, Nobel em economia em 1993, há ainda uma quarta forma de capital o 'capital fisiológico'. Esse capital equivale ao estoque inicial do indivíduo, refere-se à robustez e a capacidade vital do seu sistema de órgãos. Esse estoque explica o grande aumento da massa corporal e da longevidade dos indivíduos no último século, caracterizando a chamada "Evolução Tecnofisio". Segundo o autor essa forma de capital gera maior compreensão do estoque inicial de saúde e ainda, se configura como um conceito

saúde, sobretudo, entre as significações leigas, encontra-se incorporada a dimensão do investimento: [...] A primeira (ou a maior) riqueza é a saúde. [...] A saúde é a fonte de felicidade [...].

Um aspecto que pode ser destacado na idéia da saúde como um bem, simbolizada como [...] a maior riqueza da pessoa [...], conforme citado, refere-se ao fato de que tal compreensão identificada nos discursos dos homens jovens (23 a 28 anos), da categoria de renda baixa, é complementada por sua associação com as práticas sociais de diversão, lazer e com o trabalho.

Saúde é uma coisa muito importante porque a pessoa sem saúde não é nada. Não pode se divertir. Eu acho que eu cuidei muito bem da minha saúde e agora eu posso né? Posso me divertir, posso sair pra todo canto! (Laércio, 23 anos, solteiro, sem religião, categoria de renda baixa, ensino fundamental I, serviço público).

Saúde é quando você tá com disposição pro trabalho, é... tá bem com os amigos, com as pessoas, né? É importante tá sempre alegre, né! Eu sempre sou assim extrovertido, gosto de brincar no trabalho, até aqui eu também eu brinco! (risos) (Francisco, 25 anos, solteiro, católico, categoria de renda baixa, ensino médio, serviço público).

Outro realce dado é para as mudanças de comportamento em relação aos cuidados com a saúde e à sua valorização, decorrentes de experiências de adoecimento. Porém, na fala citada identificamos a saúde associada a medidas preventivas representadas pela realização de exames garantidos pela firma à classe-que-vive-do-trabalho<sup>36</sup>, cujo interesse muito mais que uma demonstração de cuidado com a saúde do trabalhador produtivo, se volta à preservação da força de trabalho, expressa na preservação do seu capital físico, necessários ao lucro dos empregadores.

---

promissor, sobretudo, para os países e indivíduos de renda baixa e média (FOGEL, 2004, apud NICOLELLA, 2006).

<sup>36</sup> Para ANTUNES (1999), a classe-que-vive-trabalho, engloba atualmente a totalidade daqueles que vende sua força de trabalho, os trabalhadores produtivos, sendo considerada a totalidade do trabalho social, o trabalho coletivo e assalariado. Nesse aspecto, o papel de centralidade no interior da classe trabalhadora é assumido pelo trabalhador produtivo, por ser ele o responsável pela geração da mais valia e da conseqüente participação direta do processo de valorização do capital – o trabalho produtivo.

Saúde significa tudo, porque depois é que a pessoa vê né, que a pessoa doente não é nada não. Antes eu não tinha muito cuidado com a saúde não, mas agora, qualquer coisinha eu tô me cuidando, o que aconteceu de moto, né? Aí quando eu vejo um negócio eu fico com medo. Agora, exames assim eu faço, eu cuido muito disso, porque a firma que eu trabalho de seis em seis meses manda eu fazer os exames tudinho, todos os exames eu faço de seis em seis meses (sic). (Israel, 37 anos, casado, católico, categoria de renda baixa, nível fundamental I, serviço público).

Outra compreensão da saúde ainda identificada entre os homens a considera como um valor inerente à percepção individual, a mudanças de pensamentos, sentimentos e atitudes, potencializados, sobretudo após os quadros de adoecimento. Destaca-se que tal entendimento é bastante influenciado pelo capital cultural e econômico dos entrevistados, ilustrado a partir da fala de um deles, onde a informação sobre a doença é possibilitada ao indivíduo doente, ser um agente na divulgação de informações acerca de condutas preventivas e terapêuticas. Tal comportamento pode se configurar como uma forma de enfrentamento da doença em busca de um estado de harmonia física, emocional ou espiritual.

Tem uma expressão (riso) que diz assim: que o brasileiro só fecha a porta depois de roubado, né? Evidentemente, quando você se depara com essa situação, de uma cirurgia muito complexa, porque o câncer aterroriza todo mundo. Quando o médico diagnosticou “você tá com câncer!”, passa um filme imenso na sua cabeça. Evidentemente! Você só tem duas opções, ou fazer a cirurgia ou ter um “pós-vida” cheia de problema, de complicações. Então a minha visão hoje em relação à saúde é completamente diferente. Se antes eu tinha preocupação superficial em relação aos meus hábitos, a minha maneira de ser, de encarar minha saúde, hoje eu tô completamente reciclado e isso me projeta muito pras pessoas com quem eu convivo, o meio, o ambiente onde eu estou, o ambiente de trabalho, entendeu? Essa preocupação faz com que eu passe essas informações instintivamente, sendo até, percorrendo a intimidade de pessoas que às vezes a gente tem que ter cuidado em fazê-lo, mas a gente faz. Com a intenção de ajudar. A gente diz olha, o que você tem aí; eu tô falando e tô vendo a figura na minha frente que foi me procurar ontem sobre a situação e eu estou levando sexta-feira ele a Recife pra estar com meu médico. Então, essa situação me leva a não só reciclar todo um processo, mas também me cria todo um sentimento de solidariedade com os demais. Essa é hoje a minha situação de como eu encaro a saúde hoje (sic). (Martinho, 71 anos, solteiro, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio, serviço público).

Destaca-se ainda uma tendência observada entre os pacientes homens mais do que entre as pacientes, sobretudo os de nível superior. Quando interrogados sobre as suas compreensões acerca da saúde, muitos pacientes verbalizaram as

experiências dos seus adoecimentos. Assim, suas compreensões sobre a saúde parecem estar associadas à percepção individual do sofrimento ocasionado pelos adoecimentos e suas conseqüências, principalmente, em termos da produção de certas incapacidades, como podemos ver em trechos ilustrativos a seguir:

Na verdade eu tive um acidente automobilístico. Fui pra o hospital em coma, passei dois dias desacordado. Quando acordei, conversava com todas as pessoas, mas, assim, dos quinze dias que eu fiquei lá, eu pouco me recordo. Do trauma do acidente. Quando eu cheguei em casa, que foi parando a medicação, foi que a mente foi voltando tudo ao normal. Foi uma reviravolta gigantesca na saúde, né? Um giro de 360° na minha vida. Que foi difícil e está sendo difícil me habituar com essas condições, mas que é algo que você não pode de tudo, mas não quer dizer que você fique incapaz de realizar algumas coisas. Limitou. Limitou sim, nuns pontos. Muitos limites físicos, mas com o tempo você vai adquirindo assim, habilidade para desenvolver as atividades (Aldir, 28 anos, solteiro, católico, categoria de renda baixa, nível superior, serviço público).

Tal compreensão, de certa forma, confirma a perspectiva que considera a 'saúde como uma capacidade ou força interior'. Esta visão humanista relaciona saúde como uma resposta positiva aos problemas e sofrimentos da vida (DUBOS, 1959) e parte do pressuposto de que todas as pessoas possuem uma força não quantificada, uma reserva de energia, na qual a autodeterminação desempenha um papel importante para o enfrentamento de questões adversas, como as enfrentadas pelos indivíduos, sobretudo em períodos de adoecimento.

Eu já tinha tido um princípio de enfarte, mas a gente acha que está bom. Só quando vai ao médico, que o médico faz uma série de exames, aí a gente na verdade sabe se está bom ou se está precisando de ajuda médica, né? Aí eu não esperava nunca, mas aconteceu, aconteceu e me deixou assim de certa forma um pouco perplexo, perplexo porque eu perdi assim, no começo, perdi assim, vamos dizer a esperança de ser assim, o mesmo que antes. Perdi a capacidade física, né? Inicialmente, eu tinha certa esperança, mas a gente, né? Fica faltando alguma coisa pra te motivar, pra dar esperança. A gente tem, vamos dizer três fases de nossa vida, né? A vida, a inicial, a gente nem sequer pensa em doença, né? Em saúde, a gente pensa que nunca adoce né? É a juventude! Depois vem uma fase de amadurecimento. Aí aqui a gente começa, principalmente quando a gente casa, a gente precisa fazer alguns exames, vai buscar o médico, a mulher cobra, a mulher diz vamos fazer exames disso, daquilo outro, porque a gente tá numa idade que precisa. Aí a gente vai começando a entender o profissional médico, né? A área da saúde, na verdade, independente de qualquer profissão. A gente precisa dessa área. Precisa desses profissionais. Aí vem a fase mais madura, tá entendendo? Que a gente necessita estar com o médico, conversar com o médico, mesmo que não esteja doente, mas a gente tem que fazer um preventivo, fazer exames preventivos, sei lá, pra descobrir alguma doença oculta, que a gente não

sabe que tem, né? E nessa fase a gente vai no médico quase que rotineiramente, quase que periodicamente, ou melhor periodicamente, né? Pra fazer check-up, porque o nosso organismo pede aquilo, né? Aquelas condições pedem, com a sua idade, a sua vida, aí você é quase exigido, por essas condições, por essas circunstâncias, você é quase exigido a ir, né? Às vezes a gente não quer fazer, quer recusar, fazer alguma resistência, mas tem orientação de um e de outro, quando a gente trabalha tem orientação do próprio médico da empresa a buscar o médico ou uma pessoa da área de saúde (Josué, 56 anos, casado, evangélico, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

Levando em conta os *habitués* e localizações sociais dos indivíduos cujas falas foram mencionadas podemos identificar nas concepções apresentadas, a vinculação do capital cultural e econômico às formas de compreensão da saúde para o enfrentamento dos respectivos adoecimentos. Ou seja, na primeira fala o acidente automobilístico que resultou em lesão medular e paraplegia, se configurou com uma [...] reviravolta, um giro de 360° [...] na vida do entrevistado, sobretudo por considerar seu estilo de vida, característico de um adulto jovem de 28 anos, solteiro, católico, com formação em nível superior, doutorado em biologia, e que devido à disfunção residual ao adoecimento, atualmente está integrado na categoria de renda baixa. Não obstante, tais limitações, provavelmente devido ao capital cultural, na fala de tal entrevistado se destaca a perseverança na busca das aspirações pessoais e profissionais comuns a muitos indivíduos do citado perfil, em meio às repercussões no capital físico, que por sua vez resultam em comprometimento na saúde de forma global, com destaque para as esferas emocionais, profissionais e econômicas.

Na fala seguinte, da mesma forma podemos identificar a influência do capital cultural na compreensão da saúde enquanto atrelada às diversas fases da vida, em que determinados valores são mais ou menos valorizados e determinantes. Ainda nessa fala, percebemos a vinculação entre certa visão preventiva em termos de saúde à possibilidade econômica para a efetivação de exames preventivos e check-up periódicos. Destaca-se ainda, a importância da integridade física para atender as exigências do mundo do trabalho, atuando os profissionais da área médica na

prevenção e obtenção da saúde do trabalhador, atendendo tanto aos interesses dos trabalhadores quanto aos dos donos das empresas.

Entre os pacientes jovens (de 23 a 28 anos), e da categoria de renda baixa, a saúde é citada em associação com as práticas sociais de diversão, lazer e com o trabalho. Outras compreensões relacionam-na a mudanças de comportamento em relação aos cuidados com a saúde, e outros ainda a identificam como um valor inerente à percepção individual, a mudanças de pensamentos, sentimentos e atitudes, que de alguma forma, parecem estar associados à percepção individual do sofrimento ocasionado pelos adoecimentos.

### **6.2.2 O que dizem os fisioterapeutas sobre a saúde**

A proposta central desse estudo se refere à provável influência do *habitus* familiar e profissional nas relações estabelecidas entre pacientes e fisioterapeutas a partir das práticas terapêuticas. Assim, as compreensões dos profissionais fisioterapeutas são consideradas, sobretudo, a fim de tentar identificar, em que medida se aproxima e se distancia da forma de entendimento expressa pelos pacientes, inferindo assim se as eventuais tendências e divergências estão atreladas aos respectivos *habitués*, e, por conseguinte, se estas interferem na interação.

Para as fisioterapeutas da amostra estudada, a compreensão predominante associa a saúde ao bem estar, o que de certa forma reflete uma aproximação na compreensão emitida pelas pacientes. No caso das fisioterapeutas, fica clara a influência de características da formação profissional, que em grande medida consid

era a definição de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>37</sup>, não obstante as fragilidades conceituais a ela associadas.

A partir da reflexão acerca da saúde entre as fisioterapeutas, levando em conta, sobretudo, as suas experiências enquanto profissionais inseridas no campo da saúde, a tendência identificada entre a maior parte delas, embora associando a saúde ao bem estar defendido pela definição oficial, identificamos uma perspectiva mais ampliada do que a expressa pelas pacientes, principalmente, por referência ao equilíbrio entre os diversos aspectos determinantes à saúde. Entre as fisioterapeutas, a saúde foi referida com maior frequência associada aos aspectos psíquicos e emocionais. Os aspectos ambientais, sócio-econômicos, culturais e religiosos, foram também citados em referência às condições para a saúde.

A associação da saúde ao bem estar integral, não apenas físico, foi expressa por fisioterapeutas adultas jovens e de meia idade, atuantes nas várias áreas da fisioterapia e em serviços públicos e privados. Destaca-se que entre as fisioterapeutas, as áreas de atuação, ou a vivência profissional em serviços públicos e/ou privados, parecem não ter influenciado diretamente na compreensão da saúde.

Que saúde não é só o bem estar físico certo? É uma série de coisas que estão por trás disso, tem o físico, o emocional, o espiritual e é tudo assim, um conjunto relacionado. Muitas vezes uma pessoa que chega com uma dor no ombro, a dor não é só do ombro, são outras coisas que têm por trás e que levam àquela dor. E se não conseguir resolver o que tá por trás não vai conseguir melhorar aquela dor física (Tatiana, 27 anos, solteira, católica, categoria de renda I, serviço privado).

Saúde, pra mim, não é só a questão da patologia, a gente como profissional de saúde, se volta muito assim, para tal patologia. Saúde é bem mais amplo, não é só aspectos de uma doença específica. Para ter saúde, a gente tem que ver também a questão do ambiente em que a gente vive, a relação que a gente tem com as outras pessoas, a alimentação, tudo está envolvido na nossa saúde. Não só uma doença, até porque as doenças são muito influenciadas pelo ambiente, pela companhia que a gente tem, por todas as condições, econômicas, sociais, culturais que envolve o ser humano, né? (Camila, 27 anos, casada, católica, categoria de renda intermediária I, serviço privado).

---

<sup>37</sup> Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas a ausência de uma doença ou enfermidade (OMS, 1946).

No início eu imaginava, eu era assim tinha aquela visão do bem estar físico e mental, né? Depois da pós-graduação, do mestrado, a visão de saúde foi ampliada então foi que eu vi que era muito mais do que isso. E até a minha própria vivência no dia a dia com as pessoas também me fez ver isso, não é? Que existe uma pessoa, uma identidade, que ela está ali no meio, e esse meio tem que ser também valorizado, sua cultura, sua religião, tudo influencia na saúde, no bem para ela e até no propósito do nosso cuidado com ela, né? Então assim, houve uma mudança muito grande nesse conceito, e eu até acho interessante na questão do conceito, ver a pessoa. Eu sempre comento, porque na minha cidade mesmo tem pessoas que vivem em condições sociais precárias e vivem com saúde, enquanto outras têm tudo, e ao mesmo tempo adoecem e dizem que não têm nada (sic). (Ana Alice, 36 anos, solteira, católica, serviço público e privado, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

Outras reflexões identificadas entre as fisioterapeutas referiram-se à saúde associando-a aos *cuidados individuais*<sup>38</sup>. Tal entendimento expressa a visão da saúde sob a perspectiva individual, desconsiderando, portanto, os aspectos sócio-econômicos e ambientais que se constituem como elementos decisivos para a manutenção do estado de higidez. Outra compreensão refere-se aos serviços de saúde, pontuando assim, a visão acerca dos fatores intervenientes à saúde, e ressaltando a precariedade nos atendimentos e a baixa remuneração dos profissionais do campo da saúde.

Bem hoje eu tô vendo a saúde... como se ela tivesse limitada nas pessoas. É, as pessoas..., todo mundo hoje tá com aquele nível de estresse que tá comprometendo a função do organismo, não é? Umas pessoas mais do que outras. Mas a saúde hoje, ela tá muito comprometida, e ela tá sendo vista em último caso. Não tá sendo uma prioridade pra muita gente, mas ela tá sendo assim... se der eu cuidado, não é? É importante a saúde pra cada um, mas ela em si mesmo, até nas pessoas que têm ela afetada, ela não tá sendo colocada em primeiro lugar pra ser tratada, tá entendendo? A correria tá tão grande que as pessoas estão buscando mais o material, a satisfação do material. Mas a saúde tá comprometida até pra se conseguir o que se quer. Eu acho que ela tá deficiente na vida de todo mundo (Patrícia, 42 anos, evangélica, categoria de renda intermediária I, serviço privado).

É tão difícil hoje, a gente descrever o que é saúde. Isso é muito difícil, porque a saúde, a gente vê que tá muito precária, né? E hoje a gente vê que os profissionais que se dedicam mesmo à saúde são pouquíssimos, né? Então, hoje existe uma luta muito grande para sobreviver. A gente vê isso no nosso dia a dia, diariamente. A gente vê os pacientes reclamando, até no setor privado, também, não só no setor público, mas no setor

---

<sup>38</sup> Para Minayo; Rozemberg (2001), uma das conseqüências do positivismo mecanicista na biomedicina refere-se à compreensão da saúde e doença sempre no nível individual de responsabilização e de intervenção. Tal entendimento é resultado do olhar fragmentado e intervencionista, dominante na biomedicina, que deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os estados de saúde e adoecimento.

privado, a gente escuta muito os pacientes reclamando, dos médicos, dos atendimentos, de tudo, né? E a gente quando vai analisar tudo, a gente vê que é o fator financeiro, por o profissional não ser bem remunerado na área da saúde, vai deixando tudo precário, né? O desinteresse, um total desinteresse, então é isso o que a gente tá vendo no nosso dia a dia na saúde (Eunice, 45 anos, divorciada, católica, categoria de renda intermediária II, serviço privado).

Tais questões referidas pelas fisioterapeutas vão ao encontro da complexidade do campo da saúde quer em âmbito individual, quer coletivo, apontada e analisada por Martins (2003), a partir da perspectiva anti-utilitarista que destaca alguns aspectos complexos e por vezes notórios, mas nem sempre devidamente compreendidos e/ou enfrentados tornando-se assim, naturalizados para muitos atores que fazem o campo da saúde em seus papéis de profissionais a usuários.

Entre esses aspectos Martins (2003) destaca a perspectiva utilitarista presente também no campo da saúde, traduzida na progressiva dependência da axiologia do interesse e do cálculo; pela inovação tecnológica que atende também a interesses da indústria farmacêutica e da nova burguesia médica; nos preços dos medicamentos e das inovações biotecnológicas, que se configuram como parte integrante das estratégias de mercado; e na extrema especialização do campo da saúde, que contribui para as incertezas do diagnóstico; a ocorrência de erros médicos e aumento nos custos dos tratamentos, o que frequentemente resulta em insatisfação, frustração e medo dos cidadãos-pacientes.

Contudo, várias questões referentes à insatisfação de usuários e profissionais com a vivência no campo da saúde, estão sendo referidas por diversos estudos voltados, sobretudo, à relação médico e paciente ou profissional de saúde e paciente, como os desenvolvidos por Parsons (1958), Balint (1988), Boltanski, (2004), Donabedian (1990), Freidson (1994) Martins (2003), Luz (2005), Adam; Herzlich, (2001), Sucupira (2007), entre outros, e a partir deles, os próprios

profissionais e usuários dos serviços de saúde vêm refletindo sobre tal problemática e na medida do possível combatendo alguns aspectos prejudiciais ao fortalecimento do humanismo no campo da saúde.

Concluindo esse item, identificamos que a partir da compreensão referida pela maioria das fisioterapeutas, a saúde está associada ao bem estar integral, sendo este considerado em uma perspectiva mais ampliada, na qual além dos aspectos físicos, psíquicos, emocionais, são levados em conta os aspectos ambientais, sócio-econômicos e culturais. Outras percepções identificadas entre as fisioterapeutas referiram-se à saúde associando-a aos cuidados individuais e aos serviços de saúde, sendo destacada a precariedade nos atendimentos, a qual teria como uma das causas possíveis, a baixa remuneração dos profissionais do campo da saúde.

Ao compararmos as compreensões de saúde referidas pelas pacientes e pelas fisioterapeutas, torna-se possível identificar que embora a saúde tenha sido por ambas associada ao bem estar, entre as pacientes, a compreensão predominante associa tal bem estar, a partir da integridade do capital físico, o qual as habilita às suas atuações nos diversos papéis que lhes competem. A compreensão referida pelas fisioterapeutas apresentou uma maior abrangência na visão da saúde enquanto bem estar integral, destacando outros aspectos não considerados pelas pacientes, o que demonstra que os respectivos *habitués* familiar e profissional podem influenciar na compreensão acerca da saúde.

Nas compreensões concernentes à saúde apresentadas pelos fisioterapeutas do gênero masculino repetiu-se a associação entre saúde e ao bem estar, algumas vezes relacionando-a ao conceito oficial difundido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e noutras vendo-a de forma mais abrangente, assim como percebido

entre as fisioterapeutas da amostra estudada, conforme demonstrado nas falas ilustrativas.

Eu sempre viso muito a questão daquilo que a OMS fala né? O bem estar físico, emocional e social, mas se a gente for por essa perspectiva a gente vai ver que não tem sentido essa temática, de saúde, você nunca tem saúde! Nessa perspectiva, de você ter que está em equilíbrio nos três parâmetros. Então eu vejo assim, que saúde é algo muito complexo realmente, você tem toda uma inserção física, emocional tanto como social. Aí é procurar trabalhar nesses três patamares, vamos dizer assim, pra você poder atingir esse estado de saúde. Você pode nunca estar, mas pelo menos você deve caminhar pra que esses três valores estejam em harmonia (sic) (Gustavo, 30 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária II, serviço privado).

Minha visão de saúde começou muito centrada, muito focada no corpo, no corpo do usuário, e ainda em segmentos. Hoje em dia, principalmente depois do mestrado, eu vejo que o usuário ele é um ser como um todo, então tudo que tiver ao redor dele, o universo, a cultura, a economia, a relação social, o trabalho dele, vai influenciar e influenciar grandemente no aspecto de saúde dele. Então assim, a saúde ela não é só um condicionante puramente físico, e hoje eu ainda consigo acrescentar e enxergar um pouco além, eu acho que ainda tem certa ligação com algo transcendente e espiritual, então fica mais na linha espírito, psíquico e físico, vai além do bio-psico-social. Mas assim, a questão da saúde modificou mesmo. E isso modificou a minha forma de me ver também. Que às vezes subia certa vaidade de pensar assim eu sou o agente que tô contribuindo pra cura. Hoje eu vejo que eu apenas facilito o processo saúde e doença, que parte do equilíbrio dele, do paciente despertar para essa busca que deve partir dele, né? É ele que cria, ele que desenvolve habilidades de transformar a saúde dele, porque se ele não quiser, a gente não vai mudar, se ele não quiser não vai ter a eficácia desejada e que ele precisa (Pablo, 28 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

A partir da fala acima identificamos aspectos da relação fisioterapeuta e paciente, mediados pela co-responsabilidade, cumplicidade e individualização sobre os efeitos das ações terapêuticas. Para Tesser et al. 1998 apud Minayo, Rosemberg, 2001), uma das conseqüências negativas do paradigma biomédico é a exclusão dos sujeitos no âmbito da cultura em saúde, o que resulta na medicalização da vida e da sociedade, na mediação técnica e custosa do atendimento, em grande medida a serviço do capital industrial e na interpretação da doença apenas no nível individual de responsabilização e intervenção, em detrimento da compreensão da saúde, também, enquanto objeto de interesse da sociedade.

Além da associação entre saúde e bem estar definido em termos holísticos, outros aspectos similares ao encontrado entre as fisioterapeutas foram verbalizados pelos fisioterapeutas. A saúde foi relacionada à prevenção, foi associada à própria fisioterapia, que enquanto profissão do campo da saúde está tendo reconhecimento e crescimento, e citada ainda, e por mais vezes, como relacionada à qualidade dos serviços de saúde públicos e privados e à necessidade de reconhecimento e valorização dos profissionais do campo da saúde, conforme ilustrado.

Bem, falar de saúde aqui no Brasil é meio complicado, porque aqui a gente pode dividir em saúde pública e privada. Eu trabalho tanto na saúde pública como privada e a gente vê as diferenças. No campo da saúde pública aqui no Brasil existem dois grandes problemas: o problema governamental que envolve o repasse de verbas, o desvio de verbas e também existe o comprometimento do profissional que faz o SUS. Muitas vezes o atendimento que o profissional da área de saúde dá ao paciente do SUS é um e ao particular é outro, isso aí, na minha opinião é um comportamento errado, porque a gente lida com ser humano e a gente tem que tratar o paciente como ser humano, independente de ter dinheiro, dele ter condição ou não. Já no sistema privado de saúde, a gente vê um atendimento melhor, mas que também às vezes deixa um pouco a desejar, às vezes a gente precisa de uma consulta médica, liga pra o consultório e a secretária vai e diz que só tem vaga pra daqui a dois, três meses, quer dizer, também o sistema privado de saúde aqui no Brasil, deixa a desejar, acho que essa é a visão geral de saúde (Alberto, 27 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária I, serviço público e privado).

É... realmente, a gente tá numa situação não tão favorável, principalmente na nossa região, na nossa localidade. Eu trabalho em três estados diferentes, então eu tenho a experiência de cada um. Existe... assim, diferenças enormes em termos de qualidade de saúde, em termos de tecnologia, é, isso falando em hospitais privados que não tem tantas condições que um SUS consegue dar em determinada localidade. Já em outro canto deixa muito a desejar. Então isso é muito heterogêneo, não tem uma coisa tão definida, mas realmente é uma área, é um sistema que ainda não é valorizado como deveria. Então a gente vê diferença na área de direito, na área de promotoria, e a gente lida com uma coisa tão importante, que é a saúde, lida com vida dentro de uma UTI e a gente não vê a valorização que deveria ter pra esses profissionais. É desde o médico até o técnico em enfermagem, então é amplo isso aí. A questão da saúde em si, do lado vamos dizer assim, do reconhecimento, não existe. Não sei o porquê não é reconhecida como deveria, e no desenvolvimento da saúde em nossa localidade, acho tem muito a crescer ainda, devido a outras experiências eu vejo que aqui ainda tem muito a crescer (Artur, 33 anos, casado, sem religião, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

Nas falas dos fisioterapeutas podemos identificar uma abordagem macro-social da saúde. Alguns deles fazem referência aos determinantes da saúde, como os sócio-econômicos, estabelecem parâmetros entre regiões e profissões, indicando

um estilo culturalmente produzido ligado às formas de comunicação e linguagem, ou ao *habitus* masculino de expressão.

Concluindo a análise acerca da percepção dos envolvidos na relação fisioterapeutas pacientes sobre a saúde, identificamos que as compreensões emitidas tanto por pacientes quanto por fisioterapeutas do gênero feminino, das diversas localizações sociais a associa ao bem estar, sendo tal estado, considerado, pelas pacientes, sobretudo aquelas da categoria de renda baixa, a partir da integridade do capital físico. Para as fisioterapeutas, o bem estar é citado de forma mais abrangente. Tal aspecto também foi identificado nas falas dos fisioterapeutas do gênero masculino, sendo também levado em conta por eles os diversos aspectos intervenientes à saúde, inclusive os aspectos espirituais. Diferentemente da compreensão referida pelos demais, para a maioria dos pacientes do gênero masculino de diferentes localizações sociais a saúde é compreendida como um bem.

Destaca-se que não obstante as aproximações citadas, outras percepções foram referidas, o que aponta para o fato de que acerca da saúde há entendimentos diferentes entre pacientes e fisioterapeutas, ainda que do mesmo gênero. O que se configura como principais elementos de diferenciação das compreensões são o capital econômico e cultural, sendo este último identificado como um fator que exerce ainda mais influência sobre os profissionais fisioterapeutas, aspecto este que ficou claro até na forma de elaboração dos discursos sobre a saúde, o que pode ser associado ao *habitus* de linguagem masculino produzido culturalmente. Diante da análise possibilitada, inferimos que houve certa aproximação entre as compreensões sobre a saúde entre os pacientes e os fisioterapeutas, contudo, acreditamos que não

há dados suficientes para afirmarmos se tal entendimento interfere de forma positiva ou negativa na relação fisioterapeuta e paciente.

### **6.2.3 Sobre as repercussões do adoecimento**

O termo 'doença' pode ser definido como sendo a manifestação de um distúrbio na estrutura ou no funcionamento do corpo. Essa palavra resume um complexo de fenômenos e de noções distintos que podem ser vistos a partir de perspectivas e de complexidade diferentes. Para Ávila-Pires (1998), doente e doença apresentam características próprias e distintas, sendo o doente, concreto e a doença, abstrata, resultante de uma construção intelectual e socialmente condicionada.

A doença enquanto distúrbio se constitui numa experiência pessoal que se exterioriza a partir de sinais objetivos como febre, e/ou de sintomas subjetivos como, dor, impossibilidade ou medo de cumprir as tarefas pessoais e as obrigações sociais. Sob a perspectiva da antropologia da saúde, adoecer é sempre um processo social e envolve outras pessoas além do indivíduo doente. As pessoas definidas como doentes estão temporariamente livres para evitar as suas obrigações para com os grupos sociais aos quais pertencem como família, colegas de trabalho, amigos, grupos religiosos, existindo assim um canal semi-legítimo de anulação das responsabilidades do adulto e uma base para o direito de receber o cuidado de outros (HELMAN, 2003).

#### **6.2.4 A compreensão das pacientes sobre o adoecimento e suas repercussões**

Na conversas estabelecidas com as pacientes procuramos identificar o que para elas, significa estar doente e quais as áreas de suas vidas mais afetadas pelos respectivos adoecimentos. Encontramos nas falas femininas registradas a alusão à doença enquanto um alibi para a não atuação competente nos papéis desempenhados pelas das mulheres nos diversos campos de atuação. Para algumas entrevistadas, estar doente é considerado, sobretudo, em referência as repercussões dos respectivos adoecimentos que afetam principalmente, o campo do trabalho, seja esse profissional ou doméstico. Tais repercussões tornam-se mais significativas, chegando a afetar a área emocional, em especial, porque as limitações físicas existentes dificultam ou impedem as suas atuações nos diversos papéis sociais e isso reverbera em termos de auto-imagem, de níveis de satisfação.

Nesse contexto, uma tendência significativa encontrada entre as mulheres entrevistadas, foi a de compreender seus adoecimentos, como obstáculos para a execução das atividades de trabalho cotidianas, tanto as domésticas, quanto as realizadas fora de casa. Nesse entendimento, de modo semelhante ao observado quanto à compreensão expressa acerca da saúde pelas mulheres de baixa renda e com nível de escolaridade básico, de forma quase unânime seus adoecimentos repercutem, sobretudo, na esfera do trabalho. Ou seja, para elas, o capital físico, que se configura como uma condição para o trabalho, ao apresentar decréscimos provenientes de doenças e/ou incapacidades físicas, resulta em prejuízo ou impedimento para suas atuações femininas, o que interfere nas relações cotidianas

e repercute negativamente no cumprimento de papéis como o de mãe, conciliado ao papel de trabalhadora.

Doença é o fim! (risos). Eu acho assim! Na minha opinião, eu não sei nem como explicar, porque você sem saúde, quando chega assim a parte de doença, mexe com tudo. No trabalho, desviando muito, botei muito atestado e no caso também de fazer alguma coisa em casa que eu não consigo fazer, eu não consigo estender uma roupa. E lá em casa só tem eu, meu pai e meu filho e assim fica virado. Aí quando eu tô nesse estado eu deixo tudo rolar, depois é que volta tudo ao normal. Assim, porque tanto prejudica no trabalho quanto em casa, porque o movimento de casa é a mesma coisa, mexe do mesmo jeito, só porque não é repetitivo igual ao trabalho que você faz [...] (sic) (Suzana, 33 anos, sem religião, categoria de baixa renda, ensino médio, serviço público).

[...] Pra mim caminhar, pra mim fazer assim, outras tarefas mais pesadas na minha casa, que eu não posso fazer. Tem vez que eu fico sentindo desgosto, fico triste, choro, que eu vejo pra fazer e fico esperando que minha cunhada venha fazer, que minha filha faça. Por exemplo, quando eu vou assim fazer a feira, eu fico angustiada, porque eu não posso mais andar muito, ficar muito tempo dentro do supermercado, pesquisando as coisas. Ir na feira? Eu não vou mais na feira, já faz muito tempo, aí eu fico angustiada (sic) (Ivana, 60 anos, evangélica, categoria de baixa renda, ensino fundamental I, serviço público).

Ao analisarmos os discursos das entrevistadas das demais localizações sociais, identificamos algumas formas diferenciadas de entendimento sobre estar doente e as repercussões dos adoecimentos. Para as mulheres de renda intermediária I e II e as de renda alta, embora suas limitações afetem também suas atividades, predominantemente profissionais, bem como, repercutam em seus diversos papéis; para estas mulheres, os aspectos físicos, emocional e social foram citados como esferas prejudicadas pelos adoecimentos e limitações físicas. O que indica que, entre as mulheres das citadas categorias e que apresentam níveis médios e superiores de escolaridade, a repercussão maior do adoecimento não é em primeira instância, no impedimento a realização das atividades que a elas compete, o que resulta em incômodos para os demais. Para essas mulheres suas limitações incomodam principalmente a elas mesmas.

Na parte do movimento. E como o movimento pra mim é muito importante porque me traz saúde, então indiretamente ele interferiu no meu bem-estar, no meu bem estar físico, no bem-estar emocional, porque as práticas que eu utilizo pra me sentir bem, elas não estão totalmente completas por conta

disso, o quanto eram antes (Eliane, 54 anos, casada, budista, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

O físico e o emocional, principalmente, essa duas áreas. Altera o humor, ou pra ficar bem mais pra baixo ou pra ficar mais agressiva. E o físico é o que eu sinto assim a, é quase que instantâneo. De um dia pra outro, um estresse maior, musculatura das costas começa a queimar e a doer e se eu não tiver cuidado eu empeno. E chega a atingir a vida profissional se eu não conseguir dar conta de dar o bloqueio (Cláudia, 43 anos, casada, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Ao analisarmos a repercussão dos adoecimentos das entrevistadas a partir das faixas etárias identificamos que entre as mulheres jovens e adultas, além da repercussão no campo do trabalho, o emocional é também referido como uma área cujos comprometimentos físicos interferem negativamente.

Alguns elementos expressos por uma das entrevistadas chamaram atenção para as ressonâncias no campo emocional, decorrentes da sua condição de adoecimento físico. Sua fala deixa clara a sua fragilidade, sobretudo de ordem emocional em decorrência das suas limitações físicas. Ressalta ainda o possível processo de estigmatização delas decorrido, e em referência ao processo de estetização e cultura ao corpo que nossa sociedade atualmente vive.

Ser mulher interfere em tudo, eu acho! Porque primeiro, eu não posso fazer nem tudo que eu quero e como você vê interfere até na minha vida assim, social também. Porque eu não vou sair com um negócio, um braço desses, ele chama muita atenção, primeiro porque tem a seqüela da queimadura. Eu sofri essa queimadura com álcool, já faz tempo, vai fazer dez anos, aí eu tenho já a seqüela da queimadura, aí vem o caso do edema também, né? Aí chama muita atenção, o povo não me vê, o povo vê o meu braço, tá entendendo? Ele me impede de sair de casa, tudo ele me impede. Eu agora, eu não saio mais pra canto nenhum, a não ser pra fisioterapi. Às vezes eu vou fazer uma feira e pra casa de família, somente. Assim, pronto. Fazer o que eu fazia? Dançar, por exemplo, que eu gostava muito, fazia muito isso, não, eu não vou mais fazer isso. Não me sinto bem. Antes disso eu tinha um namorado, não tenho mais namorado, porque eu não gosto, não quero mais ver ele assim, sabe. Deixei pra lá, ele às vezes ainda me procura, mas eu não quero mais não, não me sinto bem, não gosto mais, perdi a vontade! Minha menina faz: mainha vamos pra tal canto? Não, vai tu eu não vou não, eu fico muito em casa, sabe? Fico bem. Eu gosto de tá dentro de casa (sic) (Veridiana, 44 anos, solteira, católica, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I, serviço público)<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> A entrevistada citada está aposentada por invalidez devido a seqüelas de câncer de mama. Está sob acompanhamento fisioterápico há um ano e sete meses, sobretudo para a minimização de um extenso edema linfático crônico do membro superior esquerdo que compromete a sua função.

Uma vertente de investigações que se dedicou à análise do sentido atribuído à experiência da doença menciona a compreensão acerca das repercussões da doença identificada no discurso citado. Nesses estudos (HERZLICH, 1973, LAPLANTINE, 1991) foi demonstrada a importância das dimensões corporais da identidade, bem como o conjunto dos aspectos ligados à auto-estima afetados por uma doença crônica e suas conseqüências sobre todas as relações sociais vividas pelos indivíduos doentes, tais como o sentimento de vergonha ligado às degradações do corpo no contato com outras pessoas, o estigma e até a impressão da 'perda de si', freqüentemente sentida pelos doentes.

Com relação ao depoimento apresentado, pode ser destacado ainda, o fato da entrevistada se encontrar desmotivada para as diversas atividades sociais, em oposição a atitudes otimistas apresentadas por outras entrevistadas, principalmente em virtude da limitação física imposta por um edema linfático. A desmotivação provocada pelo adoecimento, com comprometimentos variados, apareceu mais fortemente entre as pacientes mais velhas, o que reforça as características sócio-cultural-biológicas dos significados relativos às vivências das doenças.

Entre as mulheres de meia idade, de renda média, os aspectos físicos e emocionais são citados como os mais afetados pelas disfunções físicas, sendo ainda citada, a área social.

Olha, a incontinência urinária interferiu foi muito, muito. Interferiu no emocional, muito, muito mesmo. Eu tava ficando uma pessoa muito limitada, mais limitada do que a própria Distrofia. Porque a Distrofia, a única limitação que eu tenho é eu ir num canto e eu ver que tem obstáculos, né? E a incontinência mexeu com minha cabeça, com tudo. Eu já tava com medo de sair de casa... eu ficava nos cantos com medo de tomar um copo de água, me limitava em tudo (sic) (Ana Maria, 55 anos, casada, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço público).

[...] Eu acho assim "interferiiiiir" não, mas você se esquiva de andar, esquiva de sair, não pode botar um salto alto. Limita um pouco. Limita. E é mais na área social. Na área de prazer também, você tá toda dóida que prazer você tem? Altera o humor, altera tudo, você fica se sentindo velha, acabada, (risos) a auto-estima vai lá pra baixo (sic) (Maura, 57 anos, divorciada, católica, categoria de renda alta, nível superior, serviço privado).

Não, não. É assim. Eu não acho que seja propriamente uma influência. Eu acho assim, que eu comecei fazer as coisas mais lentas, pra meu próprio benefício, que eu era muito elétrica, fazia tudo na carreira, aquele negócio todo. Tô sendo mais cuidadosa, o cuidado é maior (sic). (Adriana, 54 anos, casada, católica, categoria intermediária I, nível superior, serviço privado).

Nos discursos das mulheres mais velhas das diversas localizações sociais identificamos que as incapacidades funcionais interferem principalmente no aspecto da independência física e a partir dela, comprometem outras áreas como a do trabalho e a emocional, que por sua vez foi citada como a mais afetada no segmento citado.

As compreensões e as repercussões das doenças e incapacidades identificadas nos discursos possibilitam a reflexão acerca dos diversos papéis sociais desempenhados. Para as pacientes, sobretudo as de baixa renda e de menor nível de escolaridade, para quem os papéis de mãe e dona de casa, se configuram como os mais importantes, a possibilidade de adoecimento é vista com temor e desperta o medo da dependência e da incapacidade. Assim, destacamos uma tendência significativa entre as mulheres de baixa renda entrevistadas de destacar a limitação ou a incapacidade para o trabalho como o aspecto mais prejudicial do adoecimento, ou seja, a alusão à esfera para os outros, enquanto entre as mulheres de extratos médios e alto, a referência mais freqüente foi às conseqüências do adoecimento para si.

Na análise dos discursos produzidos pelos pacientes entrevistados, observamos que houve uma maior diversificação das áreas em que seus respectivos adoecimentos interferem em relação ao observado entre as pacientes. Ressalta-se que as disfunções físicas observadas entre os homens apresentam gravidades variadas e que comprometem o capital físico de forma mais significativa do que aquelas apresentadas pela maioria das mulheres da amostra.

Para a maior parte dos homens da amostra o estar doente foi referido em associação às suas dificuldades físicas, as quais trouxeram mais repercussões no campo profissional do que em outras áreas. Para o homem, além da provisão das necessidades familiares, o trabalho se configura como uma confirmação do papel masculino histórica, cultural e socialmente a eles conferido. Entre os homens que referiram ser o campo profissional o mais afetado por suas disfunções, encontram-se aqueles cujos impedimentos, ao invés de temporário são prolongados ou permanentes, o que afeta diretamente seus papéis e posicionamentos sociais.

Entre os indivíduos cujos adoecimentos interferem mais na área profissional encontramos sujeitos de todas as faixas de renda e de instrução. Assim, as repercussões do adoecimento no campo do trabalho, a depender da localização social, consideram o capital físico como determinante, visto ser ele, o elemento que favorece ou não, a busca pelo capital econômico, por vezes insuficiente para a subsistência familiar.

O lado que pesa mais é o lado do trabalho. Porque a gente não pode trabalhar. Com certeza. Sem poder trabalhar você não é ninguém. É o que mais me prejudica, porque você fica parado, como diz o outro, por enquanto, dependendo dos outros, mais dos outros do que do próprio meu mesmo, porque eu não posso trabalhar. Aí mexe com a cabeça, o cara fica todo destreinado (Romeu, 44 anos, católico, categoria de renda baixa, nível fundamental I).

[...] quanto ao lado profissional; quer dizer, eu diria a você que afetou, porque eu antes, se hoje eu tenho uma carga de 40 horas por semana, eu antes, se possível, teria o dobro. Inclusive eu tinha uma outra função onde eu trabalho, e tive que diminuir esse percentual de trabalho (sic) (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio, serviço público).

Um dado importante a ser mencionado refere-se ao fato de que, entre aqueles indivíduos cujos adoecimentos ou incapacidade provocada pelo adoecimento, repercutiram na área profissional a aposentadoria se configura como uma alternativa. Esse aspecto foi identificado nas falas de alguns indivíduos jovens e de meia idade da amostra, das categorias de renda baixa e com níveis de

escolaridade básico, para quem a possibilidade de aposentadoria por invalidez se apresenta como um ganho secundário ao adoecimento.

Já para outros entrevistados, as limitações físicas trazidas pelo adoecimento, mesmo habilitando-os à aposentadoria por invalidez, não impedem o prosseguimento das suas atividades ocupacionais. Para um deles, que está paraplégico e cadeirante, não há intenção em dar entrada em processos de aposentadoria, mas sim, a de fazer concursos e buscar seu crescimento profissional e pessoal. Ao nosso ver esse tipo de entendimento é influenciado pela posse de alto capital cultural, não atingido pelo adoecimento físico. Outro entrevistado que demonstrou essa disposição de enfrentar as conseqüências do adoecimento com disposição para crescimento na vida profissional e pessoal, está exercendo as suas atividades profissionais de odontólogo, tendo, para tal, desenvolvido habilidades e adaptações compensativas, destinadas a permitir a continuidade de sua atuação profissional, o que igualmente reflete o capital cultural e social do entrevistado.

Outra compreensão identificada nas respostas foi a do comprometimento no campo emocional em virtude dos adoecimentos ou incapacidades apresentadas pelos indivíduos. A fragilidade física e a conseqüente repercussão na esfera emocional podem ser identificadas nas falas de alguns entrevistados das diversas categorias sociais e dos vários níveis de escolaridade. Os impedimentos variam desde a dificuldade de locomoção, o que sugere a dependência e seus desdobramentos emocionais, profissionais, sociais; a dificuldades para falar, tomar banho, andar de ônibus, rir ou chorar. Esses incômodos em grande medida são associados aos seus adoecimentos, o que os impedem ou os limitam nas atividades cotidianas e por conseqüência na sua atuação nos diversos espaços sociais.

Mas o que mais me marcou foi... (emoção)... foi só a condição física. A limitação. Foi a dificuldade maior. Eu nunca pensei de chegar à dependência de alguém, nenê? Ficar dependente... No início é o mais difícil. Eu toda vida fui uma pessoa que quis ser independente, né, embora nessa situação não pudesse ser independente. Eu fiquei dependente de algumas coisas, mas foi a fase que mais me marcou. Depois quando eu comecei a andar, voltando, voltando aos poucos, aí eu comecei a ver, como se diz a ver uma luz que me dizia que eu iria ter um restabelecimento (Josué, 56 anos, evangélico, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

Meus filhos, meus sobrinhos, meus parentes pensavam que eu ia morrer, que eu tava tão debilitado, a mulher também, sabe? Os seis primeiros meses foi...(emoção) “Mas depois deslanchou”. Mais ou menos, mais ou menos, eu noto que... eu noto... assim, é o seguinte... a ...principal... a principal... falta... que eu sinto hoje é o seguinte, é no falar, sabe. Eu tô entendendo tudo isso que você tá dizendo... mas quando eu vou me expressar é diferente, falta... falta...o adjetivo...eu sei lá! Eu noto.... quando eu tô falando com você... eu fico...! Vamos dizer tem dez pessoas reunidas batendo papo...eu falo pouquinho... Senão... eu vou atrapalhar... eu vou me expressar mal... mais lento, tá entendendo?... Tá entendendo?... Isso é o que eu sinto falta, é isso. Mexe muito, muito... muito, mexe muito!. O andar não! Eu dou um jeito...mas o tal do falar! (sic) (Valdo, 72 anos, católico, categoria de renda alta, nível superior, serviço privado)<sup>40</sup>.

[...] O problema do cansaço é outra coisa ruim porque o cara quer ir num canto, chega num canto se cansa, vai, não dá, aí pronto. Mas outro negócio que eu tenho, que esse é que ruim, esse é ruim, esse é... agora isso é desde de novo! Os médicos chamam de “catofobia” né? “Não sei. É o que?” Eu tô num canto fechado assim. “Sim é claustrofobia.” “Aí eu não tenho altura!” Essa é uma situação horrível, é tanto que quando eu vou pra um hospital que eu nunca vou, Ave Maria! Eu me traumatizo tanto, que não dá não [...]. Me dá aquela tranca, que eu não vou de jeito nenhum [...]. Esses ônibus de ar condicionado? De jeito nenhum! Fechado? Se esses ônibus daqui da pista, esses ônibus daqui! Eu pego aqui lá pro Presidente Médici, se encher de gente, aqui eu fico! Eu tenho que ficar aqui até tarde, aí uma situação assim é difícil, né? O banheiro lá de casa... eu vou pro banheiro, tem que ficar uma brecha da porta aberta, tenha quem tiver. Aí o banheiro é apertado! Eu digo sabe de uma coisa? Eu vou botar o chuveiro lá no beco. Tem um beco que tem um chuveiro... mas é difícil, é difícil (sic) (Franklin, 78 anos, católico, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I, serviço público).

[...] Porque uma das coisas que me levam à incontinência urinária são minhas emoções, sorrisos, as emoções de alegria ou raiva, os sentimentos. Se eu senti qualquer uma dessas, eu posso não me controlar. Mas eu senti que nesses dias eu não tive com muita frequência [...] (sic) (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio, serviço privado).

<sup>40</sup> Este integrante da amostra tem 72 anos, está casado, tem formação em medicina, trabalhou durante 34 anos como clínico geral e patologista e há nove anos está aposentado. Atualmente é empresário no ramo do comércio e está sob acompanhamento fisioterápico há cerca de dois anos em virtude de seqüelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Durante a entrevista, a maior dificuldade por ele apresentada foi a disartria, ou dificuldade para a articulação das palavras, que se acentuou ainda mais quando ele se referiu a tal questão, como sendo a maior dificuldade associada ao adoecimento por ele percebida.

Ainda considerando o campo emocional, vários estudos que se dedicaram a uma análise aprofundada das questões que envolvem o adoecimento puderam identificar as diversas desorganizações que se efetuem na ordem social cotidiana, desde a fragilidade em relação às exigências corporais e biológicas, às dificuldades de reorganização dos papéis sociais (HERZLICH, 2005, CANESQUI, 1994, CANESQUI, 2003). A partir dessas análises efetivadas por cientistas sociais foi dada uma significativa contribuição para a modificação da perspectiva que os profissionais da saúde têm dos estados corporais, das limitações e fragilidade inerentes aos adoecimentos dos pacientes por eles assistidos (HERZLICH, 2005).

Outra repercussão ocasionada pelo adoecimento, citada pelos entrevistados, refere-se ao campo social, sobretudo para os mais jovens, com, respectivamente, 23, 26 e 37 anos, de categoria de renda baixa e com baixo nível de escolaridade. Na fala abaixo destaca-se que, no primeiro momento, a área social é referida como a mais afetada em decorrência da limitação física, para em seguida ser mencionado o campo profissional. Identifica-se ainda, a possibilidade de consideração do adoecimento como uma possibilidade de ganho secundário.

Na área de... eu batia bola, tudo. Hoje eu não sou mais aquela pessoa, não tenho mais aquela força. E na área do trabalho também. Eu trabalhava, sustentava minha família, tá. Hoje eu não tenho mais condições. Tô esperando o INSS, a aposentadoria aí, já dei umas três entradas, e negando, negando, e eu entrando. Não, tá a favor o INSS. Vai pra João Pessoa o recurso, vai pra Brasília, tal, botando eu pra marchar em todo canto. Tá na justiça e até agora o cara não foi desse de chegar com um Anador. Eu avistei ele depois de sete meses na justiça lá, não foi desse que chamasse pra um acordo, nem nada. Só fez dizer: não. Eu bati nele, não socorri com medo da galera me linchar e tal e eu fugi do local. Aí eu digo: e quem ficou inválido fui eu aqui, danos materiais, porque eu fiquei inválido pelo resto da vida, e você aí não, seu "carrin véi, você já consertou e tudo e eu, eu fiquei no prejuízo (sic) (Alamir, 37 anos, católico, categoria de renda baixa, nível fundamental II, serviço público).

A análise dos sentidos atribuídos à experiência da doença pelas pessoas que a vivenciaram mostrou o quanto o capital físico é importante para a percepção da identidade. Os pesquisadores identificaram as mudanças na auto-estima

ocasionadas pelas doenças crônicas: sentimento de vergonha relativo ao estado de deterioração do corpo; o 'estigma', sentido ao se encontrar com os outros; e a sensação do paciente de 'perda do eu'.

Alguns entrevistados, ao se referirem as suas incapacidades aludem à forma pelas quais eles acham que os outros atores sociais os enxergam. Para alguns, a receptividade dos demais diante dos seus adoecimentos é apreendida como estigmatização, o que também pode ser compreendido num quadro de alterações na auto-estima.

Logo no começo sim, né?, que a pessoa não pode nem dar um sorriso, fica.... É porque eu não podia falar não, eu ficava meio diferente do pessoal, no lugar de dar um sorriso eu... mas ainda assim eu era alegre, feliz, contava piada. Logo no começo a pessoa ficava meio isolado, né? Mas aí eu ainda tirava brincadeirinha. Aí eu sabia que... eu ficava querendo ser alegre, sabe? Sempre tiravam brincadeira comigo. Eu sempre brincava. Agora, com as pessoas que eu não conheço não, eu ficava no meu canto, né? Porque... agora, com meus amigos eu tirava brincadeira, sorria, eles mangavam de mim [...] (Reginaldo, 25 anos, católico, categoria de renda baixa, ensino médio, serviço público).

Ele me mostrou que tem certas coisas que a gente pensa que não pode superar e quando na verdade pode superar! A vaidade também, na medida em que a sequela do AVC ela deixa uma coisa muito visível aos outros, então ele, esse fato, essa conjuntura, mexe com a nossa maneira de ver, de notar, de perceber o que é a vaidade. Então hoje eu me considero uma pessoa um pouco menos vaidosa do que era no passado (Edson, 48 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Ao identificar as principais áreas afetadas pelo adoecimento, alguns indivíduos destacaram em seus depoimentos alguns aspectos pessoais que se estenderam para as relações estabelecidas nos campos de atuação de indivíduos de meia idade e mais velhos, de classe intermediária alta e classe alta, com nível médio de escolaridade. Ressalta-se, sobretudo, que os aspectos partilhados no decorrer das entrevistas referiam-se aos adoecimentos e suas repercussões nas relações afetivas e familiares estabelecidas pelos indivíduos que ora estão sendo analisados a partir de suas inserções sociais.

Apesar de eu não ser matemático, gosto muito de trabalhar com números e percentuais. Em uma escala de um a cem, eu diria a você que isso me

afetou pelo menos uns trinta por cento, do universo de cem. A minha relação com uma pessoa que eu tenho, que é a minha namorada, ficou um pouco mais difícil e isso eu tive que trabalhar muito pra evitar choques, colisões e ressentimentos, essas coisas todas. Essas limitações são coisas bem íntimas, mas você tá fazendo um trabalho que vai servir pra outras pessoas, eu tenho que fazer um depoimento pra você real, não adianta pintar o quadro com tintas que não são verdadeiras, são reais. Então na verdade, isso afetou, muito, a minha relação. Por outro lado eu sempre fui um homem da noite, mesmo com mais idade, eu sempre fui uma pessoa que procurei dormir mais tarde e tal. Então essa coisa eu comecei a me disciplinar, me reeducar. Foi uma guinada, você muda, você muda tudo, tudo, tudo. E eu diria que a única coisa negativa foi o lado sexual, isso pesa muito mesmo. Sobretudo nós latinos, que somos machistas, a cultura, esse exercício aí, você... mas eu tenho administrado isso razoavelmente bem, não tenho dúvida... ilusão (sic) (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, nível médio, serviço público).

[...] Dificuldade, ainda existe ainda, porque justamente, no começo mexeu isso muito comigo, porque eu sempre fui eu sempre fui...muito ativo também na parte sexual, aí, acabou. Teve uma época que acabou durante uns quatro meses, não existiu, não tinha nenhum tipo de atividade. No começo mexeu comigo, mexeu que eu, eu não entrei, eu não entrei, como é se diz, essa palavra depressão não existe na minha vida, eu acho que você é quem cria, não existe, existe a tristeza. Porque eu muito ativo, gosto realmente, mas fui obrigado a ficar longe uns quatro meses, certo, ainda tentei, ainda andei tomando medicamento, foi difícil, aí eu voltei pro médico e ele disse que eu tivesse paciência, tá na sua cabeça, ajeite a sua cabeça, depois que ajeitar a sua cabeça, vai ajeitando o restante. Realmente aconteceu isso, você ajeita a cabeça e vai andando e tá retornando, lentamente, mas isso foi o que mexeu mais assim comigo. Mas depois aí foi normalizando e o resto... foi aprendizado. Aprendizado, muito aprendizado, tanto é que hoje eu me controlo, faz de conta que nem existe, quando acontece, acontece naturalmente, mas não é aquela coisa de ser quase que vício, entendeu quase que vício, isso aí foi eliminado e quem mais vibrou foi minha mãe, meu irmão, porque eu era quase viciado mesmo! Solteiro também! E tem o mundo também que lhe leva pra essas coisas, né? O mundo que atrai você e lhe deixa mais, você termina se envolvendo, mas eu consegui me conscientizar disso e graças a Deus, tô regulado, como diz minha mãe, você tá regulado (sic) (Marcos, 57 anos, evangélico, categoria de renda alta, nível médio, serviço privado).

Quanto à localização social dos indivíduos, tanto em relação ao nível de instrução quanto à categoria de rendimentos em que eles se enquadram, as falas dos entrevistados mostram peculiaridades que demonstram a influência do capital econômico e cultural em aspectos relativos aos adoecimentos como já apresentado em alguns depoimentos. A fala de um dos entrevistados mostra que mesmo havendo de fato, um eventual comprometimento do capital físico com a conseqüente repercussão nas áreas de atuação do indivíduo, e em especial na profissional, tal

déficit não pode ser sobrevalorizado, visto a necessidade do trabalho para a aquisição de rendimentos que garantam a sua subsistência e a da família.

Bom, o que atrapalha é a cirurgia que eu fiz né? É. “Mas atrapalha em que parte da sua vida?” Não atrapalha em nada, né? É. Não atrapalha em nada. “No trabalho?” Não, não, eu vou pescar não sinto nada, não sinto nada, pesco normal. “O senhor pesca pra vender?” É pra vender, que eu não vou... pesco dez quilos de peixe, eu não vou comer dez quilos de peixe! Vendo cinco, deixo cinco em casa, né? (sic) (Antonio, 65 anos, católico, categoria de renda baixa, sem instrução formal, serviço público).

Em tal depoimento, destaca-se principalmente o *habitus* do indivíduo de baixa renda para quem o capital físico, que o capacita para o ofício da pesca se configura como uma necessidade para a realização dessa atividade, e por causa do adoecimento não pode ser sequer admitida, visto ser a atividade a garantia da renda ou da sua complementação para a manutenção financeira pessoal e da família.

Os tipos de compreensão dos aspectos relativos ao estar doente entre os pacientes sofreram alterações tanto de acordo com a renda, quanto com o nível de escolaridade. Todavia, na amostra dos pacientes estudada, destaca-se que a maior parte dos entrevistados, das diversas localizações sociais demonstrou que os adoecimentos e seus desdobramentos repercutiram nos diversos campos do espaço social no qual transitam, com maior influência em áreas como a profissional e a emocional.

Ao compararmos tais compreensões com as apresentadas pelas pacientes da amostra das diversas localizações sociais, identificamos que para as que ocupam posições sociais inferiores, o entendimento predominante associa o estar doente à incapacidade para o trabalho. Tal aspecto, não se configurou como significativo entre as pacientes de renda intermediária I e II e as de renda alta, para quem, estar doente e seus eventuais impedimentos físicos, compromete mais os aspectos emocionais e sociais. Assim sendo, se anteriormente identificamos formas de entendimento divergentes entre pacientes do mesmo gênero, ao compararmos as

compreensões entre pacientes homens e mulheres, ratificamos o entendimento de que as divergências se devem, sobretudo, a menor ou maior posse de capital econômico e cultural que por sua vez predispõem os diferentes *habitués* e localizações sociais.

### **6.2.5 A percepção dos fisioterapeutas sobre o adoecimento e suas repercussões**

Nas falas das mulheres entrevistadas na condição de pacientes, identificamos as formas como os seus adoecimentos são considerados, sobretudo, em relação às áreas mais afetadas por eles. Ou seja, os relatos apresentados são fruto das respectivas vivências em condições físicas comprometidas, sobretudo, por alterações funcionais, que por sua vez repercutem nas diversas esferas da vida, pessoal, emocional, profissional, sócio-econômica e cultural.

Entre os fisioterapeutas, tanto do gênero feminino como do masculino, pretendemos apreender o grau de sensibilidade dos mesmos, enquanto profissionais do campo da saúde, mas também enquanto seres supostamente sensíveis às questões relativas ao adoecimento e às possíveis repercussões do mesmo na vida dos indivíduos por eles acompanhados, no estabelecimento das condutas fisioterapêuticas reabilitatórias e/ou preventivas.

Dessa forma, com os fisioterapeutas buscamos identificar, sobretudo, os níveis de empatia<sup>41</sup> para com os pacientes em seus respectivos adoecimentos, por

---

<sup>41</sup> Segundo Fish & Shelly (1986, p. 110) apud (CARRARO, RADÜNZ, 1996), empatia é a capacidade de entender aquilo que uma pessoa está sentindo e transmitir-lhe compreensão, mantendo ao mesmo tempo certa objetividade para poder prestar a ajuda necessária. Para tais autoras, dois outros

considerar que tal atitude, quando presente, beneficia o estabelecimento de relações interpessoais, e em especial, de relações terapêuticas saudáveis.

Assim entre os fisioterapeutas, tentamos inferir a partir das respectivas vivências profissionais, o que para eles, estar doente significa para seus pacientes, e de acordo com suas percepções, quais as áreas da vida dos indivíduos por eles acompanhados mais comumente afetadas pelos adoecimentos.

Iniciando pela compreensão das fisioterapeutas a respeito do adoecimento dos seus pacientes, as entrevistas realizadas indicam sua sensibilidade aos aspectos emocionais envolvidos e à ideia da influência destes para o adoecimento físico e para o enfrentamento das adversidades nos diversos campos dele decorrentes. Algumas falas ilustram tal compreensão predominantemente identificada entre as fisioterapeutas.

Olhe, estar doente eu acho que não é só a questão patológica em si. É a visão que o paciente tem da patologia e das perspectivas de pode lutar contra elas. Assim, contra a doença, que perspectivas ele pode ter de melhorar, a visão, a vontade de sair daquela situação. Porque tem pessoas, a gente percebe que tem pacientes, que eles, eles lutam pra sair daquela doença, querem evolução, ajudam demais. Outros parecem que precisam da doença. Aí é que eu volto novamente à questão emocional, uma forma de chamar atenção, uma forma de querer tá sempre ali, sendo cuidado. Então estar doente, também faz parte do meio que a pessoa vive, quais são os fatores que ajudam a você encarar a melhora, encarar realmente. Tem casos, claro que tem casos que estão além da doença, doentes gravíssimos, que não tem, mesmo que a pessoa queira realmente, não consegue sair, mas eu tô falando de casos em que a pessoa é consciente de algumas coisas que podem ser mudadas, mas não conseguem e não mudam (Helena, 34 anos, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Hoje eu entendo de uma forma diferente. Eu vejo que o estar doente, tá mais no emocional e vai pra o corpo, né? As somatizações. Isso eu vejo no dia a dia demais. É tanto que eu tenho muito paciente que muitas vezes ele diz que está com uma dor, mas a dor é pra ele sobreviver na vida dele. Você atende um paciente, vê todos os exames e você diz não, aqui não tem nada. Mas é uma somatização e o tempo vai decorrendo... e ele vai se

---

elementos podem evidenciar-se numa relação interpessoal: a simpatia, aquele primeiro contato, primeiro olhar, primeiro sorriso, elementos da comunicação não-verbal e a intelectualização, onde se observam e se coletam dados objetivamente, sem haver, contudo, envolvimento. As autoras consideram que apenas quando sentimentos e fatos são colocados lado a lado e objetivamente analisados, se chegará a descobrir a(s) possíveis causa(s) dos sensações e desconfortos apresentados pelos pacientes, assim sendo, a ajuda terapêutica torna-se possível, por se agir com empatia (RADÚNZ, 1994, CARRARO, RADÚNZ, 1996).

desvalorizando e vai começando as doenças, né? Então hoje eu vejo dessa forma, antigamente eu poderia até não ver [...]. É muito interessante que a gente começa a analisar as coisas, o quanto realmente isso tem muito a ver com o nosso dia a dia, com a nossa vida, né? Como a gente guarda conflitos no nosso corpo e cada região tá responsável por um fator, então daí você começa guardando, aí vai adoecendo, né? É interessante que quando eu vejo hoje assim, muitas senhoras com processos de artrose, esse processo de artrose, de desgaste, são os desgastes na vida, as desvalorizações. Aí a gente vê que o idoso começa se desvalorizar, se sente desvalorizado, ele não pode mais isso, não pode aquilo, então a gente vê realmente que tudo vai encaixando (Eunice, 45 anos, divorciada, católica, categoria intermediária II, serviço privado.).

Outras percepções acerca do adoecimento dos pacientes foram verbalizadas pelas fisioterapeutas. O adoecer foi associado a prejuízos na qualidade de vida, aos hábitos e atividades diários, à necessidade de ser ajudado, cuidado, e entre essas demais interpretações, houve referências ao adoecimento de formas mais abrangentes, as quais apontam como, de fato, estar doente se configura como um acontecimento significativo na vida dos indivíduos, interferindo na execução competente dos diversos papéis sociais, o que, para elas, pode justificar a grande repercussão no campo emocional dos pacientes.

Na minha área específica, na grande maioria dos casos, estar doente é estar próximo a morte, que a gente lida com casos de oncologia. E estar mais próximo da morte, gera uma série de transtornos: é a descrença, é a depressão é a insegurança [...] Na área da urologia também tem o grande temor de ter sido portador de câncer, a possibilidade de volta. E se tratando da questão masculina, tem a questão do transtorno da disfunção erétil também que causa uma grande depressão. Afinal de contas a gente vive numa sociedade altamente machista e que não funcionar sexualmente falando, é não ser nada. Então a gente lida muito com isso. Então eu tenho realmente clientes que ficam presos em casa, não querem passear porque eles estão de fralda e todo mundo vai ver se molhar, certo? E se afastam um pouco das companheiras porque pra eles, eles não tão servindo mais, como que se o relacionamento fosse só o sexual, certo? E no trabalho, também, na produção, não é, eles se isolam bastante (Rosângela, 51 anos, casada, católica, categoria intermediária II, serviço público).

Hoje, assim, é bastante discutido que não existe doença, né? Existem pessoas mais vulneráveis ao adoecimento e são denominados doentes, né? Então eu acho que a doença propriamente dita, não é? Tem toda uma fisiopatologia, etiologia, mas ela não tem só uma forma linear, onde existe só um agente biológico atuando pra que aquilo aconteça, mas eu acredito no envolvimento do paciente, do meio ambiente, tudo ali contribui pra que ocorra aquela doença, né? A gente não pode desprezar a parte emocional, não é, até para as pessoas que são mais vulneráveis, que não conseguem aquele equilíbrio dentro de seu meio, então tem uma vulnerabilidade maior ao adoecimento. E a gente tem que valorizar também a carga genética, que isso também hoje é comprovado cientificamente que existe, até mesmo na depressão tem uma carga genética. Tudo influencia, então. Todos os

fatores estão envolvidos, né? Então, pra essa leitura do estar doente, não pode ser desprezada a visão multicausal, a multicausalidade (Ana Alice, 36 anos, solteira, católica, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Sumarizando nossa análise sobre esse tópico, no entendimento das fisioterapeutas sobre o adoecimento e suas repercussões, para a maior parte das entrevistadas, das diversas faixas etárias, localizações sociais e atuantes em serviços públicos e/ou privados, a compreensão mais recorrente é a de que, para muitos pacientes, estar doente está em grande medida associado ao campo emocional. Para algumas fisioterapeutas, é percebido que em alguns pacientes o adoecimento está associado a comprometimentos na qualidade de vida, nas atividades cotidianas e ainda que seus fatores multicausais ocasionam a consequente repercussão em diversas áreas da vida dos indivíduos com déficits funcionais temporários ou permanentes.

As percepções das pacientes e das fisioterapeutas, portanto, foram de certa forma, complementares. Conforme visto, para as pacientes, as impossibilidades de atuação em seus diversos papéis se configuram como a maior repercussão do adoecer, o que, por conseguinte pode ocasionar eventuais comprometimentos emocionais. Para a maioria das fisioterapeutas entrevistadas, os aspectos emocionais se configuram como os principais agentes que por vezes estão por trás do adoecimento, ou da manutenção dos mesmos.

Assim como entre as fisioterapeutas do gênero feminino, com os do gênero masculino a partir das suas respectivas vivências profissionais, procuramos identificar suas percepções a respeito dos significados que estar doente tem para seus pacientes, e de acordo com as percepções, que áreas da vida desses indivíduos estão mais comumente afetadas pelos adoecimentos e suas conseqüentes limitações funcionais.

Para a maior parte dos fisioterapeutas entrevistados, das diversas faixas etárias, localizações sociais e que atuam em serviços públicos e/ou privados, o adoecimento e os déficits funcionais repercutem em grande medida no campo emocional. Porém, diversos entendimentos foram por eles verbalizados. Para alguns fisioterapeutas, o adoecimento é percebido por certos pacientes como desequilíbrio, físico, emocional e social, outros consideram que os pacientes o associam a privação pessoal e financeira ou a falta de satisfação pessoal, outro acredita que para alguns pacientes a doença é considerada em associação aos possíveis ganhos secundários – como a aposentadoria e o cuidado dispensado, outro profissional considera que para alguns de seus pacientes, o adoecimento significa uma possibilidade de transformação.

Entre as compreensões predominantes, em que o aspecto emocional é citado como o mais comprometido pelo adoecimento ou até como seu determinante, destacamos que os fisioterapeutas que identificam esse aspecto em suas realidades profissionais são em sua maioria adultos jovens, com idades variando entre 25 e 40 anos, que atuam em sua maioria em serviços privados em âmbitos de UTI, hospital, ambulatório e clínica, bem como, em sua maioria, com uma clientela constituída em sua maior parte por indivíduos de maior capital cultural e econômico. Entre os depoimentos que consideram que estar doente traz maior repercussão sobre o campo emocional destacamos os seguintes.

Hoje eu compreendo, com a realidade que eu vivo, eu diria que estar doente não é a falha no processo de funcionamento de um órgão, ou de um determinado componente, vamos dizer, que tá deixando de funcionar, ou uma substância que tá deixando de ser produzida, eu acabei incorporando o aspecto subjetivo da coisa. E aí eu digo estar doente para o paciente está mais relacionado com o emocional do que propriamente com o físico, repercute mais no emocional, quando você ver o lado emocional sendo abalado, né? O interior é que está sendo abalado e acaba repercutindo no físico, porque você vai diante, entra em cheque com outros exames, quando faz os exames complementares, os exames dão normais, bom o que a gente nota muitas vezes é uma somatização do problema. Sob uma perspectiva de que a pessoa tá inserida dentro de um posto de trabalho, tá

sob uma série de outros fatores que tão interferindo pra que ela gere esse adoecimento, quando ela permite que esse adoecimento aconteça aí realmente vai haver somatização, vão haver os problemas e suas repercussões maiores emocionais (sic) (Gustavo, 30 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária II, serviço privado).

Olhe eu observo assim. Que uma grande maioria, não é uma escala pequena não, eles quando chegam à clínica, eles trazem naquela dor, naquele problema deles, muitas vezes, todo o problema da vida dele. Então ele chega pra gente assim, querendo que a gente seja aquela válvula de escape dele, tirando, óbvio, aquela questão daquele trauma, aquelas contusões diretas, mas a gente observa isso, principalmente em pessoas de uma faixa etária mais alta então eles chegam com uma determinada dor, mas a gente observa que aquela dor, é reflexo de problemas pré-existentes, problemas lá atrás que foi somatizando, e aí eles chegam aqui pensando assim: eu vou pra lá pra resolver o meu problema. A dor depois passa pra segundo plano. É impressionante como isso acontece, às vezes que a gente chega a essa conclusão. Como é impressionante a quantidade de pessoas que chega e aí você começa a conversar com eles, e é bem engraçado, eles chegam com uma dor lombar, e depois de algumas sessões, ele diz, olhe, a gente nem precisa fazer esse tratamento hoje não, porque aquela dor já passou, o que tá doendo agora é a cervical e a gente nota que aquela dor ali é a gota d'água pra ele sair de casa, sair do trabalho, desabafar. Ele tá insatisfeito com alguma coisa, aí vem a dor, e ele diz agora eu vou me tratar, só que o tratamento dele não é simplesmente pra aquela dor, né? E muitos terminam evoluindo pra uma coisa mais complexa. E é difícil, viu? Eu até digo, rapaz eu acho que todo mundo deveria procurar o psicólogo, um analista, alguma coisa, porque é impossível hoje você não somatizar alguma coisa. E a gente? No caso, o fisioterapeuta, no caso específico da gente, o pessoal só chega aqui com sofrimento. E você tem que interagir com o sofrimento de cada pessoa, não é? Você vê, se você atender dez pessoas, numa manhã, são dez problemas diferentes. E a gente absorve alguma coisa com certeza, a gente também tem que se cuidar (risos) (sic) (Fabrício, 40 anos, casado, evangélico, categoria de renda intermediária II, serviço privado).

Outra compreensão a destacar é a que considera a multicausalidade do adoecimento e a multiplicidade de aspectos por ele afetados. Nesse sentido, a fala que se segue ilustra a compreensão do fisioterapeuta que atua em nível público e privado.

Em muitos pacientes eu consigo identificar essa questão da doença. Assim a questão, que pesa também é o relato das questões sociais, e você enxerga o nível, a classe social de que esse paciente vem, o nível de carência, muitas vezes alimentar, a gente vê pela questão física do paciente. A questão psicológica, são pessoas que realmente têm um sofrimento interno, são de alguma forma, abatidas, que se sentem frustradas em relação a outras pessoas em estado de saúde bom, né? No aspecto pneumológico, os pacientes que eu trato são muito de hipersecreção brônquica que também tem uma frustração muito grande porque são inibidos de convivência no meio social. Eles tem vergonha de ir a uma festa, a questão do próprio relacionamento sexual, por ter muita secreção, tem relatos deles e a gente sente, sente pelo quadro clínico que historicamente a gente vai acompanhando, pelos estudos e pela situação, que às vezes redundam até em separação, já que tem pouca atividade sexual. Então aí, começa a enxergar além da doença. A doença tem uma

abrangência muito maior. Tem também o fator de muitos deles trabalharem, e não puderem mais, serem obrigados a fazer o acostamento pelo INSS, ficarem acostados ou afastados de uma atividade mais rentável pra ficar a base de um salário mínimo que também restringe muito a vida. Tem todo um contexto de influências. Desde a própria alimentação que a maioria é de pessoas cobertas pelo SUS, eles são mal alimentados e por se tratar de doenças crônicas com alta demanda metabólica, ficam também incapacitados às vezes de dar uma resposta positiva aos tratamentos. Isso tudo desperta para a complexidade de ser um profissional de saúde, para sempre tá enxergando tudo isso, né? Desperta e é interessante, você vai ver o ser humano além da doença, principalmente isso. Eu vejo dessa forma (sic) (Ricardo, 47 anos, casado, sem religião, categoria de renda II, serviços público e privado).

Assim, tanto para as fisioterapeutas como para os do gênero masculino, das faixas etárias e localizações sociais variadas, atuantes nas várias especialidades da fisioterapia em serviços públicos e/ou privados, a tendência observada é de compreender que, para muitos pacientes, estar doente compromete, além do organismo, o campo emocional.

#### **6.2.6 Sobre a relação fisioterapeuta e paciente**

Na análise dos dados levantados acerca da relação fisioterapeuta-paciente pretendemos identificar em que medida o *habitus* profissional do fisioterapeuta e o *habitus* familiar dos pacientes influenciam na constituição do caráter desse encontro terapêutico, uma vez que as disposições herdadas através das trajetórias dos sujeitos no espaço social concorrem para as possíveis respostas a elementos da interação tais como a comunicação verbal e não verbal e a própria dinâmica e eficácia do tratamento.

No tocante à análise dos discursos produzidos pelos integrantes da amostra acerca da relação fisioterapeuta e paciente, tomamos por base as perspectivas de

análise da relação médico-paciente defendidas por autores do campo da sociologia e antropologia da saúde a exemplo de Parsons e Boltanski/Bourdieu.

Inicialmente, reforçamos a escolha pela adoção da relação médico-paciente, como perspectiva de comparação e análise da relação entre fisioterapeuta e paciente, pela escassez de estudo sobre esse conjunto de atores, sendo resguardadas as especificidades dos pares citados. Embora a relação médico-paciente desperte mais familiaridade e seja a mais investigada nas diversas áreas do conhecimento, não é a única relação estabelecida nas práticas de saúde entre o indivíduo que necessita de cuidados, visto que em grande medida, o acompanhamento dos adoecimentos não se limita ao decorrente do encontro do médico com o paciente. Ou seja, as interações no campo da saúde também ocorrem com os diversos profissionais da saúde, havendo, portanto, a denominada 'relação profissional de saúde e paciente', a qual também está sendo alvo de pesquisas (FERNANDES, 1993; SOAR FILHO, 1998). No entanto, são as diversas problemáticas que emergem da relação médico-paciente, aquelas que vêm sendo abordadas com maior ênfase desde a metade do século 20. Entre outros, autores como Parsons (1958), Balint (1988), Boltanski, (2004), Donabedian (1990), Jaspers (1991), Freidson (1994) a abordaram de forma aprofundada e assim sendo, algumas dessas pesquisas estão sendo adotadas como fontes de análise (CAPRARA & RODRIGUES, 2004).

Os estudos pioneiros sobre a relação médico-paciente desenvolvidos por Parsons nos Estados Unidos, nas décadas de 60 e 70 propuseram conceitos extremamente importantes para a compreensão da estruturação das relações sociais da assistência em saúde: o papel do doente, o papel de médico, a carreira do doente, e outras compreensões acerca da doença, considerando-a como uma

ruptura da ordem social ou desvio, estando o seu gerenciamento assistencial como uma busca ativa pela reinstauração e manutenção da ordem perdida (ADAM & HERZLICH, 2001).

Com o seu conceito de papel social do doente, Parsons estabeleceu bases importantes para o desenvolvimento de estudos das ciências sociais em medicina. Ao considerar que nenhuma parte pode definir o seu papel independentemente do papel do outro, ele chamou a atenção não apenas para a relação médico-paciente, mas para o 'relacionamento humano'. Considerou a relação estabelecida entre o médico e o paciente como uma relação marcada por um jogo de expectativas mútuas socialmente dadas. Assim, médicos e pacientes tenderiam a agir de um modo estável e previsível de acordo com o meio social a que pertenciam (NUNES, 2003a).

Segundo Tesser & Luz (2002), em grande medida, nos diversos espaços sociais destinados ao cuidado com a saúde, identifica-se a existência de dilemas e conflitos na interação entre médicos e pacientes, entre médicos e demais curadores na sociedade, e podemos ainda registrar, conflitos entre os demais profissionais de saúde e os respectivos pacientes, problemas esses cuja existência é relevante e notória. Para os autores tais conflitos são nomeados como crise de harmonia clínica representada pelo conjunto de dilemas e tensões que ocorrem cotidianamente nos atendimentos terapêuticos nos diversos espaços sociais destinados aos cuidados com a saúde da população.

Em pesquisa empreendida por Machado (2006) em nível hospitalar, no vizinho estado de Pernambuco, sendo, portanto, considerada um pouco da realidade do Nordeste, pode ser identificada uma deterioração das relações médico-pacientes, resultante do anonimato e da igualdade entre pacientes, bem como, da falta de

importância das singularidades de pacientes por parte dos profissionais, diante de uma situação de carência do sistema expressa no excesso de pacientes demandantes. Nesse aspecto, há um desencontro entre as expectativas dos pacientes e a dos médicos. Segundo a autora, da incongruência da função esperada pelos médicos e evidenciada pelos pacientes, produz-se um espaço de conflitualidade.

Entre outras questões que interferem na relação médico-paciente, alguns autores comungam da idéia da assimetria nas práticas de saúde. Médicos e pacientes não se colocam no mesmo plano: trata-se de uma relação assimétrica em que o médico detém um corpo de conhecimentos do qual o paciente geralmente é excluído. Sucupira (2007) reforça: a relação médico-paciente consiste em uma relação entre dois sujeitos sociais caracterizada pela assimetria, tanto em função do saber quanto pelas inserções sociais dos atores

Para Boltanski (2004) a relação doente-médico não é como gostaria a ideologia médica, uma relação específica, mas pertence a um gênero mais vasto de relações interindividuais que põem face a face um especialista detentor de um conhecimento específico e manipulador, e um profano que suspeita da manipulação sem poder provar nada, e nem com maior razão, evitá-la. O autor considera que a relação entre o médico e os pacientes das classes populares não é uma relação de homem para homem, encontro de uma consciência e de uma confiança entre um especialista e um profano, mas, uma relação modificada segundo a classe social do doente (BOLTANSKI, 2004, p. 40).

Nesse sentido, para os pacientes das classes populares os médicos são os únicos detentores do conhecimento legítimo. A relação com a doença e com o conhecimento médico, instaurada pelo reconhecimento da única legitimidade do

conhecimento oficial é essencialmente geradora de ansiedades e de tensões, que são explicitadas no discurso das classes populares sobre o médico, que na maioria das vezes é prolixo, inquieto, hesitante e oscilando num mesmo indivíduo entre a afirmação de uma submissão incondicional ao médico e a enumeração das queixas que nutrem a seu respeito (BOLSTANSKI, 2004).

Nossa análise da relação entre fisioterapeutas e pacientes leva em conta os aspectos como as tensões e conflitos presentes nas interações entre profissionais de saúde e pacientes, a assimetria nas práticas de saúde, a qual se sobressai principalmente devido às disposições hierarquizadas dos indivíduos em interação, sobretudo considerando os estilos de *vida/habitués* dos indivíduos envolvidos em sua influência constitutiva dos encontros nas consultas e sessões de fisioterapia.

### **6.2.7 A relação fisioterapeuta e paciente sob a ótica dos pacientes**

Para as pacientes da categoria de renda baixa, que em sua maioria têm níveis de escolaridade básicos, suas opiniões sobre a relação estabelecida entre elas e os respectivos fisioterapeutas são referidas de forma unânime como satisfatórias, indo de encontro, portanto, à perspectiva defendida por alguns autores que identificam processos de deterioração na relação entre profissionais de saúde e pacientes. Identificamos nas falas das mulheres da categoria supracitada, referências positivas a respeito dos profissionais que as acompanham. Em grande medida são feitas alusões a aspectos como confiança, amizade, segurança, atenção, mesmo consideradas as assimetrias entre os profissionais e os pacientes localizados na base da pirâmide social.

Um dado que merece ser considerado é que embora, segundo seus relatos, a relação estabelecida entre elas, enquanto pacientes e os fisioterapeutas, seja classificada como satisfatória, percebe-se que há entre essas mulheres uma necessidade de atenção e cuidado para além dos seus adoecimentos. Assim, o fato de poderem estar sendo acompanhadas, de serem cuidadas por um profissional da saúde, ainda que não escolhido por elas, ou até apenas o fato de serem atendidas, já se configura como um motivo de gratidão e reconhecimento ao profissional.

Pra mim são todos muito bons. Tanto Dra. X como Dr Y eles defendem o problema da pessoa, são muito carinhosos, dá muita atenção, aí isso vai cativando a gente e vai ajudando a gente no tratamento. A gente se sente bem, se sente segura, se sente feliz quando tá ali são todos bons. Eu tenho um grande carinho por Dra. X e por Dr. Y. Eu me sinto bem, me sinto segura, tenho confiança, me sinto feliz quando eu venho pra cá. Eu venho fazer o tratamento e saio melhor do cansaço. Eu não tenho o que dizer de nenhum. Porque os outros que foram embora era uma maravilha, não tenho o que dizer, nada, nada, nada. Nem de quem trabalhava recebendo na hora que a gente chegava, nem quem tava lá dentro atendendo, os fisioterapeutas, não tenho nada que dizer, cada um foi melhor que o outro. Que Deus abençoe eles e conservem eles sempre assim (sic). (Ivana, 60 anos, evangélica, categoria de baixa renda, ensino fundamental I, serviço público).

É ótima, ela é muito amorosa, muito dócil, pergunta como a gente está, se está sentindo alguma problema, ela é muito maravilhosa (sic). (Inês, 69 anos, católica, categoria de baixa renda, sem instrução formal, serviço público).

É muito boa. Eu tenho confiança nelas, eu confio nelas. Assim, quando a gente tá fazendo o exercício, elas tem aquele cuidado, aí a gente confia mesmo, confia demais. O Dr. Z e a Dra W os dois, são ótimos, ótimos mesmo. Eu me sinto bem cuidada e bem protegida, pronto, nesse ponto eu digo porque é de verdade mesmo que eles tem muito cuidado na gente (sic). (Luiza, 58 anos, evangélica, categoria de baixa renda, nível fundamental I, serviço público).

A partir dos discursos produzidos pelas mulheres de categoria de renda intermediária I e com níveis de escolaridade que varia do nível básico ao superior, identificamos que a 'relação paciente e fisioterapeuta' é considerada pela maioria delas, assim como entre as da categoria de baixa renda, como satisfatória. Ao referirem-se a tal relação, as mulheres entrevistadas aludem a aspectos como amizade e respeito e identificam características necessárias às relações entre seres humanos como a afinidade, a confiança, a cumplicidade.

Eu senti confiança, porque eu acho assim, primeiro pra eu me expor, primeiro você começa com dados técnicos, eu tô com a dor no joelho, mas ao longo dos dias, você vai criando uma afinidade com a pessoa. Então essa relação de confiança foi fundamental pra mim, pra poder começar a abrir outros campos, de meus problemas, não, eu tô nervosa por isso, porque, porque eu senti que aquela pessoa era confiável tanto profissionalmente como enquanto pessoa, porque eu acho que é muito importante isso, é. A diferença hoje eu acho que aqui principalmente na fábrica, é você ver aquela pessoa como um amigo, não, não é só um médico, uma pessoa lá que dá um diagnóstico e tchau. Não. Ele lhe vê como pessoa, ele teve esse olhar humano pra mim. Assim, a princípio eu pensei que seria ficar, seria ficar limitado ao meu problema no joelho, mas como a gente foi, aí é a questão da relação mesmo, você passa a ir várias vezes né?, Você começa a ter uma convivência com essa pessoa, né? E a gente se tornou assim, meio que cúmplices, né? Então ele já percebia uma alteração no meu humor, o que é que tá acontecendo, né? Enquanto ele tratava o joelho ele já ia puxando pra outro campo, né? É daí que detectou assim, não eu tô mal humorada porque tá chegando minha TPM, aí ele já sugeriu olhe a gente tem uma coisa boa que é a acupuntura, vc conhece? Então o fisioterapeuta ele começou a tratar outras áreas ao mesmo tempo, lógico sem invadir o espaço do psicólogo ou seja lá do que for, mas dentro da própria categoria eu senti essa preocupação com a minha saúde como um todo e não só meu joelho (sic). (Maria Rita, 43 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

No entanto, para algumas mulheres da citada localização social, em suas experiências enquanto pacientes de serviços de fisioterapia, houve e há aspectos que dizem respeito ao tratamento e sua eficácia, que de alguma forma elas consideram que deixaram ou deixam a desejar. Esses aspectos do tratamento, em certa medida interferem na relação estabelecida entre o profissional e o paciente, que se inicia a partir da confiança e credibilidade expressas na prática terapêutica.

Bem, eu já tive em outras clínicas, a relação, eu tive assim uma experiência negativa, sabe? Até um choque eu sofri num aparelho, sabe? [...] (sic). (Fátima, 55 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

Poderia ser melhor, poderia ser melhor, no sentido..., mas é em outros aspectos. O sentido que eu vejo é que essa relação ela está, vamos dizer assim, ela é, ela é padronizada. Então o aspecto individual do paciente muitas vezes ele não é levado em conta, é isso. Digamos, vou dar um exemplo, no meu caso, eu não posso usar determinados procedimentos, por exemplo aquele ultra-som, mas aí, é...como é um padrão, eles acham que não deve ser assim que deve ser usado, então não se leva em consideração a individualidade de cada um, é isso, dentro do tratamento convencional, é isso. Eu vi, não só comigo, mas eu vi outros casos, o tratamento convencional é muito padronizado, foi isso que eu mais senti, assim, nessa relação (sic). (Eliane, 54 anos, budista, categoria de renda intermediária I, ensino superior, serviço privado).

Ao analisarmos os depoimentos das mulheres das categorias de renda intermediária II e alta, saímos do reino da necessidade, onde se localizam as mulheres de menor capital econômico e cultural, em direção a localização com níveis diferentes de cuidado de si, os quais correspondem a menos satisfação e mais criticidade.

Entre as mulheres das categorias de renda intermediária II e alta, com níveis de escolaridade de médio a superior, a relação 'paciente e fisioterapeuta', de certa forma corresponde às suas expectativas enquanto pacientes. Em seus discursos predominam os aspectos positivos, sendo atribuídas a tal relação entre outras, características como credibilidade, profissionalismo e dedicação, conforme identificamos nas falas ilustrativas.

Assim, é a paciência delas comigo, carinho é imenso num sabe? O carinho, a dedicação, olhe delas pra mim, o carinho é imenso, a paciência, o profissionalismo, eu confio em todas, integralmente, sinceramente assim. E de mim pra elas assim, as vezes eu tô, juro por Deus, as vezes eu tô com uma dor aqui e basta uma delas qualquer uma delas, ou X ou y ou Z dar uma massagem assim, eu saio...é uma coisa assim... psicológica, eu saio bem, eu sinto que eu saio bem. Eu vou pra casa, vou daqui pra escola já me sinto bem, eu já fiz noutros cantos, é por isso que eu te digo porque eu já fiz noutro cantos e não senti isso, tá entendendo? (sic) (Léa, 55 anos, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Eu tive a sorte de encontrar ao longo desses doze anos que eu precisei, fisioterapeutas que conseguiram me deixar, me entregar às atividades que eles propunham e me submeter ao tratamento de forma tranqüila, porque eles conseguiam passar confiança, credibilidade e como eu tava vendo resultado então cada vez mais eu conseguia me entregar. Eu como paciente, que é difícil um médico dizer isso, mas eu como paciente sou uma excelente paciente, mas é exatamente porque, eu digo sempre lá em casa, que o que eu digo pra os outros fazerem, mesmo eu sendo as vezes taxada de muito exigente, é porque eu exijo primeiro de mim. [...] Mas, no momento que eu precisei do fisioterapeuta e que eu consegui estabelecer uma relação de empatia, o fisioterapeuta pra mim se transformou na pessoa mais importante pra aquele momento que eu tô atravessando, em termos de tratamento, né? Então qualificar assim com uma palavrinha acho que fica difícil, mas é assim, pra mim foi de fundamental importância essa relação ter acontecido, se não fosse pela fisioterapia, eu provavelmente não tava razoavelmente bem ou tão bem quanto eu estou (Cláudia, 43 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Para a entrevistada com formação em medicina, cuja fala está supracitada, a relação profissional de saúde e paciente, se configura como uma temática que

necessita de reflexão, inclusive por parte dos profissionais do campo da saúde, conforme ela complementa em sua fala.

Eu acho só que essa questão da relação profissional da saúde e o usuário ela deve ser sempre repensada pelos próprios profissionais de saúde e principalmente, e infelizmente, pela classe médica, que acha que não tem que necessariamente, escutar, tocar, ouvir realmente o que o usuário tá ali pra lhe dizer. Eu acho que essa relação estabelecida, uma boa relação estabelecida entre os profissionais e usuários vai fazer com que pelo menos metade do tratamento caminhe pra frente, porque senão você não vai ter o vínculo necessário pra que os problemas sejam pelo menos contornados ou resolvidos quando possível (sic) (Cláudia, 43 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Nos discursos das mulheres da amostra acerca da relação fisioterapeuta e paciente, inferimos que a tendência é por considerar a relação como satisfatória. Destacamos ainda, que ao analisar tal relação a partir dos grupos etários nos quais elas se inserem, identificamos uma característica considerada digna de considerações. Entre as mulheres mais velhas, das várias categorias sociais, a relação entre elas e o fisioterapeuta se configura como benéfica, sendo identificados em suas falas, sentimentos de inclusão, de tratamento igualitário e de gratidão, possibilitados, sobretudo, pela atenção e respeito a elas dispensadas, como também pelas características no atendimento. Conforme dito por várias entrevistadas a relação entre fisioterapeuta e paciente é permeada por aspectos como confiança, segurança, atenção e amizade. A comparação com outros profissionais de saúde e, sobretudo com o médico pôde ser identificada em algumas falas e ao referirem-se aos fisioterapeutas, a compreensão verbalizada é a de uma relação mais simétrica.

[...] De amizade, eu acho que é de amizade, eu sou amiga de todos eles. Eu não tenho a mesma abertura com Dra. H. minha médica, eu quase não converso com ela, eu morro de medo dela, mas as meninas daqui eu já converso, eu me sinto mais à vontade (Veridiana, 44 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I, serviço público).

Ressaltamos ainda, que para a paciente entrevistada com formação médica, a relação profissional de saúde e paciente, se configura como uma temática que necessita de reflexão constante, por parte de todos os envolvidos com as práticas de

saúde e principalmente por parte dos próprios médicos. Nesse sentido, reforçamos a compreensão defendida por Fernandes (1993) que afirma, na maioria das vezes, as análises sobre a relação médico e paciente são lidas e debatidas por profissionais distantes da prática clínica, o que confere a estas discussões uma aparente inutilidade, já que os agentes envolvidos, cujo acesso a tais informações é desejável, não as têm.

Assim como para as mulheres da categoria de renda baixa, entre os homens da citada categoria e de níveis de escolaridade básicos, a relação estabelecida entre eles e os fisioterapeutas que os atendem é considerada de forma unânime, como satisfatória. Ressalta-se que todos os homens dessa categoria são atendidos em serviços públicos, incluindo serviços de fisioterapia vinculados a instituições de ensino públicas. Para a maioria dos homens entrevistados tal relação está associada ao bom atendimento, a atenção a eles dispensada, sugerindo de forma implícita os conflitos existentes entre as diversas categorias de profissionais de saúde, incluindo a fisioterapia e os indivíduos em atendimento, sobretudo, entre aqueles que apresentam menor capital cultural e econômico.

Pra mim é ótimo, o atendimento é ótimo. Aqui eu tô sendo bem atendido, graças a Deus, não tenho o que falar daqui. Já quiseram arrumar noutro canto, mas eu digo, não, não vou pra outro canto não, que o atendimento lá é bem melhor, eles tratam com muito prazer, tudo, conversa, brinca, já é tudo de casa, não tem cara feia nada, no dia que eu não venho eu sinto falta (sic) (Alamir, 37 anos, católico, categoria de renda baixa, nível fundamental II, serviço público).

São muito bons, eles, pessoas que sabem atender legal mesmo. Gente bem legal, as meninas, “tudinho”, tem os meninos também, o professor também, atende, vai lá saber se tão fazendo certo. Ele é especial mesmo, eu gostei muito dele, tô gostando, né? Tô ficando bom! (risos). Eu posso dizer que eu me operei agora, faz vinte dias que eu me operei, aí passei meio afastado, aí fiquei sentindo falta deles, aí quando eu vim foi aquela alegria, eu gostei demais. Foi igual a uma pessoa da família. Até agora eu tava comentando, é muito legal, né? O cara é atendido bem, a pessoa começa a gostar, né? (Israel, 37 anos, católico, categoria de renda baixa, nível fundamental I, serviço público).

Para um dos integrantes da categoria de renda baixa que tem um nível de escolaridade mais elevado, a compreensão acerca da relação fisioterapeuta e paciente, se configura de forma diferenciada dos demais, indicando, portanto, que o nível cultural promove uma melhor compreensão dos elementos existentes nos processos de interação social. Em sua fala ele faz referência à relação estabelecida entre ele e a fisioterapeuta que o acompanha há mais de dois anos em um serviço privado, bem como, se refere a alunos de fisioterapia e supervisores que o acompanham em uma clínica escola de fisioterapia pública de uma instituição de ensino local. Sobre a relação com a fisioterapeuta que o acompanha há mais tempo ele afirma:

Com a fisioterapeuta que eu estou há dois anos e sete meses, a relação é tranquila. Já com os novos, eu não tenho aquela... eu não me solto tanto. E como você analisa essa relação com essa fisioterapeuta que está lhe acompanhando há mais tempo? Que ela é altamente competente, apesar da nossa proximidade, ela no desenvolver do seu trabalho é um caso à parte, entendeu? Ela não confunde amizade com profissionalismo (Aldir, 28 anos, católico, categoria de renda baixa, nível superior, serviço público).

Quanto aos estagiários e professores que o acompanham ele comenta:

[...] E dentre outros fisioterapeutas que eu conheci, tem uns que eu percebo muita dedicação, já tem outros que eu percebo assim, que eles fazem, mas não se dedicam tanto ao que devem fazer. Não sei, é porque, se aqui é uma repartição pública! Não sei bem. Não sei se fosse particular melhoraria, entendeu? Mas assim, é de cada um, cada um tem sua forma de agir. Mas tem a grande maioria assim tenta demonstrar perfeito trabalho profissionalismo (Aldir, 28 anos, católico, categoria de renda baixa, nível superior, serviço público).

Para os homens da categoria de renda intermediária I e com níveis de escolaridade que variam do nível básico ao médio, a 'relação fisioterapeuta e paciente' é boa e está associada a aspectos como respeito, confiança e amizade.

Olha, primeiro de respeito, né? Porque ele é o profissional e eu sou o paciente, então tem que existir essa característica fundamental que é de respeito. E tem também a característica de amizade também por tá próximo, né? E ser acompanhado por muito tempo, por quatro anos, toda semana, então tem aquela coisa de amizade. Mas a fundamental mesmo é de respeito pelos profissionais (sic) (Walter, sem religião, categoria de renda intermediária I, ensino médio, serviço público).

Da melhor maneira possível. Eles me tratam muito bem, pra mim, nós somos uma família, certo. É eu acho que é a melhor maneira possível de

respeito, de tratamento, que a gente vê que ele..., tem pessoas que trabalham por amor aquilo que faz. Que é o melhor profissional, é esse que faz aquilo por amor, não só visando, né? Porque quando se visa só dinheiro, nunca vai ser um bom profissional, quando se faz por amor, tem interesse de ajudar, essa pessoa cuida do paciente e tem vontade de fazer com que ele fique bom. Inclusive eu tive uma doutora que eu fiz tratamento com ela por muito tempo, ela tem vontade de ver o paciente dizer que ficou bom. E os daqui, pra mim são pessoas que tem interesse, força de vontade, cobra de mim, exige de mim. Então a gente vê quando se faz isso, se dedica a perder aquele tempo com aquele paciente, é porque tem vontade de ver a pessoa ficar bom, progredir né? (sic) (Apolo, católico, categoria de renda intermediária I, nível fundamental II, serviço público).

Entre os homens das categorias de renda intermediária II, um das falas sobre a 'relação paciente e fisioterapeuta' considera-a como uma relação profissional. Para os demais integrantes dessa categoria essa relação apresenta características como confiança e profissionalismo. Em um dos depoimentos, embora a característica mais ressaltada pelo paciente entrevistado seja a da confiança, identificamos referências que sugerem proximidade, familiaridade e carinho, como: “a minha fisioterapeuta”, “minha única amiga”, “uma irmã [...] que eu adoro de paixão”.

A relação é como se fosse, como se fosse não, é uma relação de trabalho, né? Então, eu chego e exponho aquilo que eu estou sentindo, a dificuldade e a fisioterapeuta dentro dos seus conhecimentos, aí vai tentar solucionar aquela queixa, né? Então ela vai vendo naquela queixa, na aplicação dos exercícios do dia a dia, claro que ela vai ver a evolução, se vai melhorando. Mas é uma assim relação como se fosse uma relação de trabalho, profissional. Essa relação tem que ter, é necessário que haja essa relação entre o paciente e o terapeuta, né? Primeiro, porque o fisioterapeuta, conhece, sabe num AVC as consequências e muda qualquer direção, mas é preciso também porque nosso organismo não é igual, cada um tem uma maneira diferente, cada um reage diferente, não é isso? (sic) (Josué, 56 anos, evangélico, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

A relação que eu tenho com a minha fisioterapeuta é de extrema confiança. Por que? Porque eu já passei por muitos outros profissionais, e eu vejo, eu percebi, até porque eu sou da área de saúde, eu percebi coisas diferentes, um procedimento diferenciado nessa profissional. Eu acredito e me entrego inteiramente ao que ela tá fazendo, se ela mandar eu ficar de cabeça pra baixo na rua, é provável que eu fique. Então assim, é confiança e ponto(sic) (Edson, 48 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Ao final da entrevista ao refletir ainda sobre a relação fisioterapeuta e paciente, o entrevistado cuja fala ilustrativa ressaltou a confiança existente entre ele

e a sua fisioterapeuta, complementa seu depoimento destacando o sentimento de amizade e afinidade existente entre os dois.

É, eu não tenho amigos, eu costumo dizer que eu não tenho amigos. A minha única amiga em Campina Grande é a minha fisioterapeuta. Quando meu filho adoece, a única pessoa que eu corro pra dividir o problema é com ela, pra senhora ter uma idéia. Então, isso aí foi uma conquista maravilhosa. Quando a gente briga, eu falo assim, olha eu não te deixo porque não tem ninguém melhor que você nessa cidade, não tem ninguém pra me aturar como você me atura, eu falo pra ela, entendeu (risos). Então, sim, sem dúvida alguma foi uma irmã que eu conquistei aqui nessa cidade, a minha fisioterapeuta que eu adoro de paixão, é verdade, é a minha irmã mais nova (Edson, 48 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior, serviço privado).

Entre os entrevistados da categoria de renda alta, cujos níveis de escolaridade variaram de nível médio a superior, as suas falas acerca da relação fisioterapeuta e paciente apontam aspectos diversificados em relação às compreensões dos demais integrantes da amostra. Embora tal relação seja dita como satisfatória, identifica-se um maior grau de exigência quanto à eficácia do tratamento, o que provavelmente se dá devido às suas localizações sociais, que permite livre escolha quanto ao atendimento com os fisioterapeutas, conforme vemos no trecho ilustrativo.

Fica meio assim, complicado diante da amizade que já existe, mas eu vejo assim, vamos dizer assim, a competência do profissional, porque apesar da parte de amizade, existe o rigor no que ele tá fazendo. Você tá buscando aquilo e tá obtendo. O resultado é o que eu queria, porque se não, eu deixava a amizade de lado e ia procurar outro (sic) (Ivo, católico, categoria de renda alta, nível médio, serviço privado).

Ressalta-se que um dos entrevistados, embora sendo integrante de categoria citada, é usuário de uma clínica escola vinculada a uma instituição de ensino pública. Tal aspecto, que pressupõe a não opção de escolha, se dá devido à inexistência do procedimento terapêutico do qual necessita em nível privado local. Na fala do entrevistado, identifica-se um aspecto mais crítico em relação às falas dos demais integrantes das outras categorias.

[...] Eu digo a você que a tônica é uma relação democrática, é um processo democrático, é muito democrático. Elas passam as coisas pra gente, se a gente questiona, elas param pra explicar. Isso facilita até se por ventura

ocorrer algum erro da parte delas, ser corrigido, e é muito bom. A gente não está sendo colocado como carneiro, existe um processo de uma interatividade que a gente sente cada dia haver mais. Eu tô dando esse depoimento e evidentemente que com daqui mais um tempo eu posso até corrigir isso pra você, mas eu espero que isso também seja colocado pras pessoas que vão conversar, entendeu (sic). (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio, serviço público).

Ao final da entrevista quando questionado se haveria mais algo a acrescentar acerca da relação fisioterapeuta e paciente, tal entrevistado afirmou:

Eu diria apenas o seguinte que cada dia mais, cada dia mais, as pessoas que trabalham em serviços como esses, tem que encarar o ser humano como uma coisa deles, é como se fosse alguém dele. Quando você estabelece empatia, a pessoa, a pessoa por si já se sente seguro. Uma das coisas mais terríveis que o mundo vive até hoje é um negócio chamado insegurança, todos sentem insegurança. E na área de saúde, se você a tem, aí o negócio vira pra baixo, então eu acho que quanto mais, a começar pela recepcionista, o próprio médico, a fisioterapeuta, eles têm que sentir isso. É uma questão sei lá, de solidariedade, que passa por uma série de sentimentos do ser humano, você não pode sentir medo disso, você precisa sentir confiança (sic). (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio, serviço público).

Considerando a influência da religião e ainda do capital cultural e econômico, identificamos nos depoimentos dos entrevistados, que para alguns deles, a existência de bons relacionamentos, da confiança entre eles e os profissionais, bem como do êxito nos tratamentos é motivo de gratidão a Deus.

É tudo bem, tudo é legal, comigo é tudo bem. Eu sou bem com eles, eles gostam muito de mim, eu gosto deles. Sou bem atendido, graças a Deus sou. Principalmente Dr. Z. a esposa dele, os colegas, tudo são legal comigo (sic) (Antonio, 65 anos, católico, categoria de renda baixa, sem instrução formal, serviço público).

Boa, boa, tranquila, com todos eles, desde que eu cheguei aqui nota mil pra eles. Sou bem atendido, graças a Deus, é por isso que eu tô aqui, se não já tinha ido pra outro canto (sic) (Jéfferson, 57 anos, católico, categoria de baixa renda, ensino fundamental II, serviço público).

Eu dei a sorte muito grande de ter encontrado uma fisioterapeuta muito capacitada, chamada Dra.H. Eu tenho muita confiança nela, muito boa, especialista, não nesse problema, mas na parte neurológica. E a gente sempre conversa, eu digo a ela o que eu tô sentindo, o que não tô e ela explica o que é, o que não é. Toda vez que eu vou, isso é diariamente, durante cinquenta minutos, diariamente, eu vou e me sinto muito bem quando eu vou pra lá. Eu tenho, eu botei em mim mesmo, na minha mente que eu vou ficar bom, vou ficar curado primeiro por Deus, né? E depois ela colaborando comigo, com essa capacidade que ela tem (sic) (Marcos, 57 anos, evangélico, categoria intermediária II, nível médio, serviço privado).

Nos discursos das mulheres e dos homens que compõem a amostra, das diversas faixas etárias, identificações religiosas, categorias de renda e níveis de escolaridade, identificamos que para a maioria deles, tal assimetria ou distanciamento decorrente, sobretudo do volume ou estrutura do capital acumulado não é identificado de forma tão patente, uma vez que a relação é citada como satisfatória e permeada de sentimentos positivos como confiança, respeito, amizade, cumplicidade. No entanto, é possível identificar algumas características na percepção da relação relativas às diversas localizações sociais.

Para os pacientes entrevistados de ambos os gêneros, da categoria de baixa renda e de níveis de escolaridade básico, a relação é descrita como associada ao cuidado dispensado, a atenção, ao bom atendimento, que por vezes eles não costumam receber da parte de profissionais assemelhados. Para os da categoria de renda intermediária I de ambos os gêneros, e com níveis de escolaridade que variam entre o nível básico e o superior, a relação é relatada como boa, sendo associada a aspectos como confiança, respeito, cumplicidade e amizade. No entanto, algumas falas das mulheres dessa categoria e de nível de escolaridade superior, identificam questões relativas à insatisfação quanto à forma de condução do tratamento que de alguma forma pode interferir na relação em si.

Entre os pacientes da categoria de renda intermediária II, com níveis de instrução de médio a superior a relação fisioterapeuta e paciente é citada como estando associada à confiança, credibilidade e profissionalismo. A maior diversificação quanto à percepção dos entrevistados acerca da relação em análise foi identificada entre os entrevistados da categoria de renda alta e de níveis de escolaridade entre médio e superior. Entre as pacientes o que se sobressaiu foi a questão ao respeito a elas dispensadas, sobretudo por serem mais velhas. Entre os

homens, identificamos um grau de exigência maior quanto à satisfação com o tratamento e a relação dele decorrente, questões essas que ficam ainda mais claras nos outros aspectos analisados a seguir, como comunicação e informação. Tal nível de exigência pode se dar tanto devido ao capital econômico, quanto pelo capital cultural e ainda devido ao grau de maturidade dos entrevistados.

A fim de tentar aprofundar tal questão, analisaremos a compreensão dos fisioterapeutas sobre a relação fisioterapeuta e paciente, visando a partir das falas dos sujeitos, identificar como nuances nas formas de pensar, nos estilos de vida e comportamentos dos atores envolvidos nas interações entre o par citado.

#### **6.2.8 Sobre a relação fisioterapeuta e paciente: o que dizem os fisioterapeutas**

Ao analisarmos os discursos elaborados pelas pacientes sobre a relação fisioterapeuta e paciente, identificamos que aspectos como confiança, amizade, profissionalismo entre outros valores positivos foram predominantemente citados como características presentes nas relações entre eles estabelecidas. Ou seja, nas falas das pacientes as relações são percebidas a partir de algumas particularidades da paciente, tais como: gênero, idade, escolaridade, posição social, estilo de vida, tipo de adoecimento, tempo de tratamento, local de atendimento, clínica, hospital, serviço público ou privado, sobre o fisioterapeuta que a acompanha, com suas respectivas peculiaridades: gênero, idade, posição social, estilos de vida, tempo de formação, área de atuação, qualificação profissional, local de atuação, clínica, hospital, serviços público e/ou privado.

Entre as fisioterapeutas, as verbalizações sobre a relação fisioterapeuta e paciente, também classificada como satisfatória, foi mais abrangente. Os discursos por elas elaborados, não remetiam especificamente à relação com um(a) paciente, e sim à compreensão sobre a relação em termos gerais, levando em conta o seu *habitus* profissional e suas vivências. Assim, enquanto entre os pacientes tal relação foi de certa forma, particularizada, entre os fisioterapeutas, ela foi em certa medida, generalizada, sendo assim consideradas as singularidades do profissional em referência aos pacientes por ele acompanhados.

Embora haja tal diferenciação, a forma como as fisioterapeutas percebem a relação entre elas e seus respectivos pacientes, vai na direção contrária ao percebido e verbalizado pelas pacientes.

Identificamos nas opiniões das fisioterapeutas da amostra que a relação estabelecida entre elas e seus respectivos pacientes, são consideradas de forma predominante, como satisfatórias. Ou seja, para a maior parte das fisioterapeutas entrevistadas, a relação entre elas e seus pacientes traz consigo aspectos como afetividade, afinidade, amizade, confiança mútua, cumplicidade. Para muitas delas, termos como os citados: amigável, acessível, sinceridade, credibilidade, respeito, caracterizam a relação entre fisioterapeuta e paciente que se diferencia das existentes nas demais profissões do campo da saúde, por permitir a proximidade, a interação e a parceria entre esses atores envolvidos nas práticas, o que promove o estabelecimento de vínculo, sobretudo, devido ao tempo das sessões de tratamento, do tempo de tratamento e do contato físico existente, conforme podemos identificar nos depoimentos a seguir.

Eu acho, que o fisioterapeuta e o paciente, têm que ter uma relação harmoniosa e de confiança mútua. O tratamento da gente geralmente tem uma duração um pouco maior, e a gente lida com o paciente, muitas horas por semana, não é, então, muitas horas por mês, e por ano. Então tem que ter a credibilidade, amizade, tem que haver um certo humor, pra poder ficar

mais leve. Mas claro, tem que ter a seriedade e a credibilidade, uma confiança mútua. Porque se não a coisa não flui de uma maneira positiva, porque a gente passa muito tempo junto do paciente e a gente acaba trocando não só informações técnicas, mas é óbvio informações pessoais também. Então é isso. Eu não acredito naquele distanciamento do profissional de saúde e do paciente, eu não acredito. [...] Então eu acho a relação fisioterapeuta-paciente muito parceira. Talvez em outras áreas, não seja tanto, eu não sei, mas eu duvido, acho que talvez na fonoaudiologia seja semelhante, na terapia ocupacional também. Mas na enfermagem, eu acho que o trabalho é mais rotativo, é principalmente em hospitais e na medicina também. Mas a gente não, a gente trabalha em parceria né? A gente faz uma parte, e ele a dele. A gente pede pro paciente manter certos hábitos e a gente precisa de uma resposta dele positiva à solicitação da gente, pra poder o tratamento evoluir (Clarissa, 30 anos, divorciada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

É uma relação de respeito, de carinho, a gente cria um vínculo. Então, a fisioterapia, eu sempre digo, que o fisioterapeuta mais do que qualquer outro profissional da saúde, pelo tempo que a gente fica, a gente cria um vínculo com esse paciente, e assim, é acima de tudo de respeito, de dedicação, essa relação bem amigável. Até porque pra que a gente tenha um bom resultado, a gente tem que passar confiança, a gente tem que ter essa empatia, pra que ele confie na gente. Até porque ele se abre mais, ele conversa de alguns problemas que muitas vezes passa, por não conversar, não ter um bom diálogo, pode passar despercebido. Então eu prezo muito por isso, por isso eu sempre tô conversando, buscando não só aquela doença, mas saber como é que ele tá, se aconteceu alguma coisa, porque tudo interfere, né? (Camila, 27 anos, casada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Outras compreensões sobre a relação fisioterapeuta e paciente foram também mencionadas pelas fisioterapeutas entrevistadas. A partir das falas da maior parte das fisioterapeutas, identificamos que aspectos como a proximidade e o envolvimento muitos citados, foram algumas vezes mencionados de forma reflexiva, por considerar as possíveis interferências de tal proximidade na relação entre profissional de saúde e paciente, onde, comumente se defende o não envolvimento, sobretudo emocional. Assim, pelas verbalizações das fisioterapeutas da amostra acerca das compreensões sobre a relação fisioterapeuta e paciente, não foi identificada a assimetria citada por alguns autores como característica da relação entre profissionais de saúde e paciente (ARROW, 1963 apud CAPRARA & RODRIGUES, 2004; EKSTERMAN, 1868 apud CAPRARA & RODRIGUES, 2004; SUCUPIRA, 2007). Contestando a tal assimetria, identificamos em uma das falas a inadequação de tal postura nas práticas da fisioterapia:

[...] De um modo geral assim, é ser acessível, né? Existir uma acessibilidade. Assim, eu não coloco, não imponho barreiras. Essa imposição, eu não consigo! Eu acho que é da minha personalidade de querer ajudar a todos, em qualquer lugar onde me encontrar. [...] Muitas vezes é sofrido, porque assim, eu já, no início da profissão eu sofri muito por causa disso, de querer ajudar, hoje foi que eu diminui. Porque eu digo 'a dor do outro não é minha dor, mas me dói', porque eu me envolvo muito com a dor das pessoas, quero resolver, fico envolvida (sic) (Ana Alice, 36 anos, solteira, católica, categoria intermediária II, serviços público e privado).

Eu acho que é uma relação de credibilidade, de respeito, confiança. E é algo que me preocupa, porque a gente precisa aprender a ouvir. Então, as necessidades dos pacientes necessariamente não são sanadas com a aplicação de um recurso fisioterapêutico, e muitas vezes as necessidades não tão sendo trabalhadas. Alguns, poucos profissionais trabalham essa questão, a gente percebe isso. Mantém sempre uma distância, né? Certa reserva, certa distância. Porque muitas vezes o paciente precisa só ser ouvido. Tá precisando só conversar, tirar uma dúvida, quer entender alguma coisa do tratamento, às vezes é necessidade mesmo de desabafar. Então em alguns casos, nessa relação a gente percebe esse distanciamento. Mas assim, hoje não se concebe mais, um profissional, qualquer um, não é? Mas vamos direcionar pra o profissional da saúde, ele lá em cima e o cliente lá embaixo, coitadinho, né? Querendo perguntar alguma coisa e sem ter espaço para isso. Então isso, hoje não se concebe mais e a gente ainda observa isso. Outra questão que eu vejo, é a do compromisso. Compromisso para com a classe e para com a própria clientela, que nem sempre existe, é isso (Rosa, 51 anos, casada, católica, categoria intermediária II, serviço público).

Por considerar os diversos aspectos inerentes às práticas fisioterapêuticas, tempo de atendimento, duração do tratamento, proximidade e contato físico, algumas fisioterapeutas em suas análises sobre a relação fisioterapeuta e paciente, destacaram as não afinidades possíveis nesse encontro.

Na fisioterapia, o contato que a gente tem com o paciente não é só de uma vez, a gente tem no mínimo dez dias com esse paciente, tá certo? Então você vai criar um vínculo com ele querendo ou não. Inevitavelmente. Pelo número de vezes que você vai vê-lo, esse contato, cria um vínculo. Claro, tem alguns você sabe que a gente se aprofunda mais, a gente se identifica mais, e outros não, é só profissional. Mas não deixa de ter a mão da gente. Na fisioterapia, não é impessoal, não tem como ser impessoal esse contato (Marta, 46 anos, divorciada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

É uma relação amigável. Eu nunca tive problemas sérios com pacientes. É claro que tem dia que chega aqueles pacientes estressados, mas geralmente é só nos primeiros dias, depois eles vão se adaptando. Porque às vezes eles vêm esperando uma coisa, quando chega lá não é. Eu tento assim, eu não gosto muito de fazer distinção. É claro que tem gente que a gente tem mais afinidade do que outros, né? Isso é inegável, isso existe em todo canto que você for. Eu tento tratar todo mundo igual, tem gente que se abre mais, outros se abrem menos, não é? Tem gente que pergunta mais, e que forma como se fosse uma amizade, entre aspas. (Tatiana, 27 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Eu tento ser o mais amigável possível. Agora, sinceramente tem paciente assim, que é como se fosse aquela coisa de, sabe a energia mesmo, entre uma pessoa e outra? Que o santo não bate? Quando eu tento atender, eu até atendo, mas aí, o resultado do tratamento não flui. Aí, a minha relação com essa pessoa é o mais restrita possível, eu não me abro tanto. Mas, eu tento ser o mais amigável possível, só que tem gente que realmente não tem, não bate muito. Então assim, quando eu tenho que continuar atendendo, eu faço assim, quando acontece, eu tento passar pra outro colega, pra ver se acontece com outra pessoa (Ana Luiza, 31 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Os depoimentos das fisioterapeutas da amostra, a partir da suas localizações sociais e dos locais de atuação públicos e privados, indicaram que a relação estabelecida entre eles, aponta em sua maioria, aspectos desejados em uma relação social como amizade, confiança, envolvimento, proximidade. No entanto alguns depoimentos fazem menção às questões relativas à afinidade, presentes nas relações, e que no caso da interação entre profissional de saúde e paciente, que se inexistente, pode inviabilizar a terapêutica. Ressaltamos ainda, que embora, de uma forma geral, a relação seja compreendida pelas fisioterapeutas como amistosa, harmoniosa e de cumplicidade, outros questionamentos podem ser suscitados, a fim de inferir se as características na relação, de envolvimento e acessibilidade são comuns entre fisioterapeutas e pacientes, levando em conta, sobretudo, as categorias sociais e os níveis de escolaridade. Nesse sentido, questões como comunicação verbal, que inclui a informação, e a não verbal, que considera o toque, aprofundarão esses aspectos, ratificando ou não, as características da percepção harmoniosa da relação fisioterapeuta e paciente.

As compreensões emitidas acerca da relação fisioterapeuta e paciente pelos profissionais de ambos os gêneros, se referem àquelas estabelecidas em suas vivências profissionais. As falas se referem às suas percepções acerca da relação com a gama de pacientes com os quais interagem em suas diversas localizações e com variados *habituses*.

Para a maior parte dos fisioterapeutas entrevistados a relação entre eles e os pacientes caracteriza-se pela amizade, envolvimento, vínculo, e assim como referido pelas mulheres, com o entendimento de que a relação fisioterapeuta e paciente diferencia-se das demais profissões do campo da saúde, pela frequência no atendimento e pela proximidade possibilitada através do toque. Embora haja tais características, em algumas falas, é possível identificar referências à autonomia do profissional, mas que de alguma forma aludem a questões de mando e obediência, conforme citado por Eksterman<sup>42</sup>, o que pode ser considerado como um aspecto relativo ao saber profissional autorizado e ao gênero masculino, em grande medida, histórica e culturalmente dominador.

Eu entendo o seguinte, pra mim é impossível você lidar com o paciente que não é uma vez só que você tá atendendo, você atende várias vezes, dependendo da circunstância vários anos até, né? No caso de pacientes neurológicos que você faz um acompanhamento mais prolongado. É impossível você ter um relacionamento fisioterapeuta-paciente em que o fisioterapeuta tá aqui e o paciente tá lá, beeem distante. Tem que haver, eu pelo menos vejo assim, deve haver uma proximidade. Não se tem como não se envolver, de certa forma, você se envolve. Agora o que eu entendo é o seguinte, você tem que ter maturidade emocional pra não se deixar levar pelo paciente, né? Ele tem que ter a consciência de que você é o fisioterapeuta. Embora tenha a convivência, tenha o envolvimento, mas ele precisa também assumir a consciência de que também tem que ter autonomia, porque essa convivência às vezes acaba gerando a falta de autonomia do profissional em relação ao paciente, né? É necessário que ele tenha consciência disso, você é o profissional, pode surgir amizade, às vezes trocam-se até presentes no final de ano, toda essa relação, mas há a consciência de que um é profissional, e outro é paciente. De que um está ali pra determinar uma conduta, ordenar uma conduta, e o paciente tá ali pra obedecer essa conduta, né? Isso tem que ficar bem claro da parte dele e da parte do profissional, né? Para que não se misture as coisas e acabe gerando aquela situação que se perde o controle, até mesmo do próprio tratamento. Então eu entendo mais ou menos sob essa perspectiva (sic) (Gustavo, 30 anos, solteiro, católico, categoria intermediária II, serviço privado).

Bom, a relação, da minha parte para o paciente, é como se fosse, digamos de um pai para um filho, a gente tem que dar toda atenção. É realmente, quando eu recebo um paciente eu dou toda atenção, eu posso faltar em algumas coisas, todo mundo tem defeito, mas em termos de atenção, não falta. Eu tento passar segurança e confiança pro paciente, né? Porque a

---

<sup>42</sup> Para EKSTERMAN (1968) apud CAPRARA; RODRIGUES (2007); o relacionamento assimétrico profissional de saúde e paciente é marcado por vínculos emocionais arcaicos de obediência. O paciente a partir de uma promessa vaga de cura se submete, a rituais mais ou menos complicados e cientificamente justificados, como a anamnese, o exame físico, as técnicas diagnósticas e a prescrição terapêutica.

gente sabe que o tratamento vai ser otimizado, quando o paciente tem total confiança no fisioterapeuta, né? Porque quando se tem confiança, ele tende a fazer aquilo que é pedido e solicitado dele durante o protocolo de reabilitação. E do protocolo de reabilitação, vai depender, o sucesso fisioterapêutico. Não vai depender apenas do fisioterapeuta em si, vai depender muito dessa interação fisioterapeuta-paciente. Eu acho importante que tenha esse feedback positivo de ambos os lados. E eu tento fazer com que esse feedback perdure ao longo de todo tratamento (sic) (David, 26 anos, solteiro, católico, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Entre os homens, foram citadas questões ainda mais ampliadas, entre elas algumas referentes ao aspecto profissional em si, que aponta para a confiança que o fisioterapeuta desperta, e que passa pela maturidade, compromisso e competência profissional.

Eu faço a seguinte leitura, o paciente quando ele vem, apesar dele ter um contexto muito grande a ser lido nele, né? Essas vertentes todas que a gente analisou, mas ele vem em busca da resposta de um problema, certo? Que você vai dar satisfatoriamente ou não. Então a questão começa a clarear quando você tem assim, segurança do que faz, né? E o paciente sente que você é conhecedor do problema que ele tem. Então, da mesma forma que a gente faz uma leitura dele, ele também faz uma leitura da gente. Então, primeiro ele tem que sentir-se seguro do conteúdo que você tem a lhe ofertar. Então, a primeira relação que se estabelece como característica eu acho que é a de segurança, porque quem vem, vem fragilizado por um problema e a gente tem que dar uma resposta positiva aquele fator. A partir desse momento, se a resposta vai ser favorável ou não, então essa confiança ao ser adquirida aí é fácil da gente caminhar no restante do caminho. Porque aí, ele já criou a confiança em você e aí passa a ser uma convivência, vamos dizer assim, de construção sua e dele, mesmo que você não tenha uma resposta positiva pra dar, mas ele vai enxergar que você foi capaz de dar uma resposta, de uma forma ou de outra. E ele sentiu segurança e uma relação de confiança em quem tá tratando. É como uma relação de amizade, uma relação de casamento, uma relação de família, o exemplo que a gente tem que dar ao paciente, é que, é capaz de dar uma resposta, positiva ou não, aquele problema que vai ser enfrentado (sic) (Demétrio, 47 anos, casado, sem religião, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Como já comentado assim como entre as fisioterapeutas, para esses profissionais a relação fisioterapeuta e paciente, se configura de forma predominantemente positiva. Os homens entrevistados aprofundaram aspectos da relação a partir da vivência profissional, havendo inclusive, informações relativas ao locus de atuação de um dos fisioterapeutas – a UTI, conforme fala ilustrativa.

[...] Assim, você chega ao seu ambiente de trabalho, vou citar mais uma vez a UTI porque é o meu, você chega sem o verniz. Você chega sem esse verniz, porque você tá acostumado com o meio externo, não tá acostumado com o clima pesado, denso, até de certa forma hostil que existe lá naquele ambiente. E depois você de tanto vê aquilo você acaba criando uma casca,

né? E essa casca na verdade é uma forma que você tem de fazer uma triagem do que realmente é verdade, do que é um fator que você tá criando, é muito mais psicológico, do que realidade. Só que vc se engana, às vezes você se engana. Então esse verniz surge sempre, só que a gente tem que criar também alguns artifícios pra que ele se rompa. Se não rompa, pelo menos fique fraco. Que a minha tática é sempre imaginar que poderia ser eu, deitado ali, ou alguém da minha família ou alguém que eu gostasse. Então eu sempre procuro ver naquele paciente que tá lá uma pessoa parecida com alguém que eu conheço. Que se fosse essa pessoa eu estaria dando muito mais de mim, então eu tento fazer isso sempre. E (voz embargada) tento fazer isso todos os dias, todos os dias literalmente. Só que nem sempre você consegue né? E algumas coisas colaboram com isso, aliás, isso dá um outro trabalho, que é o burn out, né? Você trabalha em cinco empregos, você dá 60 horas por semana de trabalho. Então tem hora que você, até se você tivesse disposto, pôxa eu vou investir nisso aqui, mas por tá cansado, você prefere acreditar que aquilo não é nada. Então eu acho que isso interfere também. E isso acontece com 100 % dos profissionais que trabalham no hospital em terapia intensiva. É uma realidade, você entra e tem que passar 12 horas lá dentro, né? Então não tem aquela escapadinha pra sair dar uma respirada, desopilar. É um Big Brother [...] (sic). (Renan, 34 anos, casado, católico, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Outros aspectos ainda mencionados pelos fisioterapeutas fazem alusão ao possível envolvimento entre o fisioterapeuta e o paciente, e se referem aos eventuais inconvenientes de tal aproximação, como identificado nas falas citadas.

Eu acho que é assim, a relação fisioterapeuta e paciente, a gente já discutiu muito sobre isso aqui. Você cria um vínculo com o paciente. Porque você chega, de imediato você é uma pessoa que vai curar, que vai resolver aquele problema. Começa a se envolver, de certa forma, você se envolve! Muita coisa até na avaliação você começa já a saber, hábitos de vida daquela pessoa. O que é que ela faz? Porque aconteceu aquilo? Então de certa forma você tem a história do paciente, então você começa a ter um vínculo com ele, né? Depois quando o paciente vê que você tá resolvendo aquele problema, ele se torna confiante, ele confia muito em você, aí começa a vir outras coisas. Falar de um filho que tá com um problema, ele se vê tão confiante com aquela pessoa, que começa a contar tudo. Você começa até a entrar na vida do paciente, eu acho que é uma relação mais aberta. Claro que você também tem que ter certo limite, né? Pra você não se envolver tanto e deixar de ser um profissional fisioterapeuta pra ir resolver aquele problema, e a pessoa começar a dominar. Tem o outro lado também, acho que tem que ter certo limite nesse ponto também. Mas eu acho que inevitavelmente, você cria um vínculo de confiança (sic) (Robson, 31 anos, casado, católico, categoria intermediária I, serviço privado).

Ahhh. É uma relação bem próxima. Uma coisa de bastante contato. Primeiro e principalmente, porque a gente visa muito o toque, o tocar o corpo. Então, é uma relação que beira a intimidade, entendeu? Tanto pelo fato da gente ver o paciente várias vezes por semana, como também, pela questão do toque, dentro das profissões de saúde, talvez a gente seja os profissionais que mais toca o paciente. Então, é inclusive perigosa também, é uma relação que precisa ter uma atenção redobrada pra não gerar conflito em relação a essa questão do toque, né? Que é uma coisa complicada, pra alguns pacientes pelo menos, né? Então eu vejo assim como uma relação bem forte, apurada mesmo (sic) (Henrique, 29 anos, casado, católico, categoria de rendimentos I, serviço privado).

Finalizando o tópico sobre a análise dos discursos do atores envolvidos na relação fisioterapeuta e paciente, identificamos que tal relação se desenvolve entre fisioterapeutas de ambos os gêneros, das várias faixas etárias, níveis de formação e, sobretudo, a partir da suas localizações sociais e locais de atuação públicos e privados, e pacientes, clientes ou usuários dos serviços de atendimentos fisioterapêuticos públicos e privados, e que apresentam semelhante diversificação quanto a gênero, faixa etária, níveis de escolaridade, disposições sociais e tipos de adoecimentos. Embora, em meio a tal diversificação, quer do sob a ótica dos fisioterapeutas, quer na opinião dos pacientes, a relação estabelecida entre eles, é citada em sua maioria, associadas a aspectos positivos como acessibilidade, cumplicidade e proximidade, o que por sua vez suscita valores como amizade, confiança, e segurança.

Nesse aspecto, ao confrontarmos os depoimentos elaborados pelos sujeitos da pesquisa com algumas perspectivas teóricas analisadas, identificamos que a partir apenas das compreensões verbalizadas pelos atores envolvidos sobre a relação fisioterapeuta e paciente, tal relação pode ser orientada por um conjunto de expectativas envolvidas, socialmente construídas. Ou seja, ao analisar a relação médico e paciente, Parsons a considerou uma relação marcada por um jogo de expectativas mútuas socialmente dadas, em que médicos e pacientes tenderiam a agir de um modo estável e previsível ao meio social a que pertenciam (NUNES, 2003a).

Alguns estudiosos da relação profissional de saúde e paciente têm o entendimento de que há conflitos nas interações entre profissionais de saúde e pacientes das diversas categorias sociais, e estes se dariam principalmente devido à

assimetria de classes e disposições sociais (SOAR FILHO, 1998; CAPRARA & RODRIGUES, 2004; LUZ, 2005; MACHADO, 2006; e SUCUPIRA, 2007).

Tal assimetria, não aparece nas verbalizações emitidas pelos sujeitos envolvidos na relação fisioterapeuta e paciente por nós entrevistados, visto que ela é em grande medida, associada a aspectos positivos e construtivos de uma relação harmoniosa. Contudo, a fim de aprofundarmos tal questão, analisaremos outros aspectos que podem interferir na relação fisioterapeuta e paciente, como a comunicação verbal e não verbal, ratificando ou não, as características da percepção harmoniosa dessa relação e ainda, visando a identificar aspectos como a assimetria na interação, identificada em outras relações entre profissionais de saúde e paciente, a qual se dá principalmente, pela distância que se impõe entre o saber autorizado do profissional da saúde e o suposto desconhecimento técnico do leigo. E assim, identificar se o entendimento de Bourdieu (1995), para quem o capital econômico e o capital cultural, são os mais eficientes princípios de aproximação e distanciamento dos agentes no espaço social se aplica para as relações estabelecidas nas práticas de saúde, e em especial, nas fisioterapêuticas.

### **6.2.9 A comunicação verbal sob a ótica dos pacientes**

Os depoimentos dos pacientes sobre os aspectos da comunicação e linguagem, a comunicação verbal foram analisados em referência à discussão teórica da sociologia e antropologia da saúde acerca da relação médico e paciente, sobretudo a apresentada por Boltanski (2004). Como já citado, tais aspectos,

juntamente a aspectos como a comunicação não verbal, podem contribuir para um maior aprofundamento na análise da relação fisioterapeuta e paciente.

Para Boltanski, (2004) a linguagem é um dos fatores que concorrem para o distanciamento entre o profissional de saúde e os pacientes, sobretudo os das classes populares. O vocabulário especializado se configura como uma barreira linguística devido às diferenças lexicológicas e sintáticas que separam a língua das classes cultas das populares. Sobre tal aspecto Caprara & Franco (1999) consideram que a linguagem utilizada pelos profissionais do campo da saúde se configura como um dos instrumentos de dominação. Ao se referirem à relação médico e paciente, tais autores consideraram que ela pode ser entendida como uma relação de dominação da ordem médica sobre a sociedade e de dominação do estado sobre as classes não-hegemônicas.

Para Lefèvre & Lefèvre (2004) à medida que a saúde e a doença são apreendidas de acordo com a representação social dominante, como um assunto técnico/científico, a fala profissional torna-se legal, uma fala socialmente autorizada, por ser proveniente de um espaço técnico científico. A fala dos indivíduos que procuram os serviços de saúde, contudo, é uma fala leiga, desautorizada, prosaica, ilegal, deseducada porque proveniente de um espaço vivencial, da cotidianidade. Em tal perspectiva, o diálogo entre as partes resume-se a uma prática discursiva e comportamental regida por relações assimétricas de mando/obediência, prescrição/cumprimento da prescrição, podendo tais relações ser mais autoritárias ou mais gentis, menos participativas, ou educativas, ou cooperativas da relação médico-paciente. Tais aspectos resultaram na formulação de Modelos da Relação Médico-paciente<sup>43</sup> propostos por Veatch (1972) e por Emanuel & Emanuel (1992),

---

<sup>43</sup> O Prof. Robert Veatch do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown nos Estados Unidos propôs uma classificação da relação médico-paciente baseada em modelos com

em termos de tipos ideais weberianos, nos quais destacam algumas visões das características da relação médico-paciente.

Diferentemente dos demais tópicos analisados, os aspectos da comunicação verbalizados pelos pacientes foram pontuados conjuntamente. Ou seja, os depoimentos das pacientes do gênero feminino e em seguida do masculino serão apresentados, visto que tal aspecto não apresentou reflexões a serem aprofundadas, podendo assim, serem analisadas de forma mais direta. Na análise das falas produzidas pelos integrantes da amostra, tanto no entendimento das mulheres quanto no dos homens da categoria de baixa renda, cujos níveis de instrução variam entre os níveis básicos e o médio, para quem a comunicação e a linguagem poderiam se configurar como uma barreira ao estabelecimento da relação; identificamos que de uma maneira geral, eles não verbalizaram a existência de dificuldades no tocante a tais aspectos.

Para as mulheres dessa localização social a comunicação se dá com tranqüilidade, a linguagem é compreensiva, há espaços para a escuta, os diálogos se dão em torno de aspectos relativos a saúde, ao tratamento em si, bem como sobre outros temas do cotidiano e os questionamentos e dúvidas quando existentes são esclarecidos a contento.

A comunicação é ótima. A senhora entende o que elas lhe explicam? Entendo e elas tratam a gente muito bem, explicam a gente as coisas, como é que é pra gente fazer, muito direito, muito direito mesmo (sic) (Luiza, 58 anos, evangélica, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Olhe a linguagem é clara, a conversa é maravilhosa, as meninas são ótimas, ótimas, eu não tenho o que dizer de nenhuma, são “ma-ra-vi-lho-sas, todas elas (sic) (Sônia, 58 anos, católica, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

---

características próprias: Modelo Sacerdotal; Modelo Engenheiro; Modelo Colegial; Modelo Contratualista. Em 1992, Ezequiel Emanuel e Linda Emanuel propuseram uma alteração na denominação desses modelos: Modelo Paternalista; Modelo Informativo, Modelo Contratualista que se subdivide em Modelo Interpretativo (médio envolvimento) e Modelo Deliberativo (alto envolvimento) (GOLDIM & FRANCISCONI, 1999).

Eu peço explicação, e ele explica. Diz quando é que pode terminar, que vai de acordo com cada um. Aí assim, sempre eu tô pedindo explicação, se posso trabalhar, se não posso. Assim mesmo, ele me explica, ele diz que trabalhar fazendo fisioterapia não serve, porque eu fazia de manhã e trabalhava à tarde, só que agora tá servindo melhor, porque eu saio do trabalho, venho pra cá e depois vou pra casa, aí o efeito tá sendo mais, porque eu descanso, não volto pro trabalho (sic) (Suzana, 33 anos, sem religião, categoria de baixa renda, nível médio).

Tal entendimento é igualmente referido pelos pacientes da citada categoria social.

A comunicação é ótima, com todos os profissionais. Eles procuram saber como estamos, não estamos, sobre a saúde, explica como é que gente se encontra, né, tudo beleza. Eu não tenho o que dizer assim do profissional. É um relacionamento com um bom profissional (sic) (Jéfferson, 57 anos, católico, categoria de baixa renda, ensino fundamental II).

É boa. A gente conversa sobre a saúde, também ela pergunta o que você tá achando daqui, o dia a dia, conversa saudável, sobre tudo, passeio, conversa muito, sobre esses assuntos (sic) (Israel, 37 anos, sem religião, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Ah! É uma conversa boa! Eles explicam tudo. O senhor entende as explicações? Entendo, sim senhora. Eu pergunto a ele. Dr. eu tô sentindo uma dorzinha aqui? O que eu sentir eu pergunto a ele, e graças a Deus ele explica e eu tô me sentindo bem, é (sic) (Antonio, 65 anos, católico, categoria de renda baixa, sem instrução formal).

Entre as pacientes da classe intermediária I, cujos níveis de escolaridade estão entre o nível básico e o superior, a comunicação é igualmente referida como satisfatória e a linguagem é citada como clara e compreensível, conforme mencionado nas falas ilustrativas:

A comunicação é boa, a linguagem é boa, muito boa, técnica, sabe? A senhora entende? Entendo. Às vezes, pronto, logo quando eu cheguei aqui, que eu perdi minha mãe, né? Fazia poucos meses, e as meninas tudo conhecia, ela fazia fisioterapia aqui, aí eu desabafei, a gente conversava muito. Mas aí depois, eu parei porque não adianta ficar “derramando o leite e chorando”, né? Porque não resolve mais, aí pronto. Até a dormida elas perguntam. Quando eu durmo, eu gosto muito de dormir em rede, aí eu digo, olha ontem eu fiquei na rede um bocado aí senti mais dor, aí eu conversei com elas (Elba, 55 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior).

A comunicação da gente é muito boa, ela sempre explica direitinho tudo o que vai ser feito. Você acha que entende tudo que é explicado? Entendo! Inclusive o médico dá o maior apoio em tudo que ela faz, entendeu? Ele pergunta tudo, eu digo tudo e ao médico eu digo o que ela faz e aí ele dá o maior apoio (Adriana, 54 anos, católica, categoria intermediária I, nível médio).

Para os pacientes do gênero masculino dessa categoria, a comunicação é também referida como boa e propiciadora de diálogo.

É a melhor possível, ali eu acho que essa equipe que tá ali, pra mim é uma maravilha. Quando você tem alguma dúvida sobre o seu problema você pergunta a eles? Pergunto. Eles explicam, procuram informar direitinho aquilo que você tem, e se é pra ir no médico ele manda imediatamente, é uma maravilha. Tanto a gente entende eles, como eles nos entendem também. Pra mim tá perfeito (Rodrigo, 41 anos, católico, categoria de renda intermediária I, ensino médio)

Aqui é, com certeza, porque havia realmente a explicação no meu nível, de igual pra igual, pra que eu pudesse entender e saber o que é que tava acontecendo. Eu conseguia porque assim, tinha a linguagem técnica né? Da explicação, mas eu pedia assim, até que brincava, agora traduza na minha língua (risos). Ele dizia pronto, porque eu não sou profissional da área, eu não conheço. Você ficava satisfeito com as explicações que eram dadas? Ficava, aprendi bastante inclusive, eu até tava dizendo, rapaz de tanto eu fazer fisioterapia aqui, se brincar eu faço também (Alexandre, 31 anos, sem religião, categoria de renda intermediária I, nível médio).

Boltanski (2004), em referência à relação médico-paciente, considera que com os pacientes pertencentes às classes superiores o discurso médico se configura de forma diferenciada. Em função da imagem social o médico definirá sua estratégia de comunicação frente ao doente, e essa comumente varia em graus diferentes segundo a classe social do doente. Aos membros das classes superiores serão dadas algumas explicações e será delegado o poder que os autoriza a manipular certas partes do discurso médico. O desprezo do especialista pelo leigo varia em função de sua inteligência, do seu bom senso, de seus méritos, do seu valor social.

De acordo com a perspectiva desse autor, a freqüência e a intensidade das relações que os doentes manteriam com o médico e a qualidade do colóquio singular, tenderiam a crescer quando se sobe na hierarquia social e a diminuir com a distância social entre o médico e o doente, o que corroboraria o entendimento de Bourdieu, que prevê maior ou menor aproximação entre os atores sociais a partir das respectivas disposições no espaço social.

Os membros das classes superiores e o médico pertencem à mesma classe social, ao mesmo meio, ao mesmo grupo de inter-relações. Nesse aspecto, o diálogo torna-se fácil porque falam a mesma língua, têm os mesmos hábitos mentais, empregam categorias de pensamentos semelhantes, sofreram a influência da mesma 'força formadora de hábitos' - o sistema educacional que a princípio ao transmitir uma 'postura intelectual', fortalece a idéia de que não existe nada que não possa ser objeto de uma interrogação crítica e tornar-se objeto de um conhecimento racional (BOLTANSKI, 2004).

A fim de identificar as eventuais características na comunicação e linguagem adotadas entre os fisioterapeutas e os respectivos pacientes, pertinentes às categorias de renda intermediária II e de renda alta, consideradas superiores, seus discursos foram analisados em busca de identificar as possíveis características de diferenciação consideradas por Boltanski.

Entre os entrevistados, da categoria de renda intermediária II, de ambos os gêneros, de faixas etárias variadas, e com níveis de escolaridade entre médio e superior, a comunicação e a linguagem adotadas são referidas como satisfatórias. Para uma das entrevistadas seu grau de informação acerca do seu adoecimento possibilita a eficácia da comunicação, uma vez que há da parte dela um grau de conhecimento acerca do seu adoecimento, o que alude para a possibilidade de que a comunicação entre o fisioterapeuta e a paciente se dá devido à possível aproximação quanto à posse do capital cultural existente entre ambos.

É satisfatória, porque eu tô sempre procurando conversar com eles, dizendo mais ou menos o pouco que eu entendo. Mas no começo mesmo do problema meu, da Distrofia, pra chegar ao que era mesmo, eu fui em várias clínicas aqui em Campina Grande. Mas, todos têm uma comunicação muito boa. Agora em relação a chegar no que é a doença, eu tive dificuldade (Ana Maria, 55 anos, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior).

No entendimento de outra entrevistada da citada categoria, apesar do relato da existência de uma boa comunicação entre ela e a fisioterapeuta que a acompanha, ela identifica que por parte dela há uma maior reserva.

Eu sinto que é boa, apesar de que, eu acho ela mais aberta assim do que eu mesma (risos). Às vezes ela pergunta as coisas pra mim e eu não respondo muito, sabe? E isso aqui, aconteceu alguma coisa? Eu digo não, tá tudo em paz (risos). Ela pergunta o que foi isso aqui, alguma dor, o que foi isso? Nada não (risos). Não tô sentindo nada não (risos). Mas ela sabe! Eu acho ela mais aberta. Inclusive ela já disse, você é muito calada! Não, sou não. Ela faz, tudo em você diz que você é muito fechada (risos), as posturas, as coisas (risos). O corpo fala né? (risos). Mas eu gosto, ela conversa bem, eu acho ela ótima, muito boa. Melhor do que a fisioterapia convencional<sup>44</sup>, porque a convencional, elas ligam aquele motor, “tu-tu-tu-tu”, vai embora, depois vem lhe buscar e essa não, ela fica sempre em cima, dando assistência, falando, perguntando, explicando (Maura, 57 anos, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Para os homens da citada categoria, a comunicação e a linguagem estabelecida é predominantemente referida como harmoniosa, conforme identificado na fala ilustrativa.

A minha comunicação com a minha fisioterapeuta é uma comunicação que eu diria que ela é praticamente perfeita. Na medida em que se estabeleceu entre mim e essa profissional um elo de amizade sem que haja invasão de um lado ou de outro (Edson, 48 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Mas entre os integrantes dessa categoria de renda, identificamos no depoimento de um deles, de nível superior, usuário do serviço privado, a desaprovação referente à comunicação, no tocante ao tempo destinado ao tratamento que por consequência pode comprometer a relação desejada entre o fisioterapeuta e o paciente no acompanhamento terapêutico.

É preciso, é necessária a comunicação, porque nessa linguagem mesmo leiga, a gente conversa com a fisioterapeuta, pra que haja assim uma resposta, né? Não uma resposta de palavras, mas uma resposta no

---

<sup>44</sup> Denomina-se por fisioterapia convencional ou fisioterapia clássica, a utilização de recursos fisioterápicos, como a termoterapia, eletroterapia e fototerapia. Em virtude das diversas especialidades no campo da fisioterapia (RPG, Osteopatia, Quiropraxia, Pilates), atualmente, há uma divisão em tais procedimentos. Identifica-se ainda, que apesar dos benefícios comprovados pelo uso dos recursos fisioterápicos, em muitos casos, os tratamentos são ineficazes, sobretudo devido ao uso inadequado dos equipamentos em relação aos seus parâmetros, indicações, tempo de aplicação, e principalmente devido atendimento não individualizado, “justificado” principalmente, pela defasagem nos valores pagos pelos convênios, os quais são responsáveis por 90% dos procedimentos de fisioterapia no país.

tratamento daquela queixa, daquele questionamento, né? Físico, ou não. Então eu digo que a comunicação entre o paciente e o profissional de fisioterapia aqui, é um... vamos dizer assim, vamos dizer, que vai com o tempo, né? Depende também do tempo. Porque a gente vê o pessoal aí, atende um, atende outro, é muito rápido pra cada um. A gente não tempo! Não tem tempo pra gente conversar, dialogar. Olha, tô sentindo isso, tô sentindo aquilo. Não tem tempo e não pode ser assim, né? Com tempo não, ela vai ver, o profissional vai ver a evolução. O questionamento, a queixa do paciente. O paciente mesmo, eu não sei, eu acho que há necessidade mesmo desse tempo. Nessa correria aí! Eu não sei não, eu acho que há necessidade de se conversar (Josué, 56 anos, evangélico, categoria de renda intermediária I, nível superior).

Após a análise dos depoimentos dos entrevistados acerca dos aspectos que envolvem a comunicação verbal entre os fisioterapeutas e os pacientes das diversas categorias sociais, identificamos que para todos os membros da amostra integrantes das diversas categorias, a comunicação é predominantemente referida como satisfatória e a linguagem adotada pelos profissionais é considerada por eles clara e compreensível. O que sugere não haver distanciamentos oportunizados pela linguagem técnica, configurada como uma eventual barreira linguística. No entanto, comparando os discursos dos membros das categorias sociais consideradas nesse estudo – categoria de baixa renda, intermediária I e II e de renda alta – identificamos que para alguns membros das classes de maior posse de capital cultural e econômico, tal comunicação e linguagem apresentam aspectos que carecem de maior investimento. Isso se dá, sobretudo no tocante às informações passadas, visto que sendo tais indivíduos mais instruídos, têm mais subsídios para avaliar aspectos como segurança na comunicação e linguagem adotadas, com uma maior criticidade e exigência, uma vez que tais aspectos fazem parte do domínio de conhecimentos e aponta para o acompanhamento da terapêutica e para a própria habilidade profissional em referência também a competência relacional. Esse fato sugere que, assim como defendido por Boltanski (2004), a partir da imagem social do paciente, o profissional de saúde define a estratégia de comunicação adotada, e essa varia de acordo com a classe social do doente.

### 6.2.10 A comunicação verbal para os fisioterapeutas

Assim como na análise dos pacientes acerca da comunicação, a análise dos depoimentos dos fisioterapeutas é apresentada conjuntamente, ou seja, contemplando as opiniões dos profissionais dos dois gêneros e das várias localizações sociais e atuantes de serviços públicos e/ou privados. Junto aos fisioterapeutas solicitamos que a partir da sua vivência prática descrevessem a comunicação por eles adotada com seus pacientes. Nos depoimentos elaborados pelas fisioterapeutas, a comunicação foi citada por unanimidade, como um dos elementos fundamentais para a aquisição de uma boa relação e andamento da terapêutica. Entre as várias características mencionadas pelas fisioterapeutas para descreverem a comunicação estabelecida entre elas e os pacientes que acompanham, destacamos aspectos citados como, linguagem simples, acessível, de fácil entendimento, propiciadora de diálogo, de motivação e confiança.

Para algumas fisioterapeutas as formas de comunicação por elas adotadas não se restringem à verbal e são ajustadas de acordo com o nível de instrução do paciente, da idade, nível de comprometimento com o tratamento e de aspectos da sua personalidade como a introversão ou a extroversão, conforme apontam seus depoimentos.

Eu sempre converso olhando no olho das pessoas. Então, até com pacientes que não falam, não é, eu, eu crio esse vínculo, com o olhar a gente se entende, né? Tem pacientes que não conseguem se expressar, mas eu entendo o que eles tão me dizendo. As outras pessoas de fora têm mais dificuldades, mas, como eu já tinha falado, é o convívio né? A gente passa muito tempo. Inclusive eu tenho situações que eu olho pra criança, que eu trabalho muito com pediatria e a primeira impressão, é que ela não tá entendendo nada, e que ela não passa nada, não transmite nada, mas aí

com o convívio a gente aprende que na verdade ela tá entendendo tudo o que eu tô trabalhando, né? Então assim, fora isso, a conversa, o diálogo que eu tenho com o próprio paciente é muito bom, nesse sentido eu procuro realmente puxar dele, e outra coisa, inclusive eu digo muito pros meus alunos, conversem como se conversa com adulto, porque elas precisam entender o que tá acontecendo, elas vão se adultos um dia, e a gente precisa conversar com, com maturidade, não com chantagem, né se não fizer isso, tia não dá isso, não é explicar, que precisa fazer, porque precisa fazer, eu acho que isso é importante pro desenvolvimento da terapia (sic). (Carla, 29 anos, solteira, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior, serviço privado).

É difícil, a comunicação às vezes é difícil, porque tem pacientes conscientes e inconscientes. Mas mesmo os inconscientes a gente tem que se comunicar, tem que estimular esse paciente pra que dê alguma resposta pra gente, até na avaliação e traçar nossas condutas. É difícil um UTI, porque geralmente eles estão em estado de coma, torporoso, né? Mas tem que ter, mesmo em coma, o torporoso, tem que ter a estimulação da gente, pra gente traçar nossas condutas e seguir. Os já conscientes não, já interação melhor. Geralmente esse paciente tá monitorizado, com tanta coisa, que às vezes até o toque da gente é uma invasão ao paciente, né? Então a gente começa, mesmo ele inconsciente, olhe tá fazendo a fisioterapia por isso e por isso, porque a gente não sabe se ele tá escutando ou não. Porque a audição é a última coisa que perde, né? E a gente vai trabalhando o conjunto e espera uma resposta, tem vez que a gente vê a evolução, é difícil, mas a gente tem que trabalhar isso, é uma barreira que a gente tem que enfrentar (Janaína, 38 anos, casada, católica, categoria de renda intermediária I, nível, superior, serviço público).

Eu tento primeiro, assim de início, tento ver qual é o estilo daquela pessoa, se é uma pessoa mais extrovertida, se é uma pessoa que gosta mais de conversar, se já é uma pessoa mais retraída, às vezes uma pessoa que aparentemente é até triste, e aí eu tento entender um pouquinho o que é que aquela pessoa tá passando, se, por exemplo, de ela tá daquele jeito por causa da doença ou se ela tem algum outro problema e eu tento ajudar de alguma maneira [...]. [...] Mas eu tento assim me igualar, conversar assuntos que sejam de acordo com a faixa etária, com crianças, eu brinco muito como criança, com adolescente eu já falo mais de coisa que é da linguagem de adolescente, de adulto eu já procuro falar de mais de coisas mais sérias, assim, tem paciente que gosta de falar de jornal, de televisão de não sei o que, aí a gente vai tentando também se informar pra não ficar desatualizado e não ter o que conversar, com o paciente, porque eu acho que isso é muito importante, né? Não é uma máquina que tá operando o paciente, é a gente, né? Então a gente tem que ter essa questão do toque, essa questão de saber falar, de saber se comunicar, eu acho que isso é muito importante na relação com o paciente (sic). (Luana, 25 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Outros aspectos referidos pelas fisioterapeutas acerca da comunicação verbal, indicaram que a comunicação se processa de forma satisfatória por parte delas, enquanto fisioterapeutas. Porém, a oportunidade de diálogo, ou seja, o ouvir foi citado ainda que de forma indireta, como uma estratégia de comunicação verbal que possibilita o bom desenvolvimento da proposta fisioterapêutica.

Bom, geralmente a gente explica todos os procedimentos, pra que aquela pessoa realmente entenda o que é que vai ser feito, porque ser feito, pra que vai ser feito. Eu acho que o grande foco, o grande ponto é a questão do diálogo, é a gente é estar sempre disponível pra estar sempre conversando, explicando, de uma forma bem clara, não assim com termos muito técnicos que eles não vão entender, mas de uma forma clara, pra que eles realmente entendam, né? E realmente saibam que a gente sabe o que tá fazendo e porque tá fazendo, não uma coisa assim meramente técnica de fazer porque aprendeu a fazer e agora tá fazendo aquilo. Sem se interessar como que tá sendo as reações dele? Como que ele/ela tá vendo aquele procedimento? Não, isso não. Até porque a gente tem alguns procedimentos, né? Que muitas vezes a gente tem que ir de encontro a tabus, né? E aí a gente tem que explicar, que conversar (sic). (Rosângela, 51 anos, casada, católica, categoria intermediária II, serviço público).

[...] Eu deixo o paciente bem aberto. Eu faço uma avaliação a primeira vez quando ele chega eu deixo ele bem aberto pra ele falar dos sintomas dele, falo quais as técnicas, né? Então ele sente segurança, né? E aí quando ele vê que vai melhorando, que está melhorando ele começa a falar de outras coisas, porque como são quarenta minutos você fazendo exercícios e os exercícios tem intervalos, você faz uma série de dez, ele descansa dois três minutos, então nesses dois, três minutos ele não vai ficar olhando pra você e você olhando pra ele, do nada, né?. Então se é homem, também, todos eles. Até hoje eu não, porque antigamente tinha a história homem é mais fechado, não se abre. Não, hoje eu já tô vendo de outra forma, se você der tempo pra ele, passar segurança das tuas técnicas, mostrar que ele tá evoluindo, ele termina soltando alguma coisa. Ele começa a soltar algo que tá incomodando, e que às vezes piora o sintoma. Você percebe que quando ele faz essa verbalização ele evolui. Ele chora, muitas vezes. Porque aí eu falava assim meu Deus do céu, eu não psicóloga, eu sou fisioterapeuta. Porque é aquela história que volta ao passado, você não é psicóloga, você é pra fazer o exercício, mas não, a gente tem que fazer a leitura interdisciplinar, e aí eu digo, olhe e esse choro? Tá há muito tempo? Olhe, o senhor precisa ter intervenção, e não é a minha é de outra pessoa, existem vários profissionais bons, mas o senhor não pode ficar assim. Aí ele vai saber que aquilo tá gerando sofrimento e aí eu entro no estilo de vida, eu digo olhe, isso não pode ficar dessa forma, E ela vai e melhora. Ele começa a ver de outra forma, a tomar consciência. Muitas vezes, a maioria procura realmente assistência, vai pra outro profissional, pra um psicólogo sim, às vezes, tem uns que não querem ir, outros dizem assim, é, eu acho que eu vou procurar, já tem uma consciência que deve fazer um relaxamento ou uma ioga. É isso, é conversar [...] (sic) (Taciana, 40 anos, casada, espírita, categoria intermediária II, serviço privado).

Assim, identificamos que entre as fisioterapeutas foram pontuados aspectos que de certa forma, contestam o entendimento de Boltanski (2004), para quem a linguagem pode se configurar como uma barreira linguística, e Bourdieu que aponta o capital cultural, que tem na linguagem um dos meios de expressão, como um dos princípios de aproximação ou distanciamento entre os sujeitos em interação social. A partir dos depoimentos da maior parte das fisioterapeutas, embora haja adequações de linguagem às várias formas de compreensão dos procedimentos fisioterapêuticos

e do próprio adoecimento, as quais estão atreladas ao capital cultural, identificamos que as tais tentativas de ajustes, não se configuram como barreiras, ou como instrumento de distanciamento, mas como uma estratégia de comunicação, uma vez que esta é um dos elementos fundamentais para a relação fisioterapeuta e paciente, que por sua vez se configura como um elemento chave para os resultados exitosos advindos a partir do tratamento fisioterápico.

Entre os fisioterapeutas, as opiniões acerca das formas de comunicação adotada entre eles e os respectivos pacientes, apontaram igualmente aspectos satisfatórios à comunicação e, por conseguinte à relação fisioterapeuta e paciente. De forma semelhante ao que fora verbalizado pelas fisioterapeutas entrevistadas, tais profissionais do gênero masculino, em suas falas associaram a comunicação verbal, a adoção de linguagens com características como: fácil compreensão, adequada à idade e nível de instrução dos pacientes, informal, aberta, sincera. Alguns fisioterapeutas referiram-se às formas de comunicação por eles adotadas com encaminhamentos que não proporcionam o distanciamento ou a assimetria entre o profissional de saúde e o paciente.

Bem eu procuro, primeiro, atuar de forma igual, como eu disse eu trabalho tanto no sistema público de saúde como no particular e procuro dar o mesmo tratamento, independente do paciente ser do SUS ou não. Então eu acho que a gente tem que tá tratando de forma igual os pacientes, tá chegando até eles, conversando, procurando esclarecer as dúvidas, falar dos prognósticos, das perspectivas que a gente tem com o nosso tratamento, de forma a estabelecer essa relação, esse vínculo, o mais amigável possível. [...] Eu procuro sempre tá conversando, procurando saber o que o paciente tem, explicando a ele, [...] com uma linguagem acessível a ele, que ele vá entender. E a partir daí eu até adquiro mais a confiança do meu paciente. Ele vai ver que eu tô sabendo o que ele tem, e sabendo o que ele tem, eu vou saber a melhor forma de tratá-lo. Então eu procuro estabelecer uma relação cada vez mais de aproximação com meu paciente pra adquirir a confiança dele e adquirindo a confiança dele eu vou ter uma maior possibilidade de executar de uma forma melhor o tratamento e obter melhores resultados com isso (sic) (Alberto, 27 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária I, serviço público e privado).

É um processo que a gente vai fazendo aos poucos, né? No primeiro momento é mais uma questão pragmática, mais mecânica, da questão, da avaliação, de procurar saber a história, por que aquela pessoa está me procurando, né? Mas como a gente tem um contato grande com esse

paciente, a gente vê inclusive várias vezes por semana! Então essa comunicação ela vai avançando, a gente vai inclusive adentrando até na vida do paciente um pouco mais. Então assim, eu procuro na medida do possível sempre ter esse link, essa, essa, comunicação de uma maneira bem aberta, entendeu, até pra afastar um pouco essa questão de profissional e paciente, entendeu? Eu procuro o máximo possível me colocar de igual pra igual e isso na comunicação é que eu vou conseguindo.

A comunicação foi citada como uma oportunidade de identificação das necessidades dos pacientes, o que demanda a observação de tempo para uma conduta mais cuidadosa e acolhedora, também em termos de comunicação.

Bem, eu sempre falo, eu dou muita ênfase no ato da avaliação. O primeiro contato, eu acho que a primeira impressão é geralmente a que fica. Então eu tento acolher o máximo possível e tentar passar segurança pra o usuário. Então eu converso, dialogo, puxo as necessidades dele, entendeu? E sempre, sempre, sempre parto da necessidade dele. Eu só vou saber das necessidades dele, ao invés de olhar só o diagnóstico médico ou o encaminhamento quando chega aqui, mas eu tenho que partir da necessidade dele, e eu só vou partir da necessidade se eu conhecer e dialogar. Às vezes o usuário é meio tímido, é meio fechado, então, aos poucos eu vou encontrando brecha, e com sutileza, delicadeza, vou conseguindo participar [...]. Mas assim, eu sempre converso com os usuários, como eu trabalho, como nós trabalhamos aqui, no sistema de terapeuta-paciente, terapeuta-usuário únicos, então eu não preciso ir à outra sala pra falar com outra pessoa, então a assistência daquele tempo é daquele usuário, então além da terapia dá pra dialogar bastante (sic). (Saulo, 28 anos, solteiro, católico, categoria intermediária II, serviço privado).

Eu acho assim, apesar da gente ter essa visão ampla, né? De tá construindo uma visão ampla, eu acho que o primeiro contato é muito importante, a partir de que se dá uma resposta ao ponto específico do paciente, né? Então, no primeiro contato pra mim é imprescindível você mostrar-se seguro naquilo que você faz e também ter proposta de trabalho. Acho que a melhor forma de você chegar até isso é dialogar de forma aberta com o paciente, ou seja, explicar a que você tá frente a doença do paciente, e aonde você quer chegar, certo? E esse caminho vai ser trilhado entre você e ele. A partir desse momento que você explica, traça objetivos e ele entende os objetivos, aí você automaticamente começa a inserir, a ter resposta nas outras questões. Agora uma questão importante pra isso, é o tempo de tratamento. Você não pode ter pressa em atender o paciente, atender num curto espaço de tempo, né? A questão de produção ela passa a ser comprometida. Ou você trata o sujeito como um todo e requer tempo ou do contrário você esquece o todo e trata só a doença. Trata dele fragmentado já que você trabalha contra o tempo, né? Isso é uma questão que os profissionais de saúde, todos, a gente tá esquecendo disso, porque a produção, o consumo, tá inserindo a gente dentro dessa questão. Só que assim, você termina esquecendo de ver o paciente, e o objetivo do tratamento não é alcançado (sic). (Ricardo, 47 anos, casado, sem religião, categoria de renda II, serviços público e privado).

Foi feita ainda referência à adoção de formas de comunicação não-verbal como estratégia de comunicação, sobretudo para os pacientes que se encontram

em UTI, cuja realidade é diferenciada, mas que há a necessidade da comunicação e da relação profissionais de saúde e pacientes, de forma ainda mais cuidadosa.

É o seguinte: a gente lida com todo tipo de paciente, desde o comatoso até o consciente orientado. E a comunicação deles para com os profissionais da UTI, vai variar de acordo com esse quadro, né? Então a gente tem desde o paciente que solta beijo, pra chamar a gente porque não consegue falar, ao paciente que bate na grade da cama pra chamar nossa atenção pra pedir pra fazer xixi ou alguma coisa desse tipo, ao paciente que grita tá certo? E o paciente que conversa normal. Então a gente acostuma, a gente cria um verniz, né? Que eu costumo dizer, um verniz em relação a esse tipo de comunicação, a esse tipo de paciente, ao ponto de às vezes subestimar o que tá acontecendo, de um grito a gente achar, não ele tá gritando porque ele é desorientado, tal, e na verdade poderia ter sido uma dor, né (sic). (Gilberto, 34 anos, casado, católico, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Acerca dos aspectos relativos aos pacientes internados em UTI, o fisioterapeuta mencionado acrescenta reflexões que apontam não apenas para a necessidade do investimento na melhoria da comunicação, da relação e do atendimento como um todo, mas também para aspectos relativos à humanização nas práticas de saúde.

Outra coisa importante de falar desses pacientes, talvez agregue alguma coisa, é que existe uma síndrome de imobilização do leito. Então o paciente chega lá consciente e orientado, vamos supor um traumatismo raqui-medular, então ele tá lá deitado olhando pro teto, 24, 48, uma semana olhando pro teto, duas semanas olhando pro teto. Então esse paciente ele começa a imaginar coisas, a conversar coisas desconexas, a falar mal, lhe responder mal, lhe tratar mal, só que isso faz parte da chamada Síndrome de Imobilização no Leito, então isso faz parte da "doença" dele, né? E muitas vezes nós, não conseguimos entender. Então, se ele lhe trata mal, você tem o reflexo de tratá-lo mal também, e isso é muito comum acontecer em pacientes que permanecem em terapia intensiva por um período prolongado, é muito comum. Então até os profissionais já começam a dizer assim, não ele já tá desorientando, quando começa a pedir muita água, pedir muita coisa, chamar muito, dizer que tá sem ar, aí já começa, não é porque já tá desorientando. Ou seja, isso já passou a fazer parte do dia a dia, no lugar de você tentar interferir nisso aí. A gente tem uma equipe de psicólogo boa, só que mesmo assim não dá vencimento. E outra coisa interessante, é que o acompanhante, o familiar não pode acompanhar esse paciente no ambiente de terapia intensiva. A gente tentou mudar isso, mas que a CCIH toda vez barra. Existe a visita uma ou duas vezes por dia de 30 minutos só que isso é insuficiente. Então se a gente tivesse do lado do paciente, a mãe, o irmão, um amigo, esse paciente, provavelmente, não tenho pesquisa em cima disso, mas iria evoluir melhor (sic). (Gilberto, 34 anos, casado, católico, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Ou seja, assim como entendido pelas fisioterapeutas e pelos próprios pacientes, a comunicação se configura como um dos elementos de aproximação e de estabelecimento de vínculo entre o fisioterapeuta e o paciente.

#### **6.2.11 A informação sobre o adoecimento e a comunicação não verbal**

Outros aspectos identificados junto à amostra de pacientes referem-se ao seu grau de satisfação com as informações acerca dos respectivos adoecimentos e com as formas pelas quais tais informações são obtidas.

No tocante às informações repassadas pelos profissionais de saúde aos pacientes, comumente, a linguagem técnica é usada em função do hábito adquirido em sua formação e treinamento. O vocabulário complexo é considerado necessário para a compreensão das doenças, procedimentos e terapêutica, bem como para a comunicação com os outros profissionais. Porém, em grande medida, não é considerado como necessária, entre os profissionais de saúde, a observação do uso da linguagem adequada ao paciente. Comumente, há a naturalização da linguagem técnica e o profissional nem sempre percebe que o paciente não está captando as informações dadas, ou ainda; não desperta para dar as informações de uma forma compatível ao grau entendimento do paciente. Por vezes, a incapacidade de compreensão do paciente sobre aspectos de seu adoecimento e tratamento é identificada e o profissional pode adotar uma conduta extrema, utilizar uma linguagem infantilizada, com explicações simplistas, que não lhe esclarecem de forma adequada a situação pela qual está passando o paciente. Explicações simplificadas, adicionadas a uma fala infantilizada, podem fazer com que o paciente

se sinta como uma criança desamparada, bem como pode impedir que o paciente faça perguntas relevantes e significativas.

Ao analisarmos as falas dos entrevistados da categoria de baixa renda, vimos que a maior parte deles, de ambos os gêneros e níveis de escolaridade básicos, consideram-se satisfeitos sobre suas informações acerca dos seus adoecimentos. Pelos seus discursos vimos que em alguns serviços essas informações são também repassadas em forma de palestras.

Lá na terceira idade, a gente termina, pronto, a gente faz os exercícios na quarta-feira depois que termina, aí tem um filme lá na biblioteca que eles passam. Tudo sobre a vida da gente, tudo sobre saúde, como é que a gente deve sentar, levantar, tudinho, eles explicam tudinho, como é que a gente pode comer, pra ser melhor pra vida da gente, a alimentação, né? E a senhora tá satisfeita com essas informações? Demais, tô demais. A senhora entendeu tudo? Entendi. Antes eu não sabia não eu aprendi aqui, os cuidados que a gente deve ter de noite, como é que faz, os cuidados com as quinas. Eu aprendi muita coisa já, graças a Deus (Luiza, 58 anos, evangélica, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Bem, cada semana é uma palestra, tem palestras sobre a como é que se diz, a diabetes, elas explicaram muito sobre a diabetes, cada semana é um tipo de assunto, sabe? Sobre problema de osso, sobre coluna, tudo isso. A senhora já recebeu informação sobre o seu problema do ombro. Ainda não, ainda não, porque cada semana é um assunto (Inês, 69 anos, católica, categoria de baixa renda, sem instrução formal).

A maioria deles quando questionados sobre as informações dadas, referem que as obtiveram, alguns, as compreenderam, porém nem sempre conseguem reproduzir o que a eles foi explanado pelos profissionais de saúde que os acompanham. Tal fato pode estar relacionado ao baixo nível de escolaridade dos receptores, a não familiarização com a linguagem técnica, ou também devido à inadequação da informação ao nível de entendimento dos pacientes.

Eu fui no médico, fiz o raio-x e ultra som e a dor é toda muscular. A fisioterapeuta sempre diz assim, às vezes eu sinto a dor, aí ela diz suba o braço, sinte a dor, eu fico querendo procurar, mas não sei onde é a dor, aí ela me explicou que tem também os tendões, né? Ela me informou. “A linguagem dela, a explicação foi clara?” Foi clara, ela explicou que os ligamentos pegavam pro braço, é porque eu não lembro bem (sic). (Roberta, católica, categoria de baixa renda, nível superior).

Olhe, muitas coisas eu sei porque Dr. Q. passa pra mim. Porque eu digo olhe, se tiver alguma coisa não me esconda, eu aceito tudo com a maior facilidade, eu não gosto de ficar me escondendo. Dr. Q. é uma pessoa

muito boa, ele explica direitinho as minhas coisas, e aqueles estagiários dele também são pessoas muito boas. Eles explicam direitinho. “A senhora entende o que eles explicam?” Entendo. Eu não escondo. Eu digo a todo mundo que eu tenho cansaço. A senhora tem asma? Eu acho que deve ser asma, né? (sic) (Margareth, católica, categoria de renda baixa, nível fundamental I).

A informação que eu tenho é que foi uma lesão na medula, né? Devido à queda, mas assim em “termo médico” eu não sei explicar, muito não. “Mas o senhor já teve vontade de saber mais alguma coisa sobre...?” Hum-hum. Não, sobre o meu acidente não. “Não, sobre o que é a lesão medular?” Não. Logo, na minha cirurgia, é... as pessoas lá, a minha esposa, tudo, não tem, não tem estudo, aí quando procurou, tinha o laudo médico, mas era muito estudo que precisava (sic) (Arnaldo, evangélico, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Outros entrevistados da citada categoria referiram que não têm informações sobre os seus adoecimentos e alguns deles afirmaram que não têm interesse em obter informações acerca dos seus adoecimentos, conforme identificamos nas falas ilustrativas de algumas integrantes da citada categoria.

Não, eles ainda não me falaram não, porque eu fiquei de fazer um raio-x, eu vou fazer a consulta que eu faço de seis em seis meses, aí eu fui em dezembro e agora eu vou procurar o posto, pra fazer esse exame, pra ver, ver tudo direitinho (Sônia, 58 anos, católica, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Não. Não tenho não, tenho não. Dr. T. pediu agora um raio-x, agora a pouco. Mas graças a Deus eu tô vendo efeito, graças a Deus, antes minha a perna era assim um L, e hoje é bem, eu apoio o pé bem direitinho no chão (Jefferson, católico, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

As informações é que eu sofri uma queda, aí teve lesão de plexo envolvendo o plexo radial e outros aí. Você fez cirurgia? Foi fiz cirurgia vascular. Você procura se informar mais sobre o seu problema? Às vezes, mas às vezes eu não procuro saber não, porque pode ser um negócio pior né? (risos). Aí deixa o tempo passar. (Laércio, 23 anos, sem religião, categoria de renda baixa, ensino fundamental I).

Os membros das classes populares se sentem incapazes de reproduzir o discurso médico, conforme destaca Boltanski (2004), provavelmente, devido à recusa do médico ou dos profissionais do campo da saúde, entre eles, o fisioterapeuta, em fornecer ao doente as informações sobre seu corpo e doenças a fim de impedi-lo de manter uma relação científica com o corpo e uma relação reflexiva com a doença. A partir daí os membros das classes populares constroem seus próprios discursos com ‘seus próprios meios’, ‘recursos de bordo’, compostos

de materiais fragmentados, heteróclitos, palavras mal entendidas, frases descabidas arrancadas do discurso médico, originando um discurso ‘vazio’ sobre a doença ou a tentativa de reprodução do discurso médico. Um exemplo já citado do “mal entendimento” sobre o adoecimento, é a claustrofobia apresentada por um paciente, a qual é decorrente do seu quadro de insuficiência respiratória, porém não é compreendida pelo paciente como um sintoma que faz parte do quadro clínico da doença.

[... ] Mas outro negócio que eu tenho que esse é que ruim, esse é, esse é... agora isso é desde de novo, os médicos chamam de “catofobia” né? “Não sei. É o que?” Eu tô num canto fechado assim. “Sim é claustrofobia!” [...] (sic) (Franklin, 78 anos, católico, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I).

Através desse jogo de reinterpretações as ‘representações da doença’ são identificadas. Tais representações por vezes se mostram relativamente bem acabadas, coerentes e explícitas, em outras, permanecem em estado latente, escondidas no discurso, traídas pelo emprego de certas palavras ou imagens particulares. Por considerar que está na natureza do conhecimento popular não se expressar de maneira sistemática ou teórica, mas sim através da anedota e do relato, a consciência aguçada da ilegitimidade das representações populares contribui ainda mais para entravar a elaboração e a verbalização das questões relativas à doença. Assim, se por um lado, desautoriza-se a utilização da linguagem médica pelo leigo, por outro, são desenvolvidos e incentivados trabalhos educativos que visam a ampliar o domínio médico e educar o paciente a aceitar e a se submeter à autoridade deste.

Um entrevistado da categoria de baixa renda que apresenta o mesmo tipo de incapacidade referida por outro integrante, devido ao capital cultural que possui, fugiu à regra predominante na categoria e em sua fala identifica-se que o grau de informação acerca do seu adoecimento é realmente satisfatório. Suas informações

sobre o adoecimento são atualizadas e as fontes de pesquisa na internet são abalizadas.

Você está satisfeito com as informações que tem sobre o seu problema de saúde? Eu acho que a medicina precisa avançar muito, porque na área da lesão medular, isso vem acontecendo há bastante tempo, mas as pesquisas não chegaram a um ponto chave pra cura. Então esse caso aí, das células tronco, eles deveriam incentivar mais as pesquisas, com certeza. Até porque, as células não só podem ser retiradas do feto, podem ser retiradas do próprio paciente pra não haver rejeição. E eu gostaria que eles se dedicassem mais. Inclusive eu estou em contato com o médico do IPCTRON, Instituto de Pesquisas com Células Tronco, que vem fazendo experimentos com pacientes. Só que ele falou que está tendo resultados positivos, porém até o momento, são lentos. Mas a partir que tiver resultados melhores, ele entra em contato comigo para que eu possa também... participar dos experimentos. Com certeza. E a qualquer momento que avançar eu estou disposto a ser uma cobaia. Onde você costuma buscar essas informações? Internet. Literatura, pouquíssima, mas a Internet é uma cultura universal (Aldir, 28 anos, católico, categoria de renda baixa, nível superior).

Entre os entrevistados da categoria de renda intermediária I, de ambos os gêneros, com níveis de escolaridade entre básico e superior, o grau de satisfação com as informações obtidas é igualmente referido como satisfatório. Porém as falas dos integrantes dessa categoria, quando comparadas à compreensão dos integrantes da categoria da baixa renda, indicam que há uma compreensão mais clara acerca dos adoecimentos e há o interesse em buscar informações sobre a doença.

Tô, porque todos, porque Dr. H. que foi meu cirurgião ele explicou, aí Dra M. já explicou de novo, aqui os fisioterapeutas explicam também tudinho, aí eu acho que eu tô satisfeita, né? (Veridiana, 44 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível fundamental I).

Sim, a partir do momento que eu cheguei lá e que ele já supôs que era isso, acho que a sua patela, deu uma olhada na forma que eu pisava e coisa e tal, e ele já achou que era isso a patela tinha lateralizado e me encaminhou ao ortopedista pra fazer os exames. Mas assim, eu me preocupei, eu nunca tinha visto isso com esse nome, eu chamava de bolacha de joelho, então a própria técnica da medicina já me instigou a dar uma busca na internet pra ver o que era isso aí e assim pra me certificar de que o que ele tava falando, porque assim hoje a gente não sabe até a formação do profissional como é que é, com tanta universidade particular, a gente não sabe até que ponto essa formação tá sendo íntegra, né? E aí eu me preocupei de saber se aquilo que ele tava dizendo condizia com o conhecimento exposto na net. "E nessa ocasião que você pesquisou na internet você ficou satisfeita com as informações?" Sim, sim, porque foram coerentes, inclusive, com o diagnóstico precoce dele, o diagnóstico final do ortopedista, como também com o tratamento que ele iniciou (sic) (Maria Rita, 43 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior).

Estou. Eu acho que eu sei tanto quanto eles, ou até mais! “Quem lhe deu essas informações? Eu, primeiro, pra mim chegar a esse ponto de saber o que eu tenho, não precisei de ir a nenhum médico. “Você tem asma? Asma, *dextrocardia*, *situs inversus totalis*”<sup>45</sup>, não sei se o Dr K lhe explicou? “Não”. Não, né? Então como eu descobri isso de coração do lado direito? Eu quando tava no Rio de Janeiro, eu tive problema, fui bater um raio-x e lá me seguraram [...]. E aí eu cheguei a um ponto eu vi que eles tavam com dificuldade, tavam olhando e não entendia nada, aí eu falei pra uma doutora, até doutora C. Doutora a senhora tá com alguma dúvida? Algum problema? Sim, porque o raio-x tá saindo errado. Eu disse, olhe eu tenho o coração do lado direito. Aí ela disse, como você soube disso? Ah! pra mim saber disso não precisei de ir a médico nenhum, a gente sente bater, né? Eu sentia bater, eu correndo atrás de bola, no sítio, eu muito novo né? Eu falei isso pra minha mãe uma vez, aí minha mãe disse: besteira menino, já viu gente viver com o coração do lado direito? (risos). Eu acho que ele não queria contar a história pra eu não ficar preocupado, né? (risos). [...] Mas nisso, eu fiquei internado, isso foi no Hospital L. no Rio de Janeiro, depois eu fiquei internado na S. fiz tudo que é exame, lá foi feito muito exame, era hospital escola, aí eu fiquei sabendo de tudo. “Você acha que tem as informações necessárias?” Tenho tudo, o médico, ou qualquer um, se ele não falar a coisa certa pra mim eu sei que ele tá falando besteira. Claro, eu respeito, eu tenho limitação, né? Se eu pegar coisas que sejam um pouco pesadas, eu canso com facilidade e dependendo da situação eu canso até debaixo do chuveiro. Tem dias que eu ando bastante a pé e não canso, certo? Como agora eu tô bonzinho, mas aí tanto faz tá bom, como daqui a dez, quinze minutos tá mal. E é assim que a gente vai sobrevivendo! (sic) (Apolo, católico, categoria de baixa renda, nível fundamental II).

Para uma das entrevistadas da categoria de renda intermediária I, as informações dadas e por ela buscadas são satisfatórias, porém, foi sinalizada a insuficiência de informações repassadas pelo fisioterapeuta devido ao tempo e sistema de atendimento do serviço privado freqüentado pela paciente. Por outro lado, outra entrevistada refere que não tem interesse para a obtenção de informações sobre sua disfunção física.

Não, eu nunca quis não. Assim, eu já entendi que é uma doença degenerativa, entendeu? Já sei que é aquilo, sei que precisa ter cuidado e eu acho que se eu começar a mexer muito eu vou 'encucar' (sic). (Adriana, 54 anos, católica, categoria intermediária I, nível superior).

Estou. Essas informações foram dadas por quem? Médico e pesquisas. O fisioterapeuta informava também, mas pela maneira, pelo sistema de atendimento, ele não tem o tempo suficiente pra chegar e esclarecer tudo ao paciente. Então eu fui pesquisar e entender o que se passava. Parece que não dá tempo, o sistema de atendimento dele não permite acontecer

<sup>45</sup> A dextrocardia associada à situs inversus totalis é uma condição rara, com incidência de 1:10.000 na população em geral, caracterizada pelo posicionamento anormal do coração, com seu ápice posicionado no lado direito. Entretanto, a maioria dos indivíduos afetados pode viver uma vida normal (PEGO-FERNANDES. et al. 2007 in [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000500021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000500021)).

isso (sic). (Eliane, 54 anos, budista, categoria de renda intermediária I, ensino superior).

Ainda sobre a mediação da linguagem e o papel do fluxo de informação na relação entre profissionais da saúde e pacientes, têm sido verificadas mudanças no comportamento dos pacientes advindos da difusão da informação. Um estudo desenvolvido por Schraiber (1993) analisou a incorporação da tecnologia no campo da saúde. O potencial de informação através da Internet possibilitou a obtenção de informações sobre qualquer tema, para os que a ela tenham acesso, a qualquer hora, em qualquer lugar do planeta. As diversas informações sobre saúde, confiáveis e duvidosas, estão sempre disponíveis. Assim sendo, é cada vez maior o número de indivíduos que acessam a internet em busca de alguma informação em saúde facilmente encontradas em web sites, comunidades virtuais e grupos de apoio. Tal interesse, comumente está relacionado a casos vivenciados por eles ou por amigos e familiares. A consulta à internet também ocorre após alguma consulta aos profissionais do campo da saúde a fim de entender ou complementar as informações por eles oferecidas.

Segundo Garbin et al (2008), pesquisas recentes têm demonstrado que o interesse por informação sobre saúde na internet é mais prevalente entre as mulheres, em busca de prevenir, evitar ou reduzir os custos de tratamento de um dos membros da família, ajudando na gestão do orçamento familiar. O interesse por informação em saúde na rede está presente também entre os jovens. O acesso facilitado nas escolas, e a garantia do anonimato favorecem a busca de informações sobre saúde a fim de confirmar ou complementar aquelas obtidas nos livros ou na sala de aula. Alguns estudos analisam ainda que a partir das diversas motivações dos indivíduos doentes para a busca de informações na internet, um interessante fenômeno sociológico tem se configurado, as 'comunidades virtuais', que reúnem

doentes portadores de diversas patologias, em especial doenças crônicas, raras ou estigmatizantes (PANDEY, et. al. 2003; SKINNER, et. al. 2003; BERGER, et. al. 2005; ZIEBLAND, 2004 apud GARBIN et.al. 2008).

Entre os entrevistados da amostra, das categorias de renda intermediária I, II e alta, a internet foi citada como aliada na busca de informação, sendo inclusive acessada por uma entrevistada integrante da faixa etária acima de 75 anos.

Eu comecei a sentir umas dormências na mão, na perna e fui pra os médicos primeiro “daqui da sua cidade”, mas aqui eles somente desconfiavam que era problema de coluna. Aí foi aumentando, eu fui pra Recife e lá, um neurologista indicou, mais ou menos o que era, né? Podia ser uma Síndrome Z, aí eu fui pra São Paulo. Aí cheguei lá, eu procurei o neurologista que foi indicado, aí ele me internou no Hospital P. e eu passei oito dias lá, fazendo os exames, até que realmente foi constatado que era Síndrome Z. Retornei, o único, o único tipo de tratamento que existe é fisioterapia. “Mas você está satisfeito com as informações que tem?” Até agora, sim. Na realidade depois que a gente comprova, você hoje tem na mão uma arma chamada Internet então você localiza, eu e a minha menina, a gente vive pesquisando direto e é isso mesmo. (Alfredo, 57 anos, evangélico, categoria de renda alta, nível médio).

Estou, eles tão sempre informando. Sempre, sempre, as coisas que eles utilizam e tudo, viu? Eu tenho informações. Agora de vez em quando, eu agora tô pesquisando sobre Pilates, porque eu tô pensando em alternar agora Hidro e Pilates, porque eu não tô conseguindo andar muito, mais. Porque meu filho não quer que eu ande só e aí fico parada dependendo dele porque ele tá muito ocupado também. “Você pesquisa na Internet?” Pesquiso. “Com seus netos ou só?” Só! Eu só, meu netos são pequeninhos! Quando surge uma doença nova ou remédio novo, eu vou sempre pesquisar na internet (sic) (Alice, 77 anos, católica, categoria de renda alta, ensino médio).

Ao analisarmos as falas dos integrantes da categoria de renda intermediária II, identificamos que comparativamente às demais categorias sociais, eles se interessam em obter mais informações e seus discursos sobre as informações dos respectivos adoecimentos apresentam de certa forma, maior coerência com o discurso dos profissionais do campo da saúde, conforme identificamos nos trechos ilustrativos das falas produzidas por algumas mulheres da categoria de renda intermediária II.

Ainda deixa a desejar. Na Distrofia, eu acho que ainda tem coisa muito, eu acho assim que não existe muita pesquisa. Não é o problema daqui, desse serviço, é global, os próprios médicos onde eu vou. Os médicos não dão aquela informação, então não tem mesmo. Diagnósticos errados. Os

especialistas mais renomados quando a gente vai ouvir outra opinião, não bate nada a ver. Eu sofri isso agora, dezesseis anos com um diagnóstico, quando a gente foi pra essa neuromuscular em Recife, era outro. Eu vivia sendo tratada como uma doença X, de janeiro pra cá foi que eu soube que eu não tenho doença X, eu tenho Distrofia Muscular, então eu ainda não sei que tipo de Distrofia eu tenho, tá entendendo? Minha cabecinha tá...! "Tudo inconclusivo, tanto por parte dos médicos quanto dos fisioterapeutas?" É, até pra eu dizer a eles eu não sei. Como o menino perguntou agora, que tipo de Distrofia a senhora tem? Eu digo meu filho eu acho que é de cintura, mas eu não vou dizer a você com certeza. Porque agora em junho é que eu vou, tô com o resultado dos exames vou ver o que é que vai dá, fazer a biópsia, pra ver o que é. Mas isso tudo, essas informações, foram mais buscadas por mim. Os laudos que eu tenho são do H de São Paulo. Quer dizer a dezesseis anos atrás, né? Tava com uma Medicina de ponta. De ponta, não é? E hoje já vêem outra coisa. A medicina em si já é falha, né? (sic) (Ana Maria, 55 anos, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Eu vou dizer com muita tranqüilidade, eu recebi mais informações com relação a cuidado com postura, a cuidado com o movimento, necessidade de fortalecer musculatura, os problemas que poderiam acarretar se a gente não cuidasse, eu recebi essas informações dos fisioterapeutas que me acompanhavam. Muito mais do que dos profissionais médicos. Então quem me deu o maior suporte pra compreender, entender e tentar superar toda a problemática da discopatia e os transtornos das costas foram os fisioterapeutas (sic) (Cláudia, 43 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Eu tô satisfeito porque o tempo, o senhor da razão, já fez decantar o processo. Então hoje eu tô um pouco mais resignado. Isso não era, não acontecia da mesma forma no início. No início era muito difícil, as fisioterapeutas não me suportavam muito, porque eu bombardeava as pobres coitadas com muitas perguntas, as quais elas não tinham respostas, inclusive. Que fugia da área delas, da área da neurologia, enfim. Mas hoje não, hoje em dia eu tenho um esclarecimento muito maior acerca do problema por que passei, chega uma hora, que não fico a toda hora bombardeando a minha fisioterapeuta com perguntas que eu já sei até a resposta, inclusive. "Em que fontes você procurava informações?" Não, eu na verdade, na verdade eu começava comparar o discurso de uma pessoa com o de outras pessoas, e ficava extremamente frustrado, não buscava em outros locais saber o que se passava não, mas ficava extremamente frustrado, até porque elas não tinha resposta pra me dar. A doença neurológica é muito complicada, muuuito complexa, não dá pra dizer...a minha área é mais fácil, olha vou movimentar um dente não dá, vou noutro, isso acontece naturalmente. Na neurologia, não funciona assim, na doença neurológica, na patologia neurológica não funciona dessa maneira, então eu tomei aos poucos consciência disso e entendi (Edson, 48 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Não, não sou satisfeito, porque o que eu sei sobre a doença são coisas assim divulgadas muito resumidas. Não tem assim, vamos dizer um debate, uma discussão mais aprofundada sobre aquilo. É uma reportagem não é, de revista, de jornal, de televisão, que sai na televisão, e tal, a semana passada eu vi uma reportagem sobre o AVC, não sei, não me lembro bem se foi na Rede Globo, dando porque o AVC acontecia, mas não é uma reportagem aprofundada, bem detalhada. Mas eu tenho noção, muita noção, porque ocorre, como recuperar, o agravante do AVC, né? O mais agravante, o menos agravante, as conseqüências, isso aí eu sou informado.[...] Mas eu questioneei muito com a fisioterapeuta sobre esta, esta doença e ela passou as informações, não sei se foram informações

corretas, mas, pelo menos ela me respondeu. Ainda hoje eu pergunto, eu perguntei há pouco R. porque me dói aqui nessa articulação aqui em baixo e ela me explicou porque, né? (Josué, 56 anos, evangélico, categoria de renda intermediária I, nível superior).

Entre os integrantes da amostra da categoria de renda alta, de ambos os gêneros e de níveis de escolaridade de médio a superior, o grau de informação acerca dos seus adoecimentos é citada como satisfatório e as informações são repassadas a eles predominantemente, pelos profissionais do campo da saúde que os acompanham. No entanto, na opinião de um deles, a segurança dos fisioterapeutas que o acompanham para a transmissão das informações, apresenta algumas fragilidades. Destaque dado ao fato de que o entrevistado, apesar da sua localização social, faz acompanhamento em uma clínica escola de fisioterapia de uma instituição pública, devido à inexistência do procedimento do qual necessita em nível privado.

Bom. Eu diria a você que é razoável, é razoável. Eu diria a você que esse mundo que eu tô lá dentro, eu sou uma pessoa que trabalhei, em muitas áreas e tenho noção de treinamento pessoal, essa coisa toda. Eu acho que uma das coisas mais importantes não é você colocar uma pessoa para passar informações. No começo, no início o professor pra o aluno que é o caso aqui e tal. O mais importante é uma coisa chamada acompanhamento, o monitoramento. E eu sinto às vezes que em algumas situações elas ficam meio indecisas e perguntam uma a outra. Aí você vai dizer, sim fulano, mas acontece que são alunos, os professores estão conversando entre si. Eu digo, mas uma das coisas que levam você a se sentir, feliz, satisfeito, esperançoso é quando você recebe informações de alguém com segurança, pra você receber e ter aquela confiança. Porque quem está na situação de doença, e se depara diante de um profissional de qualquer área que seja, a coisa que ele mais anseia, mais aspira, mais deseja, não é verdade? É que, aquele que tá ali diante de você, passe pra você as coisas com certeza, com segurança e não vacile, e não olhe de lado pra pedir auxílio a outro entendeu? Lógico que um trabalho desses é também um trabalho de troca entre eles mesmos, né? Do que eles não estão entendendo. Mas eu diria, por exemplo, que numa escala de zero a cem, eu botaria aí um aproveitamento muito bom de oitenta e cinco a noventa por cento, essa faixa de 10 por cento, porque a Dra. Q, por exemplo, que monitora todos eles aí, tem cuidado, é uma pessoa muito criteriosa, então eu acredito que essa coisa vai. Mas nós vivemos num país que o tema saúde é colocado em terceiro ou quarto plano, então uma instituição como essa que faz um trabalho desses merece da gente todo aplauso, toda admiração. Se ela tivesse mais condições de trabalho, entende? [...] a infra-estrutura, já é pequena, já começa a ser pequena, a demanda cresce a cada dois segundos e os serviços não acompanham essa demanda (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio).

A localização social do entrevistado pode conferir a ele expectativas de atendimento diferenciado, considerando que entre os membros das categorias mais altas e os profissionais de saúde, a relação, a comunicação e a troca de informações podem tornar-se mais fácil devido a eventual proximidade de estilos de vida, conforme informa Bourdieu (1995) e Boltanski (2004). No entanto, tal aspecto nem sempre é possível em serviços públicos e em âmbito acadêmico, onde o estudo no atendimento ao paciente deve fazer parte da formação do futuro profissional. A opinião emitida pelo paciente se deve também pelo fato de que o seu campo de atuação profissional é o da comunicação. Assim, foi feita por parte dele uma análise mais crítica e abalizada sobre os aspectos da comunicação e linguagem existentes entre os profissionais de saúde e pacientes, o que certamente contribui para a reflexão aqui proposta.

De uma maneira geral, para os integrantes da amostra as informações sobre suas disfunções atendem as suas expectativas e tais informações são comumente repassadas pelos profissionais de saúde – médicos e fisioterapeutas, bem como, nas categorias sociais de maior nível de escolaridade e acesso às informações, essas eram obtidas a partir de pesquisas em revistas, reportagens na televisão e internet.

Porém, ao analisarmos as falas dos entrevistados sobre tal aspecto, levando em conta as suas localizações sociais, identificamos que para os membros da categoria de baixa renda, embora o grau de satisfação com as informações tenha sido verbalizado como proveitoso, elas não eram totalmente apreendidas, ou seja, as informações dadas pelos profissionais de saúde acerca dos adoecimentos dos pacientes, quando dadas, não eram suficientemente claras e compreendidas, de forma que alguma explicação pudesse ser reproduzida.

Nas categorias de renda intermediária I, II e alta, tal aspecto foi sendo gradativamente corrigido à medida que as categorias se elevaram cultural e economicamente. Provavelmente isso ocorre, devido ao maior capital cultural por eles apresentados, o que possibilita, ou até direciona o diálogo, o que concorre para uma maior apreensão dos conhecimentos repassados pelos profissionais, bem como, pelo maior acesso às informações, sobretudo pela Internet.

#### **6.2.12 O que dizem os fisioterapeutas sobre os pacientes informados**

Com os fisioterapeutas, questionamos sobre as respectivas opiniões sobre a busca de informações sobre a saúde por parte dos pacientes e seus efeitos sobre a sua relação com eles. Para a maior parte dos fisioterapeutas, de ambos os gêneros, das categorias de rendimentos intermediárias I e II e atuantes nos serviços públicos e privados, a obtenção de informação acerca da saúde por parte dos pacientes, é vista de forma positiva.

Entre as profissionais do gênero feminino, a totalidade delas, analisa a iniciativa de alguns pacientes em buscar informações sobre a saúde, como boa, positiva, ou interessante. Para algumas fisioterapeutas, o paciente ao ter tais informações, passa a ter mais conhecimento daquilo que está sendo feito pelos diversos profissionais que o acompanham. Outras consideram que o fato dele estar informado favorece a um maior compromisso com a terapêutica, tanto por parte dele, como do profissional que o acompanha, bem como, possibilita ao profissional a oportunidade de atualizar-se.

De extrema importância. Porque ele precisa saber de tudo o que tá acontecendo com ele, e o que é que os médicos, fisioterapeutas, psicólogos, estão, fazendo para tratá-lo, né? Os métodos que os profissionais de saúde tão utilizando pra levar a melhora dele. Então ele tem que sempre estar de olho, sabendo de tudo, perguntar tudo sobre a doença, pra não ficar alienado. E assim, poder questionar por que isso? Por que aquilo? E não isso e não isso? (sic) (Paula, 25 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço público e privado).

Ah! Eu acho, acho ótimo, acho muito positivo. Porque significa, primeiro: que ele tem o discernimento de que nenhum profissional vai prover pra ele o tratamento único e verdadeiro sobre aquele caso. Então o fato dele tá procurando, assim como nós, quando vamos a um profissional, buscamos às vezes mais de um profissional. Significa que ele tá altamente comprometido com o tratamento dele, né? Em melhorar. Então eu acho muito positivo. Às vezes até acrescenta pra gente, ele traz informações novas, porque a gente trata de, de 'n' patologias, mas a dele pra ele é única. Eu acho interessante! (sic) (Kalina, 30 anos, divorciada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Eu acho muito bom. Porque a partir do momento em que ele se informa, ele valoriza ainda mais aquilo que ele tá recebendo. Ele questiona! E isso é muito bom pra gente também, porque também estimula o profissional a estudar, a se aprofundar ainda mais na patologia. Porque se o paciente sabe, o profissional tem que saber mais ainda, né? (sic). (Lígia, 29 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Para algumas fisioterapeutas, a obtenção de informações por parte dos pacientes, embora positiva, precisa ser acompanhada por elas de forma cautelosa, nos sentido de checar as informações por eles obtidas, esclarecendo-as, quando necessário, e informando, independentemente das informações apreendidas.

É a questão da Internet, né? Porque eles já vem pra gente sabendo tudo, até testam a gente, perguntam coisas que já sabem. Geralmente, eu tento responder, da maneira mais clara pra eles, é uma maneira que a gente tem de ganhar a confiança deles, quando a gente responde realmente o que eles viram na Internet. Então a gente tem com isso, a gente tem que se atualizar cada vez mais, né? Pra poder quando chegar o paciente a gente poder responder o que ele quer ouvir. Mas eu sempre, eu sempre que vou fazer alguma coisa, eu costumo informar. Pra que e por que eu tô fazendo aquilo ali, pra que serve, porque ele precisa daquilo ali, até pra facilitar o interesse dele em comparecer a fisioterapia. Porque às vezes você usa uma técnica, ah! Aquela besteira? Não serve de nada! Aquele aparelho? Não serve de nada? E muitas vezes, quando você explica, ele realmente vê o resultado daquilo ali (sic). (Marina, 39 anos, casada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

É bom. Tem algum... não tem o conhecimento técnico. Porque a gente sabe que muitas vezes as revistas e internet não dá aquela qualidade de informação, a informação que é correta, né? Então aquele paciente eu acho que ele é mais ansioso do que o paciente que tá leigo. Então eu procuro na medida do possível dar informação e também tirar aqueles mitos que o paciente chega falando pra gente e achando que é correto aquilo. Eu informo na medida em que ele entenda. Mesmo que seja uma pessoa esclarecida. A gente vai de acordo com aquela ansiedade do paciente. E se for alguma ansiedade que eu tô vendo que eu não posso ajudar, eu indico

um profissional adequado pra que seja melhor esclarecido (sic). (Catarina, 41 anos, casada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Embora não tenhamos procurado inferir junto às fisioterapeutas, se durante as práticas fisioterapêuticas havia, por parte delas, investimento ou abertura para a eventual troca de informações, em suas falas, identificamos que para a maior parte, a informação faz parte das suas condutas terapêuticas. Em um depoimento dado por uma das fisioterapeutas, a informação é citada como um dever do paciente, contudo, segundo a entrevistada, ela não é buscada pelos pacientes cujos capitais econômicos e/ou culturais são menores, bem como, a informação acerca do adoecimento e seus desdobramentos não é devidamente repassada a estes mesmos indivíduos, em especial, pelos profissionais da classe médica, embora seja este o anseio dos pacientes, a obtenção da informação sobre a doença por parte daqueles que diagnosticam, medicam e na medida do possível, tratam.

Eu gosto, sabe. Eu gosto, porque eu acho assim, é um dever dele, entendeu? Antigamente não. Não tinha Internet, né? Mas hoje! Eu fiz uma pesquisa no meu mestrado e eu notei que eles não são informados sobre a doença deles. Mas eles queriam ser. Eles queriam que essa informação partisse do doutor, do médico, não de outro profissional. Eles queriam que realmente o médico tivesse dito alguma coisa a eles. Porque eles falam o seguinte, não é ele que passa o remédio? E a explicação? Então, se não dá, eles vão atrás. Muitas vezes é um neto que tem computador e pesquisa pra eles. Esses mais informados, eu noto que são os que têm uma renda melhor, são aqueles... de convênio. Como eu tenho tanto um lado, como o outro, trabalho tanto com o público como também com o privado, eu noto que o do público continua, infelizmente, com vergonha de perguntar o que tem. As pessoas também não informam por causa daquela produtividade, o tempo. E aí a gente como profissional de saúde o vai que fazer? [...] Aí, a gente tem que passar pelo processo educativo, né que é outra coisa complicada. Porque muitas vezes a instrução deles, é instrução muito pequena, e a gente vai ter que fazer, informá-los, ainda que vá dar mais trabalho, sem usar a linguagem técnica [...]. Hoje eu noto que a enfermagem e a fisioterapia, é quem mais informa ao doente. Então nisso, a gente tá avançando! Eu acho que a enfermagem por causa do cuidado, né? Que ela vem no cuidado há muito mais tempo, e a gente que vem de 1969 pra cá, eu acho assim, que a gente tá ganhando e avançando muito nesse ponto, na informação, no cuidado (sic). (Andréa, 40 anos, casada, espírita, categoria intermediária I, serviço público e privado).

O depoimento apresentado ratifica o entendimento de Boltanski (2004), quando pontua que há diferenciação entre o discurso proferido pelo médico, e que esta diversificação se dá, sobretudo, em virtude da classe social do paciente. Ou

seja, aos membros das classes superiores serão dadas algumas explicações que inclusive, podem favorecer a manipulação por parte do paciente de certas partes do discurso médico. Boltanski considera ainda, que a frequência e a intensidade das relações que os doentes mantêm com o médico e a qualidade do 'colóquio singular' crescem quando se sobe na hierarquia social e diminui com a distância social entre o médico e o doente.

Entre os fisioterapeutas do gênero masculino, as opiniões acerca do paciente buscar informações sobre os seus respectivos adoecimentos e/ou disfunções associadas, foram igualmente de forma unânime, positivas, sendo considerada prática importante, natural, e incentivada por parte de alguns profissionais. Foi citada ainda, como um incentivo à atualização e aprendizado para eles, conforme informam as falas ilustrativas.

Eu acho interessante isso. Aí a gente volta um pouquinho no tempo, e vê que a coisa mudou completamente, né? Essa tal da Internet! Mas eu acho válido, sabe, acho válido mesmo. Por duas razões: primeiro, ele passa a conhecer o problema dele. Porque se ele é uma pessoa que pesquisou, então ele viu qual é o tipo de problema e o que deve ser feito, então ele já tem uma noção de determinados comportamentos. E por outro lado ajuda a gente tá mais informado, justamente pra lidar com esse tipo de paciente. E isso é bom. Eu gosto, eu gosto disso. Eu acho que ajudou dos dois lados, a gente pra não ser pego de surpresa, passa a se atualizar, né? E o paciente ele tando bem informado ajuda mais, entendeu? Ajuda até num eventual insucesso. Quando a gente questiona se determinadas condutas ele adotou e ele diz que não e a gente tem como contra-argumentar. Dizer que ele sabia disso também, né? Eu acho que isso só veio a ajudar, eu não tenho nada contra não, muito pelo contrário (sic). (Fabrício, 40 anos, casado, evangélico, categoria de renda intermediária II, serviço privado).

É, certo. Por exemplo, quando ele indaga sobre determinados assuntos, né? Então eu procuro tá bem atualizado sobre o assunto. Porque é importante, pra qualquer informação que ele traga, é importante que você saiba o que dizer daquela informação. Eu acho que é importante, mostrar trabalhos, artigos que demonstre ou o que ele falou ou que contradiz o que ele falou, seja qual for o que ele trouxe pra você. Acho que é a segurança em você, vamos dizer assim, defender o seu ponto de vista. Então tem que ter argumentos pra isso, ter a prova pra isso, artigos, revistas publicadas que também existe na Internet, né? Que você pode dispor pra esse paciente, se ele trouxe algo em contrário. Então, estar atualizado, acho que é a principal situação desse momento. [...] Eu acho que a atualização do profissional, por isso que eu bato muito em cima disso, quem faz o profissional é você. [...] Se você por exemplo nunca mais participou de nada, nunca mais viu nada, você na hora vai, vai tremer, e se você disser, olhe eu não aceito esse tipo de informação, eu trabalho com determinada situação, eu acho que isso aí vai frear as dúvidas e melhorar o

relacionamento (sic). (Artur, 33 anos, casado, sem religião, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

Embora os discursos indiquem uma visão positiva acerca desse ponto, pode-se ler nos comentários, que a busca de informação por parte dos pacientes, produz sobre os fisioterapeutas, uma inconfessada ameaça ao que isso pode representar. Na medida em que mexe nas estruturas de poder em que se baseiam as relações entre os portadores do discurso competente e os usuários dos serviços. Como nas entrevistas nos movemos no âmbito do politicamente correto, a tendência das falas é mencionar e apresentar o ideal e não a concretude do que acontece nos encontros entre o par de atores aqui focalizado. A próxima fala é bem representativa dessa ameaça que a democratização da informação pode representar.

Entre os depoimentos dos fisioterapeutas, um faz alusão ao cuidado necessário ao lidar com pacientes cujos perfis apontam para uma maior bagagem de informação acerca do adoecimento, uma vez que, sugere um maior nível de segurança e envolvimento com a terapêutica.

É bom. Mas é um paciente mais difícil de ser trabalhado. Mas assim, eu acho que é aí que você precisa... ao passo que no do SUS, você sabe a doença, e precisa identificar essas outras questões, sociais, psicológicas do paciente. No que tem plano de saúde eu acho que você tem que tá imbuído, esquecer um pouco o lado social, porque aí a pergunta pelo aspecto social, pelo aspecto psicológico mais parece uma curiosidade, de que especificamente pra contribuir com o tratamento. Então, a esses pacientes, eu respondo da seguinte forma, é uma questão de você ter um conhecimento muito maior e atualizado do que o que a doença manifesta. E é claro, fazer essa leitura em silêncio, do comportamento do paciente frente ao que você se propõe. [...] Eu já tive essa experiência, e você tem que ter muita, mas muita segurança do que fala, do contrário, a credibilidade do seu tratamento, ela é zero. Então você automaticamente é rejeitado. Quando ele tem uma leitura superficial do que você deve conhecer profundo, é fácil de resolver. “E a relação de alguma forma muda?” Muda, muda, muda, porque às vezes, até você adquirir a confiança, é uma relação fria, né? Ele tá lhe avaliando também, por conhecer, ele fica lhe avaliando [...] Agora, é claro que à medida que você trata, independente de quem quer que seja o paciente, e da classe social que ele ocupa, se o tratamento envolver assim uma resposta positiva da técnica que você utiliza e da forma de tratá-lo, necessariamente ele chega a lhe oferecer dados que ajuda pra que você faça uma leitura mais ampla, além da doença dele, também (sic). (Ricardo, 47 anos, casado, sem religião, categoria de renda II, serviços público e privado).

No entendimento de Garbin et.al. (2008) o fenômeno do acesso à informação em saúde, possibilitado, sobretudo, pela Internet, independentemente da posição social do indivíduo ou da qualidade da informação disponível, favoreceu o surgimento de um novo ator na área da saúde: o paciente expert. Para os autores, esse paciente, que busca informações sobre suas respectivas doenças, como, sintomas, diagnósticos, medicamentos, tratamentos, custos; ao ter acesso às informações disponíveis na internet, independente de sua veracidade, pode estar potencialmente menos disposto a acatar passivamente as determinações médicas, e por extensão, as dos demais profissionais de saúde com os quais convive, distanciando-se, portanto, dos padrões tradicionais do papel do doente parsoniano.

Ou seja, o paciente expert não é apenas um paciente informado, é um consumidor diferenciado dos serviços e produtos de saúde, que detém informações que devem ser consideradas por parte dos profissionais que com ele lida. Sobre esse novo ator em saúde, em linhas gerais, a literatura sobre o assunto considera que ele é fruto da melhoria do nível educacional das populações, do acesso às informações técnico-científicas e da transformação da saúde em um objeto de consumo. Segundo alguns de seus analistas, o paciente expert tem condições potenciais de transformar a tradicional relação médico-paciente baseada tradicionalmente na assimetria, e nas relações de mando e obediência, em uma relação em que ao menos a informação é socializada de forma acessível, adquirindo, portanto, características dialógicas.

Em consonância com o entendimento de Garbin (2008), embora atualmente, nesse período de desenvolvimento técnico-científico em que as informações são universais e acessíveis a todos, sempre existiu o movimento de obtenção de informações complementares com vizinhos, parentes ou amigos. Nos vários

momentos históricos, os indivíduos quando se tornam doentes, procuram conhecer, fora do circuito médico, a experiência de outras pessoas tanto acerca daquela doença, quanto do profissional ou da instituição, com os quais convive.

### **6.2.13 A interpretação do toque pelos pacientes**

Quando da elaboração das questões e da coleta de dados junto aos integrantes da amostra, ainda não havia entrado em contato com a discussão acerca da comunicação não-verbal, notadamente, com os aspectos defendidos por Edward Hall (1986) acerca da proxêmica. No entanto, a partir do contato com tal perspectiva teórica, ao analisarmos as interpretações dadas aos aspectos verbalizados pelos pacientes e fisioterapeutas sobre o toque, consideramos a discussão da proxêmica como modelar para a análise, uma vez que os aspectos considerados por tal perspectiva são identificados com muita clareza nas práticas de interação e comunicação entre o fisioterapeuta e o paciente. Para Hall (1986) a proxêmica analisa fatores como: postura-sexo, fatores cinestésicos, comportamento de contato, código visual, código térmico, código olfativo e volume de voz, estabelecidos na comunicação não-verbal.

Entre as várias técnicas empregadas pelos fisioterapeutas, vários aspectos relativos a tal perspectiva estão presentes. Ou seja, Hall (idem), ao enumerar os fatores considerados no estudo da distância mantida entre as pessoas, refere-se a aspectos da comunicação não verbal dos interlocutores, conscientes e inconscientes e nem sempre valorizados nas práticas fisioterapêuticas, sobretudo pelos profissionais fisioterapeutas, devido à não familiarização com a temática.

Dos fatores referidos por Hall, destaca-se a 'postura-sexo', que diz respeito ao gênero dos participantes em interlocução e as posturas por eles adotadas. Nas técnicas fisioterápicas, comumente, há diferenças entre os gêneros, e as posturas mais comuns são: o paciente deitado e o fisioterapeuta de pé, sentado ao lado ou em posturas que favorecem o debruçar do corpo do terapeuta sobre o do paciente. Outro aspecto mencionado por Hall identificado nas práticas fisioterapêuticas é o 'fator cinestésico', que analisa a proximidade entre os interlocutores, o contato físico existente, a curta distância, o toque, as partes que se tocam e o posicionamento do corpo. Complementando esse fator, o 'comportamento de contato', também citado, é identificado nas interações entre o fisioterapeuta e o paciente. Esse faz referência, as diversas formas de relações táteis e aos respectivos comportamentos, incluindo desde o roçar accidental, ao toque localizado e demorado.

Outro aspecto citado por Hall em sua reflexão acerca da proxêmica e identificado nas condutas fisioterapêuticas refere-se à distância entre os interlocutores. Entre o fisioterapeuta e o paciente, a proximidade necessária às técnicas, comumente requer a 'distância íntima' (0-50 cm), favorecendo assim, o contato físico, a visão, a percepção do cheiro, do calor do corpo e do volume de voz um do outro.

De acordo com as falas dos pacientes dos dois gêneros integrantes da amostra, as interpretações a respeito do toque foram, predominantemente, positivas. Nas falas das mulheres, com níveis de instrução entre o básico e o ensino médio, cujas idades variam entre 27 e 86 anos, identificamos que entre elas o toque é considerado importante. Elas referem uma boa aceitação e para muitas, mais do que o toque mecânico, há a predominância do seu aspecto expressivo, ou seja, o toque

é interpretado como veículo de comunicação, empatia, afeto e segurança, conforme nos informa Fritz (2002) e Montagu (1988).

As falas ilustrativas foram emitidas por mulheres acima de 50 anos, para quem conforme os autores citados, o toque oferecido por pessoas mais jovens poderia ser visto com alguma restrição, o que não se confirmou com as integrantes mais velhas do estudo. Ou seja, embora os cuidados terapêuticos sejam a elas dispensados por fisioterapeutas mais jovens, do mesmo gênero ou não, nenhuma resistência ao toque foi verbalizada por elas.

Eu me sinto bem, porque quando elas tocam elas perguntam: tá doendo? Eu tô apertando? Aí, não! Elas fazem tudo direitinho! De acordo com o que a gente tiver sentindo. Ave Maria, eu adoro! Aí eu abraço elas, elas me abraçam, eu gosto muito. Ave Maria elas são muito amáveis e eu abraço elas pra valer (sic). (Sônia, 58 anos, católica, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Eu gosto. Elas tem mãos carinhosas demais. Eu gosto porque elas tocam com muito amor (sic). (D. Marlene, 58 anos, católica, categoria de baixa renda, nível médio).

Para as mulheres da categoria de renda intermediária I, cujo nível de escolaridade se situa entre o nível básico e o superior, o toque é igualmente referido como bem aceito pela maioria delas. No entanto, para uma das entrevistadas de tal categoria, a aceitação não se deu com tranquilidade desde o início do tratamento, sobretudo, devido a aspectos relacionados ao gênero.

Sobre esse aspecto cabe ao profissional despertar para as diferenças individuais e culturais que predispõem a restrições ao toque, devido a fatores como o gênero, a idade e as experiências vividas. Além desse aspecto, a fala da entrevistada vai ao encontro da consideração de Hall (1986) que considera a influência da 'postura-sexo' na análise das distâncias e espaços entre as pessoas. O 'incômodo' pela proximidade e contato com uma pessoa do gênero oposto, na maior parte das vezes, culturalmente inculcado, foi substituído pela estratégia de receber o

toque como parte de um tratamento executado por um profissional, como pode ser identificado no trecho que se segue:

A primeira vez... assim até porque, assim... além do tratamento do joelho, a gente começou a fazer por conta da TPM, massagem reflexa, e assim... a princípio, eu achei meio que inconveniente, porque é uma pessoa tocando você né? E principalmente assim, não era uma mulher, era um homem, né? Então na primeira vez que eu fiz, eu fiquei um pouco constrangida e aí depois eu coloquei na minha cabeça, que aquilo é um tratamento, não é um homem, é um profissional. Então a partir daí eu fiquei mais relaxada e achei bastante interessante, porque na minha cabeça, antigamente, o fisioterapeuta ele cuidava especificamente aqui do local e não tinha outros campos que ele podia ajudar, que tivesse interferência na sua vida. E assim eu fiquei muito satisfeita nesse sentido e com uma sensação muito boa de relaxamento (sic). (Maria Rita, 43 anos, católica, categoria de renda intermediária I, nível superior).

Para as mulheres da categoria de renda intermediária II, de nível de escolaridade superior, assim como para as da categoria de renda alta, a aceitação ao toque é unânime. A referência a ele destaca, sobretudo, a sua importância não apenas enquanto técnica terapêutica. Uma das entrevistadas refere inclusive que o toque proveniente da massagem está cedendo espaço para equipamentos e outras técnicas.

Eu gosto. Acho bom quando as pessoas me tocam. Pelo contrário, eu tenho rejeição à rejeição (risos). (Maura, 57 anos, católica, categoria de renda alta, nível superior)

Ai, menina, olhe esse toque das mãos é uma história! As meninas morrem de rir comigo porque eu digo que é a dor mais gostosa que eu já tive na minha vida, quando elas fazem assim que alonga, eu acho ótimo. Ave Maria, às vezes eu tô assim cochilando e elas fazendo a manipulação. Eu gosto do toque. Ave Maria, olha às vezes eu tô assim e chega os meninos e me abraçam e me beijam. Olhe quando eu tava lá no Jeremias tinha uma criança que eu adorava ela, ela chegava, me abraçava nunca me agoniou aqueles abraços... eu gosto, gosto muito de tato, (risos), eu gosto, gosto (sic). (Léa, 55 anos, católica, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Eu sempre gostei muito da questão do toque eu acho que ele é fundamental pra você poder passar a energia que vai ajudar nesse processo de tratamento. E pra mim sempre foi muito interessante, o toque sempre ajudou. Era a parte que eu inclusive gostava mais na hora da sessão de fisioterapia, era a hora da massagem. Porque a impressão que dava, a sensação que dava era que você realmente tava conseguindo dissipar as tensões que estavam acumuladas em alguns locais. O toque na fisioterapia pra mim ele é muito importante. E foi uma coisa que eu senti que eu já disse pra fisioterapeuta que me acompanhou o que eu mais sinto saudade da época que eu tava grávida era a parte da fisioterapia, a massagem nas costas. É tanto que agora eu tô fazendo, uma vez por semana, tô fazendo massagem com a fisioterapeuta. É muito pouco agora, é mais aparelhinho

aqui, aparelhinho acolá, aparelhinho, alongamento, não sei o que, e a massagem... perde (sic). (Claúdia, 43 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior).

Ressalta-se, contudo, que diferentemente do mencionado anteriormente, para uma das mulheres da categoria intermediária, o toque feito por fisioterapeutas do gênero masculino, ainda não foi por ela aceito, embora ela esteja sob acompanhamento fisioterapêutico há 16 anos. Os motivos da 'resistência' não foram explicitamente citados, mas a partir do rubor da face e do riso, podemos levar em conta a possível influência do *habitus* familiar da paciente, no que diz respeito a orientação dos aspectos da proxêmica em seus fatores cinestésicos. Ou seja, para a paciente a distância e o contato físico estabelecidos entre ela e um profissional do gênero masculino é significativo e caso houvesse alguma tentativa para tal, poderia haver eventuais prejuízos para o estabelecimento da confiança necessária a relação fisioterapeuta e paciente.

Muito bom. Elas são muito cuidadosas. Só não gosto se for homem (risos). Você tem uma identificação maior com as mulheres? Por que? É, maior! Eu prefiro! (risos) Porque dá mais a vontade pra fazer os exercícios. Até porque eu nunca fiz fisioterapia com homem, nunca fiz, nunca, nunca nem tentei (risos) (sic). (Ana Maria, 55 anos, categoria de renda intermediária II, nível superior).

A partir das falas produzidas pelas mulheres que compõem a amostra, identificamos que em linhas gerais o entendimento de Fritz (2002) acerca da complexidade dos padrões de hábitos dos gêneros em relação ao toque de certa forma não se confirma. Ou seja, para as mulheres o toque é recebido de forma satisfatória, sugerindo assim, que há um espaço pessoal menor e mais permeável do que o comumente identificado entre os homens. Para o autor, provavelmente isso se dá devido à responsabilidade do cuidado com as crianças, histórica e culturalmente atribuído as mulheres, o que permite que haja a entrada no espaço pessoal do outro e a permissão para a entrada no seu espaço. Embora havendo

eventuais restrições ao toque, essas se dão, devido ao gênero de quem toca e não ao toque em si.

Para os homens, de níveis de escolaridade entre o básico e superior, com idades entre 23 e 78 anos, a receptividade ao toque é positiva e de forma predominante o toque é referido como uma condição necessária para o tratamento e de forma quase unânime ele foi citado pela técnica em si, mesmo que estando por vezes associada à dor decorrente das manipulações. Para alguns homens da amostra há a associação do toque com a interação terapêutica, e diferentemente das mulheres, poucos entrevistados mencionaram o toque associando-o ao carinho e ao cuidado recebido. Entre os homens da categoria de baixa renda, de nível de escolaridade entre o nível básico e o nível superior, o toque é referido, sobretudo, em relação às técnicas aplicadas e a necessidade dele como parte do tratamento.

Eu acho importante. Às vezes ela pergunta tá doendo? Aí eu, não, tá não, tá doendo não, pode continuar. Aí ela fica: oxente porque os outros fala que tá doendo e você... Não é porque eu não gosto de incomodar ninguém, pode fazer o seu trabalho. Tem que aguentar, porque é o trabalho deles, né? E eles já tão fazendo de tudo pra me ajudar, por isso que eu não vou falar tá doendo, para aí, paro não (sic) (Laércio, 23 anos, sem religião, categoria de renda baixa, ensino fundamental I).

Eu fico à vontade, deixo eles fazer o trabalho deles à vontade. Do jeito que eles quiserem pra mim tá ótimo. Com certeza, eu ajudo, o que eles mandam fazer eu faço. Fico totalmente à vontade. Eu não gosto daqueles fisioterapeutas que não, não, como é que se diz 'interage' comigo, eu acho que deveria mais, porque eles tão estudando, né? Tão aprendendo, tem que, como se diz, tem que colocar a mão na massa, né? O paciente faz e ele ficar olhando, faça aí... Eu gosto é quando eles age mesmo (sic). (Arnaldo, evangélico, categoria de baixa renda, nível fundamental I).

Destacamos, ainda, a fala de um entrevistado da categoria citada, de 28 anos, com nível de escolaridade superior, que fez referência ao toque como um aspecto para a identificação da segurança do profissional. Tal ponderação, no entanto, apenas foi verbalizada após certa dificuldade inicial em opinar a respeito do toque recebido.

Como você analisa o toque que você recebe dos fisioterapeutas? Particularmente, eu nunca assim, é... como é que eu posso dizer meu Deus... eu nunca parei pra pensar nesse ponto! Então, deixa eu ilustrar um

pouco mais, no seu tipo de tratamento, o trabalho é todo de manuseio, de mobilização com as mãos do fisioterapeuta, como você recebe esse toque...? Ah! Recebo bem. Percebe-se, você percebe que está sendo cuidado por um ótimo profissional a partir do primeiro contato físico, a partir do primeiro contato, do toque, com certeza dá pra diferenciar, muito, muito, muito, muito mesmo (sic). (Aldir, 28 anos, católico, categoria de renda baixa, nível superior).

A receptividade ao toque entre os pacientes da classe intermediária I, cujos níveis de escolaridade estão entre o nível básico e o superior é alta, e alguns deles fazem alusão à confiança, empatia e ao relaxamento proporcionado pelo toque e pelas técnicas, conforme mencionado nas falas ilustrativas.

Eu me sinto bem, eu sinto ali que ele tá com o máximo cuidado, que tem um carinho com a gente, né? Cuidar direitinho, não fazer o movimento errado. Eu sinto total confiança, no toque deles, me sinto muito bem. (sic) (Rodrigo, 41 anos, católico, categoria de renda intermediária I, ensino médio).

Olha, profissional, normal e em relação ao toque em si eu me sinto relaxado, super bem, super bem, porque vem a questão da massagem, dos procedimentos e eu me sinto super bem.[...] Essa área da fisioterapia, Ave Maria, são...não vou dizer que...mas são pessoas que realmente sabe olhar assim pra você e dizer assim, olha, vamos...vou resolver isso aqui, é uma massagem e na massagem você conversa um pouco, você vai relaxando tudo, é muito importante, nossa, é muito importante! (sic) (Alexandre, sem religião, categoria de renda intermediária I, nível médio).

A partir das falas produzidas pelos pacientes da classe intermediária II, cujos níveis de escolaridade estão entre o nível médio e o superior, identificamos que para eles, o toque é apreendido de uma forma mais elaborada, referindo-se inclusive à própria relação fisioterapeuta e paciente.

É, nesse tempo que eu tô aqui, eu não tive assim nada diferente, a não ser o toque profissional que a gente sente, que entende que é realmente a profissão. É uma profissão mesmo como qualquer outra, mas o fisioterapeuta eu acho que tem que ter assim a habilidade, o carinho, né? O carinho, de chegar, de tocar, de ver, de pegar, onde é que tá sentindo, a dor, a dormência, onde é, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo, esse movimento, esse exercício, eu vou fazer, vou ensinar, você faz, você faça tantas vezes, faça em casa. Isso é interessante, necessário que se faça, o profissional tem que fazer isso, porque se não fica o distanciamento entre o profissional e o paciente, e aquela distância faz com que o paciente fique inseguro, não confie bem no profissional, né? E passe a, o paciente passa a querer ver outros, outros profissionais se é daquela forma mesmo a ser tratado ou tratada, né? (Josué, 56 anos, evangélico, categoria de renda intermediária I, nível superior)

Um dos entrevistados dessa categoria social, que é igualmente profissional do campo da saúde, em sua fala afirmou a sua insatisfação inicial com relação ao

toque, bem como referiu aspectos analisados por Hall (1986) ao estudar a proxêmica com relação ao tom de voz.

Eu não gostava muito não, mas acabei me acostumando, porque já faz cinco anos que eu tive esse AVC. Eu vou até me aprofundar um pouco mais. Duas coisas que me incomodavam muito na fisioterapia, era o falar alto do profissional, eu falava doutora, pelo amor de Deus, eu sou sequelado, não sou surdo não. Eu até falei isso num curso que ela fez recentemente e a questão do toque, né? O contato físico... até porque por toda a minha formação de dentista eu não toco no paciente, eu não encosto no paciente. Enquanto professor eu sempre ensinei pros meus alunos pra não encostar no paciente. A fisioterapia é totalmente ao contrário ela precisa desse toque, mas eu acabei me acostumando. Obviamente que eu reconheço a importância, né? Eu via um poema de um ilustre dessa cidade em que ele ressalta, que ele realça que a fisioterapia, ela tem que passar pelas mãos, pelo toque das mãos, então, não tem como não ser assim. Então, eu entendo isso perfeitamente, de uma maneira muito lúcida (sic). (Edson, 48 anos, sem religião, categoria de renda intermediária II, nível superior).

A verbalização do entrevistado supracitado sinaliza uma restrição inicial ao toque, provavelmente reforçada por seu '*habitus* profissional', e faz alusão aos fatores descritos por Hall (1986) no estudo das distâncias entre as pessoas, como o fator cinestésico e o tom de voz. Com tal entrevistado, embora de forma não intencional, durante a condução da entrevista alguns fatores descritos no estudo da proxêmica puderam ser claramente identificados. Esses aspectos estão compartilhados, sobretudo, a título de reflexão acerca da influência da comunicação não-verbal como indicativo de sentimentos e atitudes, possível de serem confirmados pela comunicação verbal.

A entrevista com o paciente Edson foi previamente agendada com sua secretária, ficando acordados o dia e horário, e o local seria o seu ambiente de exercício profissional. Ao chegar no dia e horário previstos e no ambiente determinado, o entrevistado me aguardava em um mini-auditório, sentado em uma cadeira voltada para o centro da sala, e após algumas filas de cadeiras, havia outra cadeira destinada a mim, a entrevistadora, igualmente voltada para o centro da sala.

A partir da análise de Hall, a distância que nos separava, enquadrava-se na distância social (120-360 cm) onde não há contato físico e o tom de voz é normal. Identificou-se ainda, características semi-fixas, as cadeiras em sua disposição se caracterizavam como obstáculos a aproximação, podendo inclusive, influenciar na captação do som para a gravação da entrevista. Tal comunicação não-verbal poderia sugerir que o entrevistado precisaria manter tal distância social. A princípio eu não compreendi tal distanciamento e me inquietei, uma vez que o objetivo principal era a entrevista e a captação da fala do entrevistado através da mídia digital adotada como instrumento de coleta de dados.

A entrevista teve o seu início, com a coleta dos dados sendo feita a partir das questões a respeito do estilo de vida, sendo mantida a distância social por ele sugerida. No entanto, a partir da realização das questões sobre a relação fisioterapeuta e paciente, que precisavam ser gravadas, eu pedi licença e aleguei a necessidade da proximidade para a melhor captação do som, o que alterou tal distância para uma distância pessoal (50-120 cm) onde não há o contato corporal, mas há mais aproximação entre os interlocutores. Tendo em mente a necessidade da captação do som, considero que não foi perceptível nenhum incômodo por parte do entrevistado devido a tal proximidade. No entanto, a partir das respostas sobre seu estilo de vida e da verbalização acerca das questões abertas, foi possível identificar uma possível dificuldade à proximidade e ao contato físico, bem como, traços de um comportamento mais formal e metódico perceptível ainda, nas respostas dadas.

Entre os homens integrantes da amostra da categoria de renda alta, cujos níveis de escolaridade estão entre o nível médio e superior, a receptividade ao toque é predominantemente alta, compreendida de uma forma mais aprofundada,

referindo-se, inclusive, à auto-conscientização corporal, citada como necessária tanto ao profissional como para o relacionamento humano em geral.

Muito bem, muito bem. Eu não sei se, sobre isso, se eu tenho alguma, como eu gosto muito de jornal, de quando em vez eu, eu aprendi a ler os horóscopos, e uma das coisas que fala sobre o virginiano que sou eu, é que o virginiano ele adora o toque. E é verdade, eu adoro, eu sou sensorial por excelência. E na fisioterapia então, a história do toque! Esse contato... Essa cultura nossa, ocidental, sobretudo, que levou a gente a desconhecer o corpo, a gente não consegue se descobrir! Como é que vai descobrir o outro? Não é verdade? Eu sou muito amigo de Dr. X, cardiologista, extraordinário, eu converso muito com ele. Eu falei X, e essa coisa da gente pegar as pessoas, eu acho genial, é tudo. Tocar mesmo, começa pelo aperto de mão né? É uma coisa sincera, eu acho que vale demais (sic) (Martinho, 71 anos, sem religião, categoria de renda alta, ensino médio).

Diante de tal descrição, destacamos que embora aspectos relativos às operações proxêmicas não tenham sido intencionalmente adotados na condução da presente pesquisa, atentar para a comunicação verbal e não-verbal em estudos futuros, pode vir a se configurar como uma oportunidade de aprofundamento a respeito da temática da interação profissional de saúde e paciente e questões correlatas.

#### **6.2.14 Os fisioterapeutas e suas compreensões sobre o toque**

O toque, profissional ou especializado, compreendido e propalado com um dos diferenciais entre a fisioterapia e as demais profissões do campo da saúde, em geral é apreendido pelos fisioterapeutas apenas pelos seus aspectos fisiológicos. Ou seja, ao considerar o toque como uma das ferramentas presentes nas técnicas fisioterapêuticas, são levadas em conta, sobretudo, os efeitos terapêuticos dele advindos, os quais são sabidamente eficazes. Assim, na condução de várias técnicas que predominante incluem a necessidade de tocar, a atenção do

profissional se volta, principalmente para a aplicação da técnica, aos padrões da prática, aos efeitos fisiológicos e terapêuticos, a conduta ética e aos aspectos terapêuticos, sobretudo no campo emocional decorrente, tais como o relaxamento, a confiança, a atenção e o cuidado que o tocar desperta.

Em grande medida, os aspectos relacionados ao toque, enquanto comunicação não-verbal, não são considerados pelos fisioterapeutas. Nas práticas de saúde em geral, nem sempre se atenta para questões associadas à proxêmica como apresentada por Hall (1986), por exemplo, e à tacêsica, outro aspecto também considerado em pesquisas sobre a comunicação não-verbal. Segundo Silva (2006) tacêsica é a denominação dada ao estudo do toque e as características que o envolvem, como gênero, idade dos indivíduos em comunicação, aspectos ligados ao toque, como a forma de aproximação que o precedem, sua duração, velocidade, intensidade, pressão exercida, frequência, graus de conforto e desconforto gerados nos agentes comunicadores.

As pesquisas sobre a comunicação não-verbal, que inicialmente se concentravam na área da antropologia e psicologia, estão se expandindo e sendo consideradas por especialidades do campo da saúde, como medicina, enfermagem e educação física. Porém até onde se sabemos, no campo da fisioterapia, tal debate ainda não está sendo considerado. Esse distanciamento é de certa forma justificado, uma vez que a interlocução entre o campo da saúde e as proposições teóricas do campo das ciências sociais nem sempre é possível, sobretudo pelo desconhecimento da diversificação temática, teórica, epistemológica e metodológica das ciências humanas para as questões da saúde e doença.

Assim sendo, ao coletar dados junto aos fisioterapeutas acerca da possível influência do toque no estabelecimento da relação profissional e paciente,

procuramos associá-lo a discussão da proxêmica e da tacêsica, enquanto perspectivas que subsidiam a análise da comunicação não-verbal como ferramenta de interação.

Para a totalidade das fisioterapeutas entrevistadas o toque se configura como uma das principais características da profissão e dos principais elementos que influencia a relação entre o fisioterapeuta e o paciente. Entre as várias compreensões sobre o toque enquanto um elemento de influência para a relação, apenas uma das entrevistadas fez referência direta a ele enquanto uma forma de comunicação. O toque foi citado associado a vários aspectos, sendo para muitas, a forma pela qual é repassada segurança, confiança, e, sobretudo, cuidado. Para algumas delas, o tocar é uma das mais importantes demonstrações de cuidado, podendo ser inclusive uma forma de oração. As falas ilustrativas apresentam algumas das compreensões identificadas.

Eu acho que sim. Porque como eu tava falando, tem gente que se recolhe, mas através do seu toque, independente do tipo de toque que você faça, pode ser uma massagem relaxante, pode ser uma manipulação, que até provoque dor, mas aquele toque fala do que você quer, fala do que você espera. Eu acho que as pessoas recebem isso, percebem isso e dão respostas de alguma maneira. Então o toque é uma forma de conversar também, eu acho. (sic).

Influencia! Tanto! Desde a forma de tocar. Teve uma paciente que me falou assim, eu conheço se o profissional é bom, só em ele tocar em mim. A forma de você pegar, a forma de você tratar, a forma de você direcionar a técnica, o tratamento. Só em tocar eles percebem se você tem segurança no que tá fazendo ou não. E daí ele vai decidir se vai continuar com você ou não, não é? É muito importante o toque! E muitas vezes, tem pessoas que chegam com muita dor, chorando de dor e só em você tocar, ele muda até no comportamento dele, a dor já desaparece, quer dizer muitas vezes são pessoas que tavam precisando simplesmente de um toque, simplesmente de um toque (sic). (Patrícia, 42 anos, evangélica, categoria de renda intermediária I, serviço privado).

Influencia. Na questão do relacionamento e na questão da técnica. Eu acho que o toque é importante porque o paciente sente segurança. Mesmo que seja a questão da técnica que eu tô utilizando como técnica terapêutica, eu passo segurança. Como também, o toque no sentido de aproximação com o paciente como pessoa. Eu acho que o toque influencia nos dois sentidos, no estado dele, patológico e no aspecto relacional (sic). (Catarina, 41 anos, casada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Ah! Influencia! Eu acho assim, o toque fundamental. Eu acho que quando você toca uma pessoa você mostra pra ela que você se importa com ela. Então assim, o toque... primeiro: eu acho que através do toque a gente quando toca uma pessoa com carinho a gente já tá de alguma forma abençoando ela, eu acho que é como se fosse até uma oração. E a segunda coisa é fazer a pessoa sentir que tem alguém lá prá ela, cuidando, então acho que o toque é uma coisa maravilhosa (sic). (Kalina, 30 anos, divorciada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Ou seja, embora não sendo citado diretamente, em grande medida, o toque esteve associado à comunicação não-verbal, uma vez que a comunicação feita a partir dele propicia que aspectos como segurança, cuidado e receptividade à relação sejam comunicados.

Para algumas fisioterapeutas, o toque é referido como propiciador da relação fisioterapeuta e paciente, promovendo inclusive ações terapêuticas como a diminuição dos quadros dolorosos, ferramenta de energização, relaxamento corporal e até mental, o que sugere que frequentemente, há níveis de confiança satisfatórios possibilitados pelo toque.

[...] Depende de pessoa pra pessoa. Às vezes assim, uma pessoa mais velha, é que se sente um pouco, acha estranho, às vezes até por nunca ter passado por isso, nunca ter feito um tratamento dessa forma, tocando. Aí assim, geralmente nas primeiras sessões a gente vai com mais cautela. Explica que posteriormente a gente vai trabalhar com alongamento, com as técnicas, e aí ele vai se acostumando com aquilo e não traz muito problema não. Porque, às vezes, a gente nem na primeira sessão a gente costuma fazer isso pra não assustar. Principalmente pra quem não tem tanto costume, pessoas que já fizeram tratamento, aí já sabem, é mais fácil o relacionamento. Assim geralmente, o toque ele passa... a confiança na qual eu já tinha falado, ela se torna maior. Inclusive tem paciente que se não for você quem vai atendê-lo naquele dia, ele prefere que não tenha, tem paciente que o fisio não vem, o que acompanha ele não vem, ele diz não eu não tô fazendo o alongamento não? Porque ele já tem aquela confiança e já tá acostumado com o seu toque, a sua técnica (sic). (Melina, 27 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

É importante, a questão do toque. Estabelece sim, não só a questão energética porque você tá ali, você adentra as intimidades dos pacientes, tanto dos homens quanto das mulheres, né? Então é a história da confiança, eu acho que cria um vínculo, de confiança quando você toca. E também assim o lado de ser tocado, de não ser rejeitado, porque pra muitos, o doente é um imprestável, é um inútil né? E ali não, você tá junto, tá tocando no paciente eu acho que tem toda essa coisa assim, mental por trás. E energeticamente. Energeticamente, é uma coisa até um pouco mais complicada, porque quem é esponja absorve toda energia, a energia da doença é uma energia turva, é uma energia que tá lá estagnada. As mãos do fisioterapeuta ou as mãos de um terapeuta, não criam só um vínculo. É um vetor de condução pra que aquilo seja liberado. Então quando você toca você tá dando um pouco de si, só que tá recebendo também. Então você

tem que ter cuidado só com o receber, o doar não, pode doar, porque quanto mais você doar, você vai ter pra doar (sic). (Jaqueline, 36 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Outras, no entanto, embora considerando a possibilidade de sua influência na relação, destacam as suas características invasivas, o que requer cuidados para a permissão e aceitação por parte dos pacientes. Nesse sentido da resistência ao toque por parte de alguns pacientes a referência feita foi em relação a pacientes mais introvertidos, do gênero masculino, adultos jovens e idosos. Ainda houve referência à carência afetiva dos pacientes, que embora seja um elemento de aceitação e confiança ao toque, devido à proximidade do contato físico entre o fisioterapeuta e o paciente pode ser interpretada como uma aproximação afetiva. Em quaisquer situações, foi citado o respeito à condução ou não do toque. Algumas entrevistadas destacaram a importância da preparação desde a formação no que diz respeito à seriedade da aplicação das técnicas fisioterapêuticas, que predominantemente, envolvem o tocar.

O toque é sério, né? Tem pessoas que não ligam de ser tocadas e tem pessoas que não são acostumadas com o toque. Então a gente trata, tá ali muito junto, então a gente tem que ter cuidado porque às vezes a pessoa não sabe, ou não interpreta como deveria, como um toque terapêutico. Então a gente também tem que ver que tipo de conduta é a ideal pra aquele paciente. Eu procuro ir conhecendo também os limites, eu vou vendo, sabe? Aí já vou prestando atenção o que é que pode ser mudado, o que é que pode realmente evoluir o paciente sem haver constrangimento dele e também de minha parte. Assim eu falo muito, explico muito, o que eu faço, sabe? Já pra não deixar dúvida, ficar o mais claro possível (sic). (Helena, 34 anos, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

Eu acho que a gente tem que ter muito cuidado em fazer o toque, né? Porque às vezes, a maioria dos pacientes são pacientes carentes, e às vezes eles podem entender aquele toque de uma maneira que não é pra eles entenderem, então a gente tem que mostrar um respeito grande, pra que eles entendam que a gente tá tocando terapêuticamente (sic). (Marina, 39 anos, casada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

As técnicas que usam o toque profissional e especializado, como as usuais nas práticas fisioterapêuticas, estabelecem uma distância íntima (0-50 cm), segundo Hall (1986), entre o cuidador e a pessoa cuidada. Tal proximidade requer do profissional a sensibilidade necessária para a valorização dos fatores que podem

influenciar as respostas dos indivíduos quando dessa invasão no espaço pessoal. O profissional de saúde ao compreender a linguagem do toque, descobre que a ação de tocar o paciente não é apenas um contato físico deliberado, necessário para o desenvolvimento de uma tarefa específica, mas é também uma ação afetiva. O toque e a proximidade física são as principais formas de comunicação com o paciente por demonstrar afeto, envolvimento, segurança e sua valorização como ser humano (MONTAGU, 1988).

Ao investigarmos junto aos fisioterapeutas do gênero masculino acerca da influência do toque para o estabelecimento da relação fisioterapeuta e paciente, a maior parte deles considera o toque como necessário e em grande medida ele é citado como sendo o diferencial da fisioterapia. Ou seja, entre as várias profissões do campo da saúde que fazem uso do toque, a exemplo da medicina, enfermagem e odontologia; a fisioterapia foi citada como a atividade profissional que tem a partir no toque a sua principal forma de atuação, sendo o mesmo, bem aceito pela maioria dos pacientes tratados.

Com certeza, o toque é um diferencial para o fisioterapeuta com relação a qualquer outra profissão. Porque no toque você sente aquele paciente, sente o que ele tá apresentando né? Se ele tá nervoso, se ele tá estressado, se ele tá cansado. Então o toque é um diferencial importante. Eu acho que é o que diferencia a gente da classe de saúde das outras profissões é justamente o toque (Diego, 29 anos, casado, católico, categoria intermediária II, serviço privado).

Pra mim eu vejo como essencial, né? Necessário e essencial. Até para aquele que trabalha mais com a parte dos aparelhos, vamos dizer assim, o toque é necessário. O terapeuta que não trabalha a questão do toque, às vezes quando o paciente passa para outro terapeuta, o toque que o terapeuta faz e que o outro não deu atenção, não deu importância, faz a diferença. E o paciente ele sente, ele entende, ele sente a diferença pelo toque, entende? A gente observa muito isso, quando os pacientes vêm pra cá e eu vejo isso não em relação ao fisioterapeuta, mas principalmente com o médico né? A questão de dizer, nem sequer olhou pra mim, quanto mais me tocar, quanto mais ver como é que tá, nem pegou em mim, né? Então na avaliação ele já sente essa coisa, né? Então na fisioterapia se torna praticamente inviável, impossível trabalhar sem o toque (sic) (Gustavo, 30 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária II, serviço privado).

A análise feita pelos fisioterapeutas a respeito do toque indica aspectos também verbalizados pelas fisioterapeutas, tais como, segurança, confiança e ainda como fundamental para a criação e fortalecimento do vínculo. Além da segurança profissional passada para o paciente através do toque, alguns entrevistados destacaram o cuidado com o toque, uma vez que ele desperta em quem toca e em quem é tocado, sentimentos bons, como os associados à segurança e ao cuidado ou negativos para alguns, em que o toque pode se configurar como uma invasão ao seu espaço pessoal, e para outros em que o sentimento de não ser tocado costumeiramente predispõe resistência ou rejeição a ele.

O toque é altamente importante. Porque o paciente, com o toque, ele vai sentir segurança, ele vai sentir se você tá seguro ou não, se você tem algum receio de tocá-lo, se você tem algum nojo dele, vamos colocar num termo bem popular, né? Ele vai ver a segurança do profissional para as necessidades dele. O simples fato de você tocá-lo, já faz com que ele se sinta assim, melhor, privilegiado. Mesmo que ele tenha um temorzinho, depois ele se sente mais confortável. Às vezes ele tem a necessidade de um toque, não é? De alguém que abraça, que é aquela questão que a gente encontra algumas vezes, principalmente em pessoas já na terceira fase da vida, eles têm necessidade do toque, né? (sic) [...]. (Tiago, 38 anos, solteiro, espírita, categoria intermediária II, serviço público e privado).

O toque, principalmente na UTI, que é uma, uma área que o paciente tá, como eu falei desnudo, né? Então ele tá muito mais exposto a situação. [...] Então eu acho que a gente tem que trabalhar esse ponto. O toque é importante, mas eu vejo também do lado do paciente. A gente também conversa com o paciente depois que ele tem alta, e ele diz o quanto fica magoado, com certas coisas, com certos desrespeitos dos profissionais ao tocá-lo, né? Por exemplo, na hora do banho se ele vai reclamar de uma posição, de algum incômodo quando tocado, alguma coisa, isso é ignorado. Olhe! Cala a boca aí! Deixa a gente terminar aqui o serviço! Uma coisa muito mecânica, né? Então assim, a gente escuta muita coisa. Porque na hora a gente pode até não pensar. Vamos dizer assim, querer o benefício daquele paciente, porque tem o lado positivo da coisa, que é você não pensar em ter pena em certos momentos, ou pensar o que é que ele pode pensar naquela situação, mas levando o benefício, eu quero que entenda? Mas assim existe o lado dele realmente, que a gente tem que vê. É uma questão até de humanização também, né? A gente deve perceber o que é que ele deve tá pensando naquele momento, né? A gente tem um caráter muito invasivo também, a técnica da UTI. E eu acho que é importante realmente o profissional saber disso. Aliás todo mundo já sabe. Isso aí é uma coisa que a gente vê demais, isso é rotineiro. Existe paciente que tem sequelas psíquicas por tá na UTI, tem que ter um trabalho posterior com o psicólogo por passar certo período na UTI. Ele não tem idéia do que é dia, do que é noite, está sendo totalmente manipulado, toda hora do dia, desde banho, desde decúbito, tudo relacionado a isso. Então é importante, é, mas não é uma coisa unânime entre os profissionais. Eu acho que é de cada profissional, observar isso, os constrangimentos dos pacientes (sic). (Artur,

33 anos, casado, sem religião, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

Eu acho que esse toque que identifica mais um calor humano, né? A questão do aconchego, eu pego mais nos pacientes que tão saindo de uma transição de um coma pra ir pra fase do acordar. Aí nesse, eu tenho testemunho do ele que sentia. Alguns já me referiram que sentia quando alguém chegava, apalpava, ajudava. Ele tava sentindo que tinha alguém do lado. Então esse toque, nos pacientes que estão assim, do ponto de vista da gente, inconscientes, mas que na realidade eles tão sentindo, eu já tive testemunho de que ele se sentia importante porque tinha alguém do lado, que tava sempre cuidando, manuseando, sempre ajudando. Agora, no dia a dia dos que são conscientes, como normalmente é uma manobra que não busca aliviar a dor, né? É de pressão pra jogar secreção, é mais uma técnica bruta, digamos assim, né, porque a gente tem que trabalhar forçando o tórax, jamais eles dizem que gostam, às vezes até eles não gostam, mas é necessário para eles se recuperarem. (sic) (Ricardo, 47 anos, casado, sem religião, categoria de renda II, serviços público e privado).

Outro aspecto referido por alguns fisioterapeutas alude à possibilidade do toque ser interpretado de forma equivocada, associando-o ao aspecto afetivo e/ou sexual. A fala ilustrativa de um fisioterapeuta que destacou tal aspecto, embora apresente sua reflexão sobre a relação fisioterapeuta e paciente, considera a questão do toque como um elemento que caracteriza o fisioterapeuta, mas que é também pode ser perigoso.

[...] A gente visa muito o toque, o tocar o corpo, então, é uma relação (o fisioterapeuta e paciente) que beira a intimidade, entendeu? Tanto pelo fato da gente ver o paciente várias vezes por semana, como também pela questão do toque. Dentro das profissões da saúde, talvez a gente seja os profissionais que mais toca o paciente, então, inclusive é perigosa também. É uma relação que precisa ter uma atenção redobrada pra não gerar conflito em relação a essa questão do toque, né? Que é uma coisa, complicada pro paciente, pra alguns pacientes pelo menos. (sic) (Henrique, 29 anos, casado, católico, categoria de rendimentos I, serviço privado).

Entre as várias falas acerca do toque emitidas pelos fisioterapeutas, uma delas fez referência a ele enquanto uma forma de comunicação não-verbal cercada de riscos, devendo, portanto, ser pensada e utilizada com cuidados especiais:

O profissional, por ser da saúde, eu acho que ele tem a obrigação de tocar no paciente, porque, falando tecnicamente, seria uma forma de avaliar o paciente, né? Mas principalmente, eu gosto de tocar, porque eu percebo que eu me comunico melhor quando eu toco na pessoa que eu tô conversando. E vice-versa, não sei se porque eu acho que eu chamo a atenção dessa pessoa, mas eu acho nesse sentido que quando eu toco, a relação, a comunicação fica mais estreita. E o fisioterapeuta acima de tudo, esse sim que tem de se comunicar através do toque, porque afinal de contas a formação dele é pra isso, né? O toque vai contribuir pra o

tratamento, pra uma melhoria do tratamento, digamos assim. Mas esse toque, eu penso que ele não pode ser aleatório, ele tem que ser um toque previsto, já estudado, entendeu? Porque vai evitar que tenha uma interferência na comunicação. Exemplo, eu, fisioterapeuta vou tratar uma vizinha que vem do interior, que foi criada no interior e ela tem um pensamento restrito daquilo dali. Se eu for tocá-la, pôr as mãos nas costas dela, ou nas pernas dela, pra fazer alguma avaliação ou alguma coisa, ela pode interpretar de forma diferente e vai imediatamente interferir na minha comunicação com ela. O que não acontece, se o toque foi pensado previamente, o porquê, se o paciente tá entendendo porque você tá tocando nele. Aí eu penso que só existe melhora. Mas eu acredito que de uma forma geral o toque beneficia o tratamento e a comunicação (sic). (Renan, 34 anos, casado, católico, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Finalizando esse tópico em que analisamos a influência do toque, enquanto um elemento presente nas práticas fisioterápicas, e supostamente propiciadora do estreitamento do vínculo entre o fisioterapeuta e paciente, concluímos que para os fisioterapeutas que fizeram parte desse estudo, o toque pode ser considerado como um dos aspectos que caracterizam o fisioterapeuta. Ao mesmo tempo que a partir dele, é possível que haja o reforço de aspectos como segurança, confiança e cuidado, há igualmente a possibilidade de resistências, rejeição ou interpretações distorcidas sobre o tocar. Assim, o profissional deve ficar atento às diferenças individuais e culturais. Uma atitude mais introspectiva apresentada por um paciente pode indicar que há certa restrição ao toque, levando em conta que existem diversos fatores que possibilitam maior ou menor aceitação ao toque (MONTAGU, 1986). Para Fritz (2002), vários são os fatores que podem interferir na aceitação ao toque. Entre tais fatores destacam-se as influências culturais, o gênero, a idade e experiências vividas. Contudo, há uma gama de aspectos envolvidos na interpretação do toque, tais como, formação familiar, nível de escolaridade, religião, nível de consciência, áreas do corpo com sensibilidade ao toque devido à emoção ou interpretação erótica possibilitadas. Tais aspectos, de uma forma ou de outra estão sempre presentes nas práticas terapêuticas, visto que as técnicas usadas lançam mão do toque especializado e quando não o fazem diretamente, mesmo com o uso de equipamentos, na maior parte das vezes, há proximidade e/ou o contato

físico entre o fisioterapeuta e o paciente. Nesse sentido, ao profissional é indispensável que haja uma preparação e conscientização, que se inicia por ele em relação aos diversos aspectos relativos ao toque, que não se limitam aos efeitos fisiológicos, mas se estendem, a partir dele, para os aspectos sociais, culturais, religiosos e psíquicos.

#### **6.2.15 Os fisioterapeutas comentam sobre a aparência física, formas de vestir e higiene**

Como visto, a temática central desse estudo - a relação fisioterapeuta-paciente - está sendo analisada a partir da estratificação por gênero; idade; identificação religiosa; nível de renda e nível de instrução. Buscamos inferir nas várias questões do estudo, em que medida os *habitués* dos pacientes e os *habitués* profissionais dos fisioterapeutas que compõem a amostra influenciam na relação fisioterapeuta e paciente. Para Bourdieu, nos diversos campos do espaço social, os agentes ou grupos sociais estão distribuídos, e tal disposição se dá, sobretudo, em função do volume e estrutura do capital acumulado. Contudo, o capital econômico e o capital cultural, são os mais eficientes princípios de aproximação e distanciamento dos agentes no espaço social (BOURDIEU, 1995).

Nessa perspectiva, buscamos inferir com os fisioterapeutas que fizeram parte desse estudo, se o capital - cultural e econômico, se configuram como elementos que interferem na relação entre eles e os pacientes, tomando por a base, a perspectiva praxiológica de Pierre Bourdieu. Arbitramos como indicativos do capital cultural o nível de escolaridade, e consideramos ainda, o grau de informação acerca

do adoecimento, já analisados anteriormente. Como indicativo do capital econômico, consideramos a renda, a aparência física, as formas de vestir e práticas relativas à higiene pessoal, fazendo as devidas ressalvas, uma vez que tais aspectos são relativos, e não refletem, necessariamente, a posse de maior ou menor capital econômico. É possível se ver indivíduos ricos, mas com aparências descuidadas, vestidos de forma simples ou mal vestidos e sem preocupação excessiva com hábitos como cuidados com o cabelo, barba, sobrancelhas ou os demais hábitos de higiene. Assim como, há indivíduos pobres, com aparência bem cuidada, vestidos de acordo ou além das suas condições econômicas, com excessiva valorização dos cuidados com cabelos, barbas, sobrancelhas e hábitos de higiene em geral.

Assim, entre os fisioterapeutas, procuramos identificar suas respectivas opiniões sobre a influência de tais aspectos para a relação fisioterapeuta e paciente, levando em conta dois, dos oitos fatores descritos Hall (1986) no estudo das distâncias entre as pessoas - código olfativo, utilizado para analisar as características relativas aos odores percebidos pelos interlocutores na interação; e em menor escala, o código visual, de acordo com o qual se identifica a presença ou ausência do contato visual e o modo do contato visual que ocorre nas interações face a face.

Para as fisioterapeutas, a higiene foi predominantemente citada como um aspecto que interfere na relação entre tais profissionais e seus respectivos pacientes. As opiniões emitidas demonstram que embora, a higiene influencie a relação e até mesmo o encaminhamento da terapêutica, ela não é impedimento para a aplicação das técnicas que se fizerem necessárias.

Reforçando a ideia do politicamente correto, inerente às falas, foi destacado que os aspectos analisados foram mencionados de forma a aparentemente não

influenciar a relação, o que poderíamos inferir como implícito no *habitus* do profissional, o cuidado incondicional. Contudo, nas práticas terapêuticas, a realidade informa que as questões analisadas são em grande medida, impedimentos para a condução adequada do acompanhamento fisioterapêutico. Nem todos os profissionais sentem-se preparados para lidar com indivíduos mal-cheirosos, com aparências que não se enquadram nos padrões estéticos, uma vez que muitos deles, além da aparência relativa às vestimentas, podem ter alterações físicas, como amputações, queimaduras, paralisias, e hipotrofias, cicatrizes e ablações como as mastectomias. Bem como com odores nem sempre agradáveis, associados não apenas à falta da higienização adequada, como também a aspectos relativos aos adoecimentos com falta de controle esfinteriano, ou com cheiros relativos às secreções expelidas.

Influencia. Não deveria, mas influencia. Nem todo mundo tá preparado pra chegar num paciente que não tá limpo. Que tem paciente que tem incontinência urinária, e nem sempre tá cheirosinho, como a gente espera. Então isso aí, essa questão da higiene, dificulta, pra alguns é como fosse uma barreira pra começar o atendimento. Termina dificultando, ah! não vou fazer isso porque fulano não tá limpo, dificulta, influencia (sic). (Camila, 27 anos, casada, católica, categoria de renda intermediária I, serviço privado).

Sim. Com certeza. Com certeza. É, se, você fica, eu não sei explicar assim... mas assim, quando o paciente não tem os hábitos de higiene saudáveis você fica tentando não atender, né? Você sente. Não vou dizer que não sente, sente sim. Então assim eu já tive paciente que não tinha hábitos, e eu não me sentia confortável, nem me sentia confortável pra falar com ele, nem me sentia confortável pra atendê-lo. Eu acho sim que interfere na relação. Acho que influencia demais, é muito desconfortável. Não era pra influenciar né? Mas...(sic) (Lavínia, 32 anos, casada, católica, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Influencia, influencia eu já te digo porque. Tem paciente que não gosta de tomar banho. [...] Então assim, é delicado pra você pedir pra ele tomar banho, né? Mas eu acho que você não tem obrigação, não. A gente tem que fazer uma coisa que seja agradável. Agora tem que ter um limite! Quer dizer, não tomar um banho, não se higienizar pra vir para fisioterapia! Interfere. Outra questão também, você não vai atender esse paciente do mesmo jeito que você vai atender um cheirosinho. Não tem como, não é? [...] E assim tem pessoas que você sabe que se falar vai gerar problema, ele não vai aceitar, né? Vai gerar um conflito, então você vai driblando, mas interfere viu?(sic). (Beatriz, 46 anos, divorciada, católica, categoria intermediária I, serviço privado).

As falas acima fazem alusão à noção parsoniana dos papéis dos atores envolvidos na relação. Freidson considera que há uma série de variáveis em torno da noção de papéis sociais e, daí, a necessidade da construção dos diferentes papéis de doente, de acordo com as diversas características da doença como sua gravidade, seu caráter estigmatizante, ou a potencialidade de cura da doença. Ou seja, nas práticas terapêuticas estabelecidas há expectativas mútuas, socialmente dadas e influenciadas pelo *habitus* familiar e profissional dos atores envolvidos.

Ainda com relação à higiene, para algumas fisioterapeutas, tais hábitos são citados, de forma implícita, associados às classe sociais. Para outras, a elas, enquanto agentes de saúde, cabe o dever de orientar aos pacientes e/ou aos respectivos cuidadores sobre a necessidade da adoção dos bons hábitos de higiene, inclusive como uma ação de promoção da saúde individual. Foi ainda, atribuído à escola o dever de ensinar desde cedo á crianças sobre os hábitos de higiene, a fim de formá-los o mais precocemente possível. Entre os depoimentos, destacamos:

Pode existir. Eu acho que existe sim. Mas assim não é um dos piores problemas, justamente por que há uma diferença de pessoas, de classes, de níveis, a gente sabe disso. Desde o momento que a gente tá na universidade, a gente lida principalmente com esse tipo de problema. Então assim, pra mim não é uma dificuldade (sic). (Maiara, 27 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, nível superior, serviço privado)

Sem dúvida, sem dúvida, né? A gente vive numa sociedade que a gente é observado de todas as formas, então tanto o profissional é observado do cabelo ao calçado, não é? E a gente tem que realmente manter-se com uma boa higiene, necessariamente você não tem que tá coberta de ouro, mas você precisa estar vestida adequadamente, e a higiene é fundamental. Da mesma forma, o nosso paciente, né? Nós vamos lidar com ele, algumas vezes a gente vive situações um tanto constrangedoras, porque a gente precisa esclarecer para o cuidador, a questão da higiene. Porque muitas vezes o cuidado, ele não tem culpa de tá naquela situação, porque ele é dependente. Então com certeza, a relação tende a ser mais distante, não é? Porque nós vamos lidar, vamos tocar, então, é um pé sujo! É um corpo sujo! Isso atrapalha, os odores, eles são bastante desagradáveis, então com certeza a relação se modifica (sic). (Rosângela, 51 anos, casada, católica, categoria intermediária II, serviço público).

Totalmente! Influencia! Muuuitos profissionais. Então aqueles, como eu lido com uma classe de DPOC<sup>46</sup> e eles não podem, eles detestam tomar banho,

---

<sup>46</sup> DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

certo? Eles detestam tomar banho porque na hora que liga o chuveiro, que vai pra debaixo do chuveiro, a sensação é de falta de ar, de sufocar. Então, eles geralmente são realmente pessoas que têm um déficit de higiene. Quando a gente vai abordá-los, então isso é uma coisa que a gente aprende, né? Então a gente começa, tem reuniões com eles, e como aqui é individual, a gente diz assim: olhe não precisa ter medo desse banho, e vai chegando e tentando mudar esse estilo dele, certo? Mas eu não deixo de fazer, ele vai levantar o braço do mesmo jeito, ele vai tossir e expectorar mesmo sem ter escovado os dentes. Mas você vê que o grupo todo, não só o fisioterapeuta, é o grupo todo, que é a minha vivência ele não faz o que deveria fazer se ele tivesse usando Alma de Flores, que é o que eles adoram usar, né? Sempre os idosos adoram usar Alma de Flores! Então assim se eles tivessem a abordagem de outros profissionais era diferente, entendeu. Mas eles não tem o compromisso de dizer. Tempo! Aquele tempo que eu falei desde o início: olhe corte suas unhas, mande sua netinha cortar suas unhas. Minha filha, eu não corto as unhas porque eu canso! A linguagem é essa. Aí com outro: como é seu banho? Vamos lá, tome banho sentado. E outros, realmente é a família, né? Que não recebe nenhuma orientação, ou então tem uma cultura diferente e vão deixando, vão deixando passar. [...] Alguns são culturais já vêm lá do seu bairro dizendo que quando gripam e quando tossem não é pra lavar a cabeça durante cinco dias. E também existe aquele que já tem um estilo, né? Tem um recurso melhor, como eu já tive capitão do exército que ele dizia pra mim assim, eu andava todo arrumadinho de terno e hoje eu não posso andar porque esses botões quando eu vou abotoar me canso. Então você tem vê isso, gente que pode, mas você vê que a higiene caiu do mesmo jeito do outro. Só que você consegue convencê-lo a entrar no estilo de tomar banho sentado, escovar os dentes sentado, da esposa ajudar, mais do que aquele que tem uma faixa de renda, sócio-econômica e cultural menor (sic). (Andréa, 40 anos, casada, espírita, categoria intermediária I, serviço público e privado).

Eu tento não, eu realmente assim, eu tento não distinguir certo? Mas às vezes acontece, de chegar gente assim, que não faz uma boa higienização e às vezes dá vontade realmente de dizer. Eu às vezes falo, que é importante certo? Eu acho que a higiene é muito importante. Eu sempre digo que devia sempre ter aula de higiene e saúde desde o maternal. Eu sempre digo isso a todo mundo, porque realmente é uma necessidade mesmo. Porque o pai não sabe ensinar, a mãe não sabe ensinar! Então a única instituição que pode ensinar isso é a escola. Só que pra ter esse hábito tem que ser de pequenininho. Então tem que começar lá no maternalzinho, não adianta chegar no ensino médio e ter aula de higiene e saúde, educação ambiental, educação não sei do que, se ele não teve aquele hábito desde pequeno, não forma mesmo (sic). (Tatiana, 27 anos, solteira, católica, categoria de renda I, serviço privado).

As falas seguintes apontam para quão delicada é a questão da higiene, e, sobretudo, destaca o quanto é importante a observação de tais aspectos, por parte dos profissionais do campo da saúde em geral, e em especial dos fisioterapeutas, considerando que a não tolerância à odores indesejados é perfeitamente natural entre fisioterapeutas e pacientes, onde a distância íntima entre eles é usual e por conseguinte, a percepção dos odores.

Formas de vestir e aparência não são coisas que me incomodem. Agora higiene me incomoda terrivelmente! Porque do mesmo jeito que o cheiro me atrai, o mau cheiro me afasta. Eu não consigo nem tocar em uma pessoa, se algum, assim, pode ser um perfume que eu não goste, pode ser um cheiro de, de pele mesmo, que me incomode. Isso me afasta. Isso atrapalha realmente a minha relação com a pessoa. Independente de ser meu paciente e quando é paciente aí atrapalha muito mais! Porque se eu não toco direito, eu não consigo realizar o meu trabalho direito. Você tem alguma estratégia? Não. Eu lido mal com essa situação (sic). (Melânia, 31 anos, solteira, católica, categoria intermediária I, nível superior, serviço privado).

Assim, no meu caso, dentro no meu entendimento, eu vejo assim essa parte social. Às vezes as pessoas que vêm não tem cultura, não tem o hábito. Aí o meu compromisso é de orientar. Mas, assim, eu tenho as estratégias que eu uso pra sensibilizá-los, eu não vou diretamente, porque até mesmo eu sempre me coloco no lugar do outro. Então eu digo, olhe amanhã seu Antonio, tome aquele banho, que é pra melhorar a circulação. Uns que a gente orientava indiretamente, mas seu L. me disseram que era seu aniversário? Não é não? Pois eu trouxe aqui olhe, trouxe um kit de higiene, aquelas buchas, dei tudo a ele dizendo que era aniversário dele e aí ele devia tirar aquela barba que tava desse tamanho e toda sabe? Então é assim, eu uso estratégias de ajeitar. Por exemplo lá no hospital, lá no ambulatório das mulheres, acordava tudo descabelada, de manhã, o cabelo, assim alto, eu disse todo mundo, penteando o cabelo, acordando, lavando o rosto, que era pra já, dar uns toques assim dessa questão. Mas assim, de eu ter discernimento na assistência de me negar a tratar jamais. Embora eu possa usar de artifícios, ou até mesmo falar, mas assim, de me negar a atender não. E diferenciar não. Diferenciar jamais (sic). (Ana Alice, 36 anos, solteira, católica, serviço público e privado, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

Assim sendo, de uma maneira geral, entre os aspectos investigados como possíveis indicadores do capital econômico, como aparência física, formas de vestir e higiene, essa última se destacou como a que mais influencia negativamente ao estabelecimento da relação fisioterapeuta e paciente. Contudo, a falta dela, não pode ser considerada como exclusiva das categorias de menor posse sócio-econômica, e no caso dos indivíduos acompanhados por fisioterapeutas, os próprios adoecimentos podem ser considerados fatores limitadores aos hábitos de higiene, a exemplo da incontinência urinária ou da insuficiência respiratória. A negligência dos hábitos de higiene ainda pode se dá devido à não observação dos mesmos, por parte do cuidadores. Dessa forma, a partir do verbalizado pelas fisioterapeutas, tais hábitos se configuram como um importante elemento de distanciamento, porém, podemos inferir que os mesmos estão mais associados aos aspectos culturais do

que ao econômico, sobretudo, por considerar que para as fisioterapeutas, as informações por elas repassadas acerca dos hábitos saudáveis de higiene são mais bem compreendidas por indivíduos de maior capital cultural.

Ao investigarmos as opiniões dos fisioterapeutas do gênero masculino sobre os mesmos aspectos, identificamos que assim como entre as mulheres, entre as questões apresentadas, aparência física, formas de vestir e higiene, a última é citada pela maior parte dos fisioterapeutas, como o principal fator que interfere na relação fisioterapeuta e paciente, ficando de certa forma mais claros os aspectos de diferenciação de capital cultural e econômico. Para alguns deles, diferentemente das mulheres, supostamente mais vaidosas, a aparência física e a forma de vestir foi citada, em referência não apenas ao paciente, mas também ao profissional.

Sem dúvida. Isso pra mim é uma questão até, que, culturalmente nós somos influenciados por isso. Eu não vou dizer que uma pessoa bem vestida, bem arrumada, eu dou o mesmo tratamento pra ela, que uma pessoa que chega pra mim, com, não muito asseada e tal. E, lógico que a gente deveria. O certo deveria ser de igual pra igual, mas, automaticamente, por isso que eu digo que é uma questão cultural, automaticamente a gente acaba diferenciando, né? E primeiro porque você sabe que uma pessoa que chega pra você bem asseada, bem vestida, provavelmente o nível de conhecimento dessa pessoa é diferente do que aquela outra pessoa que não chega com a mesma aparência, né? Então você já sabe que ali você já vai ter que ter mais cuidado com o que você fala, com o que você vai fazer, com o procedimento que você vai utilizar, do que com aquela outra. Então talvez você até se comunique mais com essa outra pessoa que chega mais bem aparentada, e tal. Há uma diferença sim, sem dúvida (sic). (Miguel, 25 anos, solteiro, evangélico, categoria intermediária II, nível superior, serviço privado).

Eu acredito que sim, porque... começar falando um pouquinho sobre a higiene. Eu que trabalho em hospital e a gente vê que as vezes tem paciente que não tem controle esfinteriano, é em relação a urina, muitos deles tem a sonda, mas as vezes eles tem incontinência fecal, e às vezes defecam lá na cama, e isso daí dificulta um pouco o tratamento. Geralmente quando ocorre isso, a gente chama a equipe da enfermagem, que também a gente não vai deixar o paciente sem tratamento, a gente chama a equipe da enfermagem pra a equipe trocar lençol, dar banho, trocar curativos, muitas vezes e a partir daí a gente volta lá e trata, faz o tratamento direitinho. E infelizmente muita gente trata o paciente não pelo que ele é, mas pelo que ele aparenta ser. Às vezes tem um paciente que chega mal vestido e você trata de uma forma e outro, chega bem vestido e recebe um tratamento diferenciado. Isso daí é uma coisa que a gente como ser humano tem que começar a refletir. Tem que, é claro que todos nós somos humanos, todos nós somos passíveis de erro, mas que a gente tem na medida do possível tentar tratar os pacientes por igual, como se eles fossem realmente da nossa família. Não devemos ver idade, cor, condições

sociais, a gente deve ver que tem um ser humano ali precisando da nossa ajuda e nós devemos ajudar aquele ser humano (sic). (Alberto, 27 anos, solteiro, católico, categoria de renda intermediária I, serviço público e privado).

Eu acho que influencia mais o profissional nesse sentido de vestimenta, do que relacionado com o paciente. No meu ponto de vista, certo? Eu acho que quando o paciente chega já de forma fragilizada, né? E olha aquele profissional sem característica de profissional, eu acho que isso traz muito insegurança, acho que traz muito mais, vamos dizer assim, temor do que ao contrário, eu vejo mais esse lado. Mas no meu ponto de vista eu não descaracterizo, eu não diferencio, no sentido de diferenciar o paciente no atendimento, certo? Lógico que a gente tem que, acho que na nossa cultura, aquela pessoa que tá mais bem vestida ou alguma coisa assim, culturalmente, ou seja, intelectualmente, vai ser um linguajar diferente. Nesse quesito, mas não de atendimento, você me entende né? Mas assim, acho que o lado intelectual, a forma de você passar uma informação, uma anatomia, muda. Assim, usar palavras mais populares, pra que ele entenda. Mas eu acho que vale a pena salientar a questão da higiene do profissional. Eu acho (sic). (Artur, 33 anos, casado, sem religião, categoria de renda intermediária II, serviço público e privado).

A aparência do paciente tem sua influência porque, de acordo com isso, de acordo com a aparência, você pode ter um pouquinho do paciente pra você. Do seu convívio social, do seu nível de escolaridade. Então, a partir daí a gente vai mudando o discurso. Porque a partir do momento que você trata um paciente que tem um maior esclarecimento, que tem um maior poder sócio-econômico, não vai ser o mesmo discurso que você vai utilizar com um paciente que não tem esse nível, né? Então a gente também tem que procurar dosar isso na hora de atender os pacientes, porque a aparência passa informações, querendo ou não! Você lê a aparência do paciente. Então a gente tem que ter esse cuidado, porque às vezes uma coisa que a gente pode achar corriqueira, é pra um, pra outro é de essencial importância. Então eu acho que tem que se valorizar muito isso. Eu acho que a partir do momento que o paciente vem pra você ou você vai até ele, você tem que ver esse paciente como um todo (sic). (Miguel, 25 anos, solteiro, evangélico, categoria intermediária II, nível superior, serviço privado).

Entre os fisioterapeutas, embora tais aspectos façam parte da realidade prática, ou seja, aproximações e distanciamentos devido a maiores ou menores níveis de higienização e melhor aparência física, para alguns houve o reforço já apontado de que esses aspectos não devem ser valorizados, sobretudo nas realidades dos serviços públicos ou de Terapia Intensiva, onde os indivíduos que lá permanecem, mesmo conscientes, de certa forma, modificam sua aparência, e hábitos de higiene, permanecem na maior parte das vezes desnudos ou com batas padronizadas e passam a ter a sua identidade associada ao tipo de adoecimento.

Interfere. É assim, a minha questão basicamente, não é só a questão do vestuário, que a gente já, tá no serviço público e a gente já faz algumas

discussões antes dele começar a fazer o tratamento dos pacientes. Mas os pacientes, como eu lido, são com secreção, eu noto que os pacientes que são infectados, né? parece muito no tempo dos leprosos, eles são rejeitados. Eles são rejeitados tanto dentro da sua própria casa, como por eles próprios, como por quem chega, no primeiro momento, certo? Então alguns aspectos de algumas doenças, principalmente as infecciosas têm rejeição. Você pode até nem explicitá-la, mas muitas das vezes, o aluno... inconscientemente, ele fica um pouco mais afastado, ele quer que aquele tratamento termine mais rápido, e isso faz com que toda a relação entre em cena. Porque aí é como eu falei anteriormente, a questão do objetivo ele deixa de ser alcançado. Vc não trata na plenitude, né? Você trata parcialmente, e realmente esse resultado que a gente vai ter, dificilmente o que a gente quer ter, terá. [...] Com relação a questão da vestimenta, não. Higiene corporal a gente recomenda. Agora, por se tratar de paciente de SUS aí eu sou duro nesse sentido, eu não sei se eu sei lidar com aluno. Mas aí eu exijo literalmente, um tratamento assim, apesar de ser SUS, tratamento de primeira linha, independente de como seja, com pé sujo, roupa suja, mal cheiro. É uma questão que como a gente relatou inicialmente, tratando bem, expondo o que se quer tratar e aonde quer chegar, essas outras coisas paralelamente, a gente vai lidando, aos poucos, controlando, agora é necessário um tempo e nesse tempo a gente tem que ter aceitação, porque o perfil do paciente do SUS é pobreza, pobreza geral, né? Não tem como exigir ((Ricardo, 47 anos, casado, sem religião, categoria de renda II, serviços público e privado).

Eu acho que interfere sim. No profissional, que o fisioterapeuta ou qualquer profissional de saúde, ele tem que aparentar ou se mostrar capacitado e eu acho que esse se mostrar capacitado passa por uma boa aparência. Tendo em vista que a gente mora numa sociedade capitalista e que se você é um bom profissional você ganha bem, se você ganha bem, você se trata bem. Então eu acho que realmente isso vai interferir de forma benéfica, né? Uma boa aparência vai melhorar a relação. Em relação à aparência do paciente eu não julgo de forma nenhuma. Porque eu fui criado profissionalmente a atender pacientes carentes. A minha atuação hoje, é na sua maioria de pacientes carentes que são usuários do Sistema Único de Saúde e eu não consigo distinguir ou tratar melhor alguém por uma melhor aparência ou alguém tratar pior por uma má aparência. Só que o que acontece isso é a minha realidade, né? Mas a gente vê que acontece isso por aí, principalmente ao nível ambulatorial, que não é a minha praia. Minha praia é terapia intensiva. E lá nem poderia ter isso. Até porque a maior parte fica lá sem roupa e até sem fralda muitas vezes. Então lá, pode chegar o dono de uma Pajero de R\$ 190.000,00 e pode chegar um pedreiro que foi atropelado porque tava andando de bicicleta, ninguém sabe, e eles são tratados da mesma forma (sic). (Renan, 34 anos, casado, católico, categoria intermediária II, serviço público e privado).

Como identificado entre as fisioterapeutas, o nível cultural ou econômico, embora sejam interdependentes, pesam respectivamente na forma de compreensão do processo terapêutico. A partir do discurso do ideal da prática, essas condições são tão identificáveis e valorizadas, sobretudo, em atendimentos em hospitais em UTIs que são os campos de atuação de alguns fisioterapeutas entrevistados, quanto nos atendimentos ambulatoriais ou dos demais serviços. Alguns desses aspectos,

considerados pelos homens, possibilitaram, portanto, uma reflexão maior do que a emitida pelas mulheres acerca da relação e da atuação profissional com os indivíduos mais ou menos asseados ou de aparências mais ou menos condizentes com categorias culturais ou sócio-econômicas. Ou seja, entre as opiniões emitidas pelos fisioterapeutas, assim como nas referidas pelas profissionais, a aparência física, formas de vestir, quando consideradas, dizem mais respeito ao possível nível cultural.

Ao que se conclui, que em linhas gerais, os aspectos relativos, sobretudo, a higiene, mas também, a aparência física e formas de vestir e higiene, que podem ser expressos a partir do capital econômico e cultural, parecem intervir na relação fisioterapeuta e paciente. Corroborando assim, o entendimento de Bourdieu quando considera que as dimensões econômicas e culturais, e os estilos de vida deles decorrentes, favorecem as aproximações e distanciamentos e, por conseguinte as práticas relacionais.



## 7 CONCLUSÕES

Ao tempo em que nos encaminhamos para os arremates desse estudo, a prudência nos impele a voltar pro começo. Uma análise retrospectiva possibilita identificar onde e como tudo começou. Qual a questão que norteia a pesquisa? Que caminho teórico, metodológico, analítico e descritivo foi adotado? Qual o aprendizado possível? A que conclusões chegamos? A última questão é a mais difícil de responder, visto que em meio às possíveis respostas-conclusões, novas perguntas, sob novas perspectivas são percebidas.

Com a oportunidade de se vislumbrar o caminho, do percurso até a chegada é possível se identificar o que foi feito e o que pode ser dito. Pelo que foi analisado nas entrevistas e na bibliografia de referência, refletir sobre a natureza dos processos envolvidos nas relações sociais, em especial entre fisioterapeutas e pacientes, investigá-las e tentar compreendê-las, requer um investimento teórico e metodológico que contemple os conhecimentos necessários sobre o modo como se fundamentam e operam as relações, considerando as competências relacionais e as habilidades interativas.

Para analisar a relação optamos por fazê-la considerando que entre outros, os aspectos sócio-culturais, constitutivos do *habitus* dos indivíduos envolvidos poderiam ser uma chave de análise favorável à identificação dos aspectos inerentes à relação, e em especial a estabelecida entre os dois conjuntos de atores analisados. Por um lado, os detentores do conhecimento cientificamente autorizado no campo da saúde, e por outro, os que do seu conhecimento dependem.

Com tal entendimento, nos lançamos inicialmente na tarefa de identificar o *habitus* familiar do paciente e o *habitus* profissional do fisioterapeuta, a fim de inferir

a posteriori se a relação entre o fisioterapeuta e o paciente é influenciada por ele, e, em sendo, em que medida o é.

Um das compreensões obtidas é a de que, ao longo do estudo, e mais notadamente, na análise dos dados e devidos encaminhamentos, identificamos que a caracterização do *habitus*, que marca a disposição do agente social, é difícil e requer um investimento metodológico acurado, sobretudo, devido à complexidade inerente ao conjunto de variáveis extensivas e suficientemente relevantes, que permitiriam a representação do espaço social e as disposições adotadas pelos indivíduos.

Ao tentar identificar as escolhas dos indivíduos, que estão associadas às relações sociais estabelecidas nos diversos campos sociais, as relacionamos aos papéis culturalmente associados ao gênero, à idade; à identificação religiosa, ao capital econômico e cultural, que por sua vez, influenciam os estilos de vida, gostos e hábitos.

A visualização global da tomada de posição dos atores integrantes do estudo, possibilitada pela disposição do conjunto de variáveis atinentes ao capital global e aos estilos de vida, gostos e hábitos dos entrevistados, nos possibilitou, de alguma forma, indicar o *habitus* profissional e familiar. Ao analisar a diversidade dos *habitus* dos atores em relação, concluímos que embora haja aspectos pontuais que associam gostos e estilos a uma determinada dimensão de maior ou menor capital econômica ou cultural, algumas características são comuns a todos os atores, nos diferentes espaços. Ou seja, independente do maior ou menor volume de capital global, econômico ou cultural, há semelhanças em hábitos e gostos e em predisposições relativas às relações estabelecidas com os fisioterapeutas.

Tais correspondências, entre o espaço das classes construídas e o espaço das práticas, foram de alguma forma consideradas por Bourdieu (1979), ao afirmar que o conjunto das diversas posições é definido em relação umas às outras. Ou seja, embora as práticas, estilos, hábitos e gostos, sejam respectivos ao campo e suas respectivas forças favoreçam sua internalização, associando-os até o um modo natural de ser, a maior difusão ou facilitação no acesso às diversas práticas pode predispor o surgimento de gostos e hábitos com maior semelhança entre os indivíduos com diversos volumes de capital, o que de alguma forma, pode beneficiar a relação entre indivíduos provenientes dos diferentes espaços sociais. Os exemplos identificados nesse estudo são a prática da caminhada, da hidroterapia, a preferência pela música popular brasileira, a preferência por filmes em DVD do gênero romântico e a leitura de revistas e jornais, referidos pelos entrevistados das diversas composições de capital.

Visando a identificar as aproximações e distanciamentos entre os atores desse estudo, e conseqüentemente, as distâncias sociais, que em virtude dos seus estilos de vida, gostos e hábitos influenciam a interação e as operações proxêmicas, analisamos mais detidamente a dimensão na qual os fisioterapeutas se inserem; a de maior capital global e maior capital cultural, e identificamos que na mesma dimensão, estão professores universitários, professores de nível médio, médicos, odontólogos, e terapeutas holísticos.

Partindo do pressuposto de que quanto maior proximidade nas dimensões econômicas e culturais mais aspectos em comum poderão ser identificados nos *habitués* dos indivíduos, o que, por conseguinte, favorece as práticas relacionais aproximativas, analisamos as concepções de aspectos constituintes da relação, a comunicação e informação decorrentes dos encontros entre fisioterapeutas e

pacientes, e concluímos que há graus de aproximação de certa forma diferenciados entre os integrantes com maior e menor capital global e maior e menor capital cultural. Tal entendimento é corroborado por Boltanski (2004), em referência a comunicação, um dos elementos constitutivos da relação, quando afirma que para os membros que pertencem à mesma classe social, ao mesmo meio, ao mesmo grupo de inter-relações, o diálogo torna-se fácil porque falam a mesma língua, têm os mesmos hábitos mentais, empregam categorias de pensamentos semelhantes, e sofreram a influência da mesma força formadora de hábitos que é o sistema educacional.

Sob tal perspectiva, consideramos que atendemos de forma satisfatória ao objetivo de identificação do *habitus* profissional e familiar, bem como apontamos as interações possibilitadas entre os diversos atores e ainda, pontuamos a influência mútua dos *habitués* sobre a relação, quer seja nas concepções de saúde/doença, quer seja na doação e recepção do toque, do contato, ou nos níveis de criticidade em relação às dinâmicas relacionais estabelecidas.

Ao analisarmos os depoimentos, os iniciamos a partir das questões periféricas à relação. A compreensão da saúde e doença, apesar das suas características polissêmicas, foi considerada como um possível meio para a apreensão das disposições dos agentes envolvidos. Identificar as diversas concepções de elementos constitutivos do objeto em análise nos permitiu concluir que há variações quanto às concepções de saúde e doença entre os atores analisados, sejam eles, pacientes ou fisioterapeutas, em referência ao capital econômico e cultural, como também, em relação ao capital físico. Entre os indivíduos de menor capital econômico, o *habitus* de classe exerce maior influência em relação aos demais, sobre a concepção de saúde. Em linhas gerais, inferimos que nessa questão

analisada, o *habitus* de gênero, expresso nas formas de comunicação e linguagem, exerce uma influência marcante.

Na análise dos depoimentos dos profissionais fisioterapeutas acerca da questão central da tese, outro entendimento ao qual chegamos, foi o de que, os fisioterapeutas ao refletirem sobre a relação e sobre os aspectos que a influenciam, adotam o discurso do politicamente correto, do ideal da prática, da adoção de papéis socialmente orientados e notadamente inclinados às posturas éticas e humanizadas, o que necessariamente, não reflete a concretude das práticas em suas complexidades influenciadas pelos fatores sócio-culturais, o que aponta para uma questão geral referente aos procedimentos de análises da vida social, a da necessidade e desafio de transcender os ditos em busca da compreensão dos processos e dinâmicas que dão sustentação às estruturas sócio-culturais em que atuam e são forjados os indivíduos, em relação às quais, os discursos elicitados em entrevistas, questionários ou através de outras metodologias, se constituem enquanto cintilâncias.

Percebemos que a relação fisioterapeuta - paciente é geralmente citada pelos atores envolvidos associada a aspectos positivos. Características como tranquilidade, amizade, disponibilidade, envolvimento, confiança, cuidado, respeito, destacam-se. Contudo, na maior parte das vezes, são referidos às condições do ideal e não do real. As próprias recorrentes referências ao dever ser da relação, baseadas na formação acadêmica recebida e na consciência coletiva, pode ser um indicador das tensões existentes nas práticas dos encontros com o sujo, o feio, o velho, o mal-cheiroso, categorias socialmente estigmatizadas em nossa cultura e sociedade.

Nuances da concretude das práticas podem ser de alguma forma, mensuradas em algumas sutilezas dos depoimentos que apontam para as diferenciações nas formas de comunicação verbal estabelecidas, que ao mesmo tempo em que apontam para especificidades dos *habitués*, sugerem que a linguagem verbal, marcada pelo capital cultural e pelo sistema de posições é um elemento de predisposição ao distanciamento entre os indivíduos com maior capital intelectual, detentores do saber especializado e os indivíduos com menor capital cultural.

Ainda no tocante à comunicação, a não verbal, inferimos nas nuances dos depoimentos, que o toque, sob vários aspectos uma forma de comunicação não verbal, emocionalmente mais poderosa do que a fala, também apresenta elementos que sugerem abordagens diferenciadas nas práticas relacionais, sendo mais visíveis as diferenciações a partir dos hábitos de higiene, mas também na aparência física e na forma de vestir.

Pudemos identificar ainda nos depoimentos, que a presença de um novo ator no campo da saúde, o paciente expert, desperta para a adoção de uma postura igualmente diferenciada. Esse consumidor diferenciado das práticas de saúde, por deter conhecimentos ou informações a serem consideradas, se constitui uma ameaça aos portadores do conhecimento científico especializado e dos discursos competentes.

Na análise dos dados em geral e notadamente a análise dos depoimentos, em referência a influência do *habitus* na relação fisioterapeuta e paciente ratificaram a proposição de Bourdieu ao afirmar que o capital econômico e o capital cultural, são os mais eficientes princípios de aproximação e distanciamento dos agentes no espaço social.

Por fim, assumimos a postura do não-concluir, parte de uma sábia e humilde postura oriental segundo a qual nada está pronto ou concluído. Tampouco, a vida, seus fenômenos e a ciência que os toma como objetos.



## 8 REFERÊNCIAS

1. BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo: Org. Ed. Perspectiva, 1987.
2. BOURDIEU, Pierre. Algumas propriedades do campo. In: **Questões de Sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
3. BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
4. BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma Teoria da Prática. In: **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1994.
5. BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas: Papirus, 1996.
6. BOURDIEU, Pierre. A causa da ciência: Como a história social das ciências sociais pode servir ao progresso das ciências. **Política & Sociedade**, Vol. 1, No 1 (2002). Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/4937>>
7. BOURDIEU, Pierre; ORTIZ, R. (Org.). **Gostos de Classes e Estilos de Vida**. São Paulo: Ática, 1994.
8. BOURDIEU, Pierre. **Razões Práticas sobre a Teoria da Ação**. Papirus Editora, 1995.
9. ACIOLE, G. G. The place, theory and professional practice of the physician: elements for a critical approach to doctor-patient relations in the consulting room, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.95-112, set.2003-fev.2004. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/ingles/revista14/artigo1.pdf>>
10. ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru: EDUSC, 2001.
11. ALMEIDA FILHO, N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Aug. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2001000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400002&lng=en&nrm=iso)>.
12. ALVES, P. C. Experiencing illness: theoretical considerations. **Cad. Saúde Pública**, July/Sept. 1993, vol.9, no.3, p.263-271.
13. ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. **Saúde e Doença**: Um Olhar Antropológico, Editora Fiocruz, 1998.

14. ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). O status atual das ciências sociais em saúde no Brasil: tendências. In: **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora Fiocruz, 1998.
15. ALVES, Paulo César. Experiencing illness: theoretical considerations. **Cad. Saúde Pública**, July/Sept. 1993, vol.9, no. 3, p.263-271.
16. ANDRADE, P. Agência e Estrutura: o conhecimento praxiológico em Pierre Bourdieu. **Estudos de Sociologia**, Rev. do Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPE, vol. 2, nº 2.
17. ANTUNES, R. **Os Sentidos do Trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho. 1ª ed. Boitempo Editorial, 1999.
18. ARAÚJO, Isabel Maria Batista. **Aprendem doença, educam para saúde**. 225 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Ninho, Braga, 2004.
19. ATKINSON, S. J. Anthropology in research on the quality of health services. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 1993. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000300016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300016&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 04/12/2008.
20. AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25/10/2008.
21. BALINT, M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro/São Paulo, Livraria Atheneu, 1988. In: NOGUEIRA M. M. C. F. **Relação Profissional - Paciente**: Subsídios para Profissionais de Saúde. Disponível em <<http://www.cro-rj.org.br/fiscalizacao/Rela%E7%E3o%20Profissional.doc>>
22. BARATA, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006, **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008. Disponível em: <[http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02\\_02.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf)>
23. BARROS FILHO, C.; MARTINHO, L. M. S. **O habitus na comunicação**. São Paulo: Paulus, 2003.
24. BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
25. BOWLING, A. **La Medida de la Salud**: Conceptualización de la función física, la salud y calidad de la vida. Barcelona: Editora Masson, 1994.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_integra\\_direitos\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf)>

27. BRASIL. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 16 out. 1996.
28. BROWN, P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. **Journal of Health and Social Behavior** (extra issue): 34-54. 1995.
29. CAILLÉ, A. Apresentação. In: MARTINS, Paulo Henrique. **Contra a Desumanização da Medicina: Crítica Sociológica das Práticas Médicas Modernas**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
30. CANESQUI, A. M. Notas sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80. In: ALVES, Paulo César, MINAYO, Maria Cecília de Souza, (Org.). **Saúde e Doença; Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.
31. CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100009&lng=en&nrm=iso)>.
32. CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 5ª e. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
33. CAPRA, F. **O Ponto de Mutação – A ciência, a Sociedade e a Cultura Emergente**. São Paulo: Cultrix, 1999.
34. 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, Sept. 1999. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000300023&lng=en&nrm=iso)>.
35. CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05/06/2008.
36. CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, Aug. 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000400015&lng=en&nrm=iso)>.
37. CARRARO, T. E.; RADUNZ, V. Empatia no Relacionamento Terapêutico: Um Instrumento do Cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1 n. 2, p. 50-52 - jul./dez. 1996. Disponível em <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/8739/6060> >
38. CARVALHEIRO, J. R. Os desafios para a saúde. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, Apr. 1999. Disponível em:

- <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100002&lng=en&nrm=iso)>
39. COELHO FILHO, J. M. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300018&lng=en&nrm=iso)>.
  40. COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. [online]. maio/ago. 2002, vol.9, no.2 [citado 20 Fevereiro 2006], p.315-333. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>
  41. CRUZ NETO, O. Dificuldades da relação médico-paciente diante das pressões do "mercado da saúde". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100023&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100023&lng=pt&nrm=iso)>.
  42. CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000400004&lng=pt&nrm=iso)>.
  43. DELL'ACQUA, M. C. Q.; ARAUJO, V. A.; SILVA, M. J. P. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, Apr. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691998000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06/01/2009.
  44. DURKHEIM, Émile. **As Regras do Método Sociológico**. 15<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Editora Nacional, 1995.
  45. EKSTERMAN, A. Fatores iatrogênicos na relação médico-paciente. **Jornal Brasileiro de Medicina**, 1968. Disponível em: <[http://www.medicinapsicossomatica.com/doc/fatores\\_iatrogenicos\\_rel\\_medpac.pdf](http://www.medicinapsicossomatica.com/doc/fatores_iatrogenicos_rel_medpac.pdf)>
  46. EMANUEL, E. J.; EMANUEL L. L. *Four models of the physician-patient relationship*. **Journal of American Medical Association**, 1992. Disponível em: <<http://www.luc.edu/depts/philosophy/TEC/emanuel.pdf>>
  47. FABREGA, H. *Disease and social behaviour*. **The MIT Press**, Cambridge, Mass., 1971.
  48. FERNANDES, J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, Mar. 1993. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1993000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000100003&lng=en&nrm=iso)>

49. FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.
50. FOX, R.C. *Reflections and opportunities in the sociology of medicine*. **Journal of Health and Social Behavior**. 26:6-14. 1985.
51. FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp, 1988. Coleção Clássicos, n. 12.
52. FRITZ, S. **Fundamentos da Massagem Terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 2002.
53. GALA, M. F.; TELLES, S. C. R.; SILVA, M. J. P. Ocorrência e significado do toque entre profissionais de enfermagem e pacientes de uma UTI e Unidade Semi-intensiva cirúrgica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 1, Mar. 2003 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342003000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06/07/2009.
54. GARBIN, H. B. R.; PEREIRA NETO, A. F.; GUILAM, M. C. R. A internet, o paciente *expert* e a prática médica: uma análise bibliográfica. **Interface (Botucatu)** , Botucatu, v. 12, n. 26, Sept. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000300010&lng=en&nrm=iso)>.
55. GATTINARA, B. C. et al . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1995000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06/02/2009.
56. GIGLIO, A. D. A relação médico paciente sob uma perspectiva dialógica. **Revista brasileira de clínica e terapêutica**. 2002, 27;1: 6-8. Disponível em <[http://www.psy.med.br/textos/medico\\_paciente/perspectiva\\_dialogica.pdf](http://www.psy.med.br/textos/medico_paciente/perspectiva_dialogica.pdf)>
57. GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982
58. GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. **Modelos de Relação Médico-Paciente**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>>
59. HALL E.T. **A dimensão oculta**. Lisboa: Relógio d'Água; 1986.
60. HALL, E. T. **A linguagem silenciosa**. Lisboa: Relógio D'água, 1994.
61. HELMAN, G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2006.
62. HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300004&lng=en&nrm=iso)>.

63. HERZLICH, C. Fragilidade da vida e desenvolvimento das ciências sociais no campo da saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000200002&lng=en&nrm=iso)>.
64. HERZLICH, C. *Health and illness on the eve of 21st century: from private experience to the public sphere and back*. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000200011&lng=en&nrm=iso)>.
65. KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: CURRER, C. et al. (Org.), **Concepts of health, illness and disease: a comparative perspective**. Marsella, Lanaington, 1988.
66. LAHIRE, B. Reprodução ou prolongamentos críticos? **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 78, Apr. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-73302002000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302002000200004&lng=en&nrm=iso)>.
67. LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1991.
68. LARSON, M. S. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, University of California Press. 1977.
69. LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde, empoderamento e triangulação. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, agosto 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000200004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200004&lng=es&nrm=iso)>.
70. LOYOLA, M. A. Bourdieu e a Sociologia. In: LOYOLA, M. A. (Org.). **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002, pp. 59-62.
71. LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 05/11/2008.
72. MACHADO, L. Z., Dádivas, Conflitualidades e Hierarquias em Saúde. In: MARTINS, P. H.; CAMPOS, R. B. (Orgs.) **Polifonia do Dom**. Ed. Universitária, UFPE, 2006.
73. MARTINS, P. H. **Contra a Desumanização da Medicina: Crítica Sociológica das Práticas Médicas Modernas**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
74. MAUSS, M. As Técnicas Corporais, in: MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: EDUSP, 1974.

75. MERTON, R. Sociologia: Teoria e Estrutura. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1970, p. 51. Disponível em: <<http://www.antropologia.ufba.br/artigos/teoria.pdf>>.
76. MESQUITA, R. M. Comunicação Não-Verbal: Relevância na Atuação Profissional. **Rev. paul. Educ. Fís.**, São Paulo, 11(2):155-63, jul./dez. 1997. Disponível em <<http://www.usp.br/eef/rpef/v11n2/v11n2p155.pdf>>
77. MINAYO, M. C. S. Construção da Identidade da Antropologia na área da Saúde: O Caso Brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org). **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Editora FIOCRUZ, 1998.
78. MINAYO, M. C. S.; ROZEMBERG, B. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1 [citado 04 Novembro 2004], p.115-123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso)>.
79. MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR. C. E. A. (Org.). **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
80. MONTAGNER, M. A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. 2006, vol. 11, no. 2, [citado 2007-02-23] pp. 515-526. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200028&lng=pt&nrm=iso)>.
81. MONTAGNER, M. A.; NUNES, E. D. *The sociology of health in France*. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. [online]. 2004, vol. 11, número 2, pp. 417-424. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702004000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000200010&lng=en&nrm=iso).
82. MONTAGU, A. **Tocar: o Significado Humano da Pele**. Summus, 1988.
83. MOURA, L. C. S. **A face reversa da educação médica: um estudo sobre a formação do *habitus* profissional no ambiente da escola paralela**. Porto Alegre/RS: AGE SIMERS, 2004. Disponível em <[http://books.google.com.br/books?id=JfbbWzJdKFfC&printsec=frontcover&source=gbs\\_navlinks\\_s#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.com.br/books?id=JfbbWzJdKFfC&printsec=frontcover&source=gbs_navlinks_s#v=onepage&q=&f=false)>
84. NICOLELLA, A. C. **Um olhar econômico sobre a saúde e o trabalho infantil no Brasil**. 2006. 167 f. Piracicaba: Universidade de São Paulo, (Doutorado em Educação), Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, São Paulo. 2006.
85. NOGUEIRA M. M. C. F. **Relação Profissional-Paciente: Subsídios para Profissionais de Saúde**. Disponível em <<http://www.cro-rj.org.br/fiscalizacao/Rela%E7%E3o%20Profissional.doc>>.
86. NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: BOTEGA, N.J. (Org.) **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre, Artmed Editora, 2002, pags.130-144. Disponível em <[http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0402\\_a.htm](http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0402_a.htm)>

87. NUNES, E. D. A sociologia da saúde nos Estados Unidos, Grã-Bretanha e França: panorama geral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100007&lng=pt&nrm=iso)>.
88. NUNES, E. D. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400010&lng=pt&nrm=iso)>.
89. NUNES, E. D. As Ciências Humanas e a Saúde: Algumas Considerações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.27, nº 1, jan./abr. 2003b. Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/rbem/pdf/volume\\_27\\_1/ensaio\\_ciencias\\_humanas.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/rbem/pdf/volume_27_1/ensaio_ciencias_humanas.pdf)>.
90. NUNES, E. D.; HENNINGTON, E. A.; BARROS, N. F.; MONTAGNER, M. A. O ensino das ciências sociais nas escolas médicas: revisão de experiências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003a. Disponível em <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100015&lng=pt&nrm=iso)>.
91. NUNES, E. D. *Natural and human: agreements and disagreements*. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em:  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300005&lng=en&nrm=iso)>.
92. NUNES, E. D. Straus: as duas sociologias médicas. **Revista de Saúde Pública**, vol.41 no.3. São Paulo Jun. 2007. Disponível em  
<[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=enx](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=enx)>
93. NUNES, J. A. **A pesquisa em saúde nas Ciências Sociais e Humanas: Tendências Contemporâneas** (s/d). Texto base para palestra proferida no 8º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Pública (ABRASCO) e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em:  
<<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/253/253.pdf>>
94. OLIVEIRA, V. C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Aug. 2004. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200006&lng=en&nrm=iso)>.
95. PARSONS, T. **The social system**. The Free Press. Glencoe Il. 1967.
96. PEGO-FERNANDES, P. M. et al . Revascularização do miocárdio em paciente com *situs inversus totalis*. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 5, May 2007. Disponível em  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2007000500021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000500021&lng=en&nrm=iso)>.

97. PESSOTTI, I. **A formação humanística do médico**. Ribeirão Preto, 29: 440-448, oct./dec. 1996. Disponível em: <[http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/10\\_aformacao\\_humanistica\\_medico.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/1996/vol29n4/10_aformacao_humanistica_medico.pdf)>.
98. PRITCHARD E. E. **Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. Editora: Jorge Zahar Editor, 2004.
99. QUEIROZ, M. S.; CANESQUI, A. M. Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 2, 1986. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101986000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101986000200006&lng=pt&nrm=iso)>.
100. RECTOR, M.; TRINTA, A. R. **Comunicação Não-Verbal: a Gestualidade Brasileira**. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.
101. RESSEL, L. B.; SILVA, M. J. P. Reflexões sobre a sexualidade velada no silêncio dos corpos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, June 2001. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342001000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200009&lng=en&nrm=iso)>.
102. RIBEIRO, J. L. Psicologia da saúde, saúde e doença. In: MCINTYRE, T.M. **Psicologia da Saúde: áreas de intervenção perspectivas futuras**. Braga: APPORT, 1994. p.55-72.
103. RIOS, I. C. Ser e fazer diferente: É possível provocar o desejo? **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300017&lng=en&nrm=iso)>.
104. ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [online]. 2001, vol.6, no.1, p.115-123. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso)>.
105. RUIZ-MORAL, R. *Relación médico-paciente: desafíos para la formación de profesionales de la salud*. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300015&lng=pt&nrm=iso)>.
106. SAMAJA, J. **Fundamentos epistemológicos de las ciencias de la salud**. 1997. (Tese de doutoramento) -- Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro. 1997.
107. SAWADA, N.O. **A dimensão não verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória**. 1990. (Dissertação Mestrado) -- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 1990.

108. SCHRAIBER, L. B. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec; 1989.
109. SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso)>.
110. SEEDHOUSE, D. **Health: The Foundations for Achievement** John Wiley. Chichetser, 1986.
111. SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, Oct. 1997. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>
112. SETTON, M. G. J. A Teoria do *habitus* em Pierre Bourdieu. **Revista Brasileira de Educação**. Mai/Jun/Jul/Ago, 2002, nº 20. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/rbe20/anped-20-04.pdf>>
113. SILVA, L. M. G. da et al. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, Aug. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000400008&lng=en&nrm=iso)>
114. SILVA, M. F.; SILVA, M. J. P.; MENEZES, M. A. J. Análise dos fatores proxêmicos na interação dos profissionais de saúde com os pacientes queimados. **Rev. paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 1, mar. 2006. Disponível em <[http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-88892006000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-88892006000100002&lng=pt&nrm=iso)>.
115. SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2002. Disponível em: <[http://books.google.com.br/books?id=oQtgEYISzbYC&printsec=frontcover&source=gbs\\_navlinks\\_s](http://books.google.com.br/books?id=oQtgEYISzbYC&printsec=frontcover&source=gbs_navlinks_s)>
116. SOAR FILHO, E.J. A interação médico-cliente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000100007&lng=en&nrm=iso)>.
117. SUCUPIRA, A. C. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, Dec. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300016&lng=en&nrm=iso)>.
118. TAYLOR, S.E. Interação profissional de saúde – paciente. Capítulo 10 (pp. 240-263). In: **Health Psychology**. New York: Random House. (1986) Adaptação e

tradução: Eliane Maria Fleury Seidl, Universidade de Brasília. Disponível em: <<http://www.unb.br/ip/labsaude/textos/interacao.html>>.

119. TEIXEIRA, R. R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface — Comunicação, Saúde, Educação**, v.1, n. 1, 1997. Disponível em <<http://www.interface.org.br/revista1/ensaio1.pdf>>.
120. TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200015&lng=en&nrm=iso)>
121. UCHOA, E.; VIDAL, J. M. *Medical anthropology: conceptual and methodological elements for an approach to health and disease*. **Cad. Saúde Pública**. [online]. oct./dic. 1994, vol.10, no.4 [citado 04 Noviembre 2004], p.497-504. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=es&nrm=iso)>
122. WACQUANT, L. **Esclarecer o Habitus**. Disponível em: <[http://www.sociology.berkeley.edu/faculty/wacquant/wacquant\\_pdf/ESCLARECEROHABITUS.pdf](http://www.sociology.berkeley.edu/faculty/wacquant/wacquant_pdf/ESCLARECEROHABITUS.pdf)>
123. WACQUANT, L. J. D.; BOURDIEU, P. **Um convite à sociologia reflexiva**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.
124. WACQUANT, L. J. D. O legado sociológico de Pierre Bourdieu: duas dimensões e uma nota pessoal. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 19, Nov. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-44782002000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782002000200007&lng=en&nrm=iso)>



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FISIOTERAPEUTAS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FISIOTERAPEUTAS

“O QUE TRAZES, DE ONDE VENS, O QUE TE DOU?”

Fatores sócio-culturais e sua influência na relação entre fisioterapeutas e pacientes

#### OBJETIVOS:

Os objetivos da pesquisa são analisar a natureza da Relação Fisioterapeuta e Paciente e identificar os principais fatores que a influenciam. Para tal será investigado o *habitus* ou o estilo de vida dos voluntários da pesquisa a fim de identificar de que maneira estes interferem na relação entre o profissional fisioterapeuta e o indivíduo em acompanhamento fisioterapêutico.

#### JUSTIFICATIVA

A realização da pesquisa se justifica uma vez que no contexto das práticas de fisioterapia a temática da relação entre o profissional e o paciente é pouco discutida. Sobretudo, considerando algumas questões da relação como comunicação, informação e o toque, fatores esses que influenciam e podem contribuir para a reflexão sobre as práticas de saúde no campo da fisioterapia.

#### PROCEDIMENTOS

Com relação à escolha dos entrevistados, optamos por obter uma amostra não-aleatória de fisioterapeutas e pacientes dos serviços de fisioterapia da cidade de Campina Grande, Paraíba. Os participantes da amostra serão selecionados por disponibilidade e acessibilidade.

Os voluntários considerados aptos a compor a amostra são:

- Profissionais fisioterapeutas graduados e que estejam exercendo a prática fisioterápica nas diversas especialidades da fisioterapia em serviços de saúde, clínicas, hospitais, atendimentos domiciliares ou em âmbito acadêmico;
- Que apresentem disponibilidade, inclusive de tempo para participar do estudo.

Após os contatos iniciais serão feitos os convites para a participação da pesquisa e serão agendadas as entrevistas individualizadas em horários livres e convenientes e preferencialmente em local adequado para a manutenção da privacidade dos procedimentos.

#### ENTREVISTAS

Os meios para a coleta de dados para a pesquisa serão:

- Formulário com questões fechadas e abertas.
- As questões serão respondidas no próprio formulário.
- Roteiro de entrevista com questões abertas.
- As questões abertas requerem análise qualitativa e serão gravadas por meio digital, mediante autorização dos pesquisados.

A frequência com que os voluntários serão requisitados para a efetivação da pesquisa poderá ser de um a três encontros. Um encontro para o agendamento da entrevista, outro para a realização da entrevista e se necessário um terceiro para eventuais complementações e esclarecimentos.

#### DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Não existem riscos ou desconfortos claramente identificados. Os eventuais desconfortos podem ser referentes à eventual

tomada de consciência acerca das questões que envolvem as relações sociais incluindo a relação fisioterapeuta-paciente. Os benefícios da pesquisa associam-se principalmente à oportunidade de se refletir acerca da relação profissional-paciente. O que pode trazer benefícios pessoais, profissionais e organizacionais.

#### GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

#### LIBERDADE DE RECUSA

Você é livre para recusar-se a participar da pesquisa, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento que desejar. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer transtorno.

#### GARANTIA DE SIGILO

A sua identidade será mantida em sigilo através de códigos próprios para a pesquisa. Os fisioterapeutas serão identificados por nomes fictícios. Os seus respectivos locais de trabalho também serão mantidos em sigilo e serão identificados como serviços públicos, privados ou acadêmicos.

Ou seja, você e seu local de trabalho não serão identificados no texto da tese ou em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações se assim for necessário. O(s) pesquisador(es) certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora, Vitória Regina Quirino de Araújo pelo telefone (83) 3322.5790 ou (83) 9927.9945, cuja orientação está a cargo do Professor Doutor Lemuel Dourado Guerra Sobrinho, professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será arquivada pelos pesquisadores do Programa de Doutorado em Ciências Sociais e outra será fornecida a você.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo a gravação da entrevista em meio digital.

Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

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

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PACIENTES

#### “O QUE TRAZES, DE ONDE VENS, O QUE TE DOU?”

#### Fatores sócio-culturais e sua influência na relação entre fisioterapeutas e pacientes

#### OBJETIVOS:

Os objetivos da pesquisa são analisar a natureza da Relação Fisioterapeuta e Paciente e identificar os principais fatores que a influenciam. Para tal será investigado o *habitus* ou o estilo de vida dos voluntários da pesquisa a fim de identificar de que maneira estes interferem na relação entre o profissional fisioterapeuta e o indivíduo em acompanhamento fisioterapêutico.

#### JUSTIFICATIVA

A realização da pesquisa se justifica uma vez que no contexto das práticas de fisioterapia a temática da relação entre o profissional e o paciente é pouco discutida. Sobretudo, considerando algumas questões da relação como comunicação, informação e o toque, fatores esses que influenciam e podem contribuir para a reflexão sobre as práticas de saúde no campo da fisioterapia.

#### PROCEDIMENTOS

Com relação à escolha dos entrevistados, optamos por obter uma amostra não-aleatória de fisioterapeutas e pacientes dos serviços de fisioterapia da cidade de Campina Grande, Paraíba. Os participantes da amostra serão selecionados por disponibilidade e acessibilidade.

Os voluntários considerados aptos a compor a amostra são:

- Profissionais fisioterapeutas graduados e que estejam exercendo a prática fisioterápica nas diversas especialidades da fisioterapia em serviços de saúde, clínicas, hospitais, atendimentos domiciliares ou em âmbito acadêmico;
- Que apresentem disponibilidade, inclusive de tempo para participar do estudo.

Após os contatos iniciais serão feitos os convites para a participação da pesquisa e serão agendadas as entrevistas individualizadas em horários livres e convenientes e preferencialmente em local adequado para a manutenção da privacidade dos procedimentos.

#### ENTREVISTAS

Os meios para a coleta de dados para a pesquisa serão:

- Formulário com questões fechadas e abertas.
- As questões serão respondidas no próprio formulário.
- Roteiro de entrevista com questões abertas.
- As questões abertas requerem análise qualitativa e serão gravadas por meio digital, mediante autorização dos pesquisados.

A frequência com que os voluntários serão requisitados para a efetivação da pesquisa poderá ser de um a três encontros. Um encontro para o agendamento da entrevista, outro para a realização da entrevista e se necessário um terceiro para eventuais complementações e esclarecimentos.

#### DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

Não existem riscos ou desconfortos claramente identificados. Os eventuais desconfortos podem ser referentes à eventual

tomada de consciência acerca das questões que envolvem as relações sociais incluindo a relação fisioterapeuta-paciente. Os benefícios da pesquisa associam-se principalmente à oportunidade de se refletir acerca da relação profissional-paciente. O que pode trazer benefícios pessoais, profissionais e organizacionais.

#### GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

#### LIBERDADE DE RECUSA

Você é livre para recusar-se a participar da pesquisa, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento que desejar. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer transtorno.

#### GARANTIA DE SIGILO

A sua identidade será mantida em sigilo através de códigos próprios para a pesquisa. Os fisioterapeutas serão identificados por nomes fictícios. Os seus respectivos locais de trabalho também serão mantidos em sigilo e serão identificados como serviços públicos, privados ou acadêmicos.

Ou seja, você e seu local de trabalho não serão identificados no texto da tese ou em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Eu, \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações se assim for necessário. O(s) pesquisador(es) certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei entrar em contato com a pesquisadora, Vitória Regina Quirino de Araújo pelo telefone (83) 3322.5790 ou (83) 9927.9945, cuja orientação está a cargo do Professor Doutor Lemuel Dourado Guerra Sobrinho, professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será arquivada pelos pesquisadores do Programa de Doutorado em Ciências Sociais e outra será fornecida a você.

Declaro que concordo em participar desse estudo e autorizo a gravação da entrevista em meio digital.

Assinatura do Entrevistado

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_

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

## APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM FISIOTERAPEUTAS

### FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM FISIOTERAPEUTAS

Número de identificação para a pesquisa: F \_\_\_\_\_

Os fisioterapeutas serão identificados com um E seguido do número da entrevista (ex.: F9)

#### Dados Socioeconômicos

1. Gênero:  Masculino  Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Naturalidade: \_\_\_\_\_
4. Estado Civil:
  - Solteiro (a)  Casado (a)  Viúvo (a)  Divorciado (a)  União estável
5. Com filhos?  Sim Número de filhos: \_\_\_\_\_  
 Não
6. Você tem identificação com alguma religião?  Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não
7. Qual o nível de instrução dos seus pais?
  - Pai \_\_\_\_\_
  - Mãe \_\_\_\_\_
8. Renda individual mensal:
 

<input type="checkbox"/> Até R\$ 500,00	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.500,00	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 1.501,00 e R\$ 2.500,00
<input type="checkbox"/> Entre R\$ 2.501,00 e R\$ 3.500,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 3.500,00
<input type="checkbox"/> Outra renda: _____	

#### Gostos e estilos de Vida

9. Com relação aos hábitos cotidianos. Você pratica atividade física ou algum esporte?
  - Sim Qual? \_\_\_\_\_  
Com que frequência? \_\_\_\_\_
  - Não
10. Você fuma?  Sim Com que frequência? \_\_\_\_\_  
 Não
11. Você bebe?  Sim Com que frequência? \_\_\_\_\_  
 Não
12. Com relação às formas de lazer, você costuma frequentar cinemas/assistir filmes?
  - Sim Qual o seu gênero de filme preferido? \_\_\_\_\_
  - Não
13. Você costuma ouvir música?
  - Sim Qual sua preferência musical? \_\_\_\_\_
  - Não
14. Você tem o hábito da leitura?
  - Sim Qual o seu gênero de leitura preferido? \_\_\_\_\_
  - Não

Formação  
Acadêmica

15. Nas suas horas vagas costuma preencher o tempo com algo não citado aqui? Como? \_\_\_\_\_

16. Quanto ao curso de fisioterapia, quais foram as principais motivações para você escolher o curso? \_\_\_\_\_

17. Em qual Instituição você cursou a graduação? \_\_\_\_\_

18. Qual o ano de ingresso no curso? \_\_\_\_\_ E o de conclusão? \_\_\_\_\_

19. Você fez algum curso de formação (especialização) na área de fisioterapia?

Sim Qual? \_\_\_\_\_

Em qual instituição? \_\_\_\_\_

Não

20. Fez algum curso de pós-graduação?

Sim Qual? \_\_\_\_\_

Em qual instituição? \_\_\_\_\_

Não

Trajatória  
Ocupacional

21. Qual a sua área de atuação em fisioterapia? \_\_\_\_\_

22. Há quanto tempo você está atuando como fisioterapeuta? \_\_\_\_\_

23. Em qual(is) instituição(ões) você trabalha? \_\_\_\_\_

24. Qual a sua carga horária de trabalho semanal? \_\_\_\_\_

25. Você exerce outra atividade ocupacional?  Sim Qual? \_\_\_\_\_

Não

Vivência no  
Campo da Saúde

**QUESTÕES ABERTAS:**

26. De acordo com a experiência vivida qual a sua compreensão sobre a saúde?

27. De acordo com suas percepções, o que significa para os pacientes 'estar doente'?

28. Na sua prática fisioterápica cotidiana como você descreve a comunicação com o paciente?

29. Qual a sua opinião sobre o paciente buscar informações acerca da sua saúde?

30. Como você descreve a relação estabelecida entre o fisioterapeuta e paciente?

31. Como você analisa a influência na relação fisioterapeuta e paciente de aspectos como:

- a. Aparência física (forma de vestir, higiene);
- b. O toque;

32. Em sua vivência como fisioterapeuta houve encontros com pacientes que de alguma forma lhe marcaram? Você pode falar sobre algum que tenha lhe marcado positiva ou negativamente?

## APÊNDICE D – FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM PACIENTES

### FORMULÁRIO PARA PESQUISA COM PACIENTES

Número de identificação para a pesquisa: P \_\_\_\_\_

Os pacientes serão identificados com um P seguido do número da entrevista (ex.: P5)

#### Dados Socioeconômicos

1. Gênero:  Masculino  Feminino
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Naturalidade: \_\_\_\_\_
4. Estado Civil:
  - Solteiro(a)  Casado(a)  Viúvo(a)  Divorciado(a)  União estável
5. Com filhos?  Sim  Não  
Número de filhos: \_\_\_\_\_
6. Você tem identificação com alguma religião?  Sim  Não  
Qual? \_\_\_\_\_
7. Qual a sua renda individual mensal:
  - Sem renda individual  Até R\$ 500,00
  - Entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00  Entre R\$ 1.001,00 e R\$ 1.500,00
  - Outra renda: \_\_\_\_\_
8. Qual o nível de instrução dos seus pais?
  - Pai \_\_\_\_\_
  - Mãe \_\_\_\_\_

#### Escolaridade

9. Qual o seu nível de instrução?
  - Sem instrução formal  Ensino infantil (até a alfabetização)
  - Fundamental 1 (1 a 4ª série/1º grau)  Fundamental 2 (5ª a 8ª série/1º grau)
  - Médio (1ª a 3ª/2º grau)  Ensino Superior
  - Pós-graduação
10. Você se considera satisfeito (a) com o seu nível de instrução?  Sim  Não  
Por quê? \_\_\_\_\_

Se houver formação acadêmica em nível superior:

11. Qual a sua formação? \_\_\_\_\_
12. Qual a Instituição em que cursou a graduação? \_\_\_\_\_
13. Com relação aos hábitos do dia a dia. Você pratica atividade física ou algum esporte?
  - Sim Qual? \_\_\_\_\_  
Com que frequência? \_\_\_\_\_
  - Não
14. Você fuma?  Sim  Não  
Com que frequência? \_\_\_\_\_
15. Você bebe?  Sim  Não  
Com que frequência? \_\_\_\_\_

#### Gostos e estilo de vida

Trajétoria  
Ocupacional

16. Com relação às formas de lazer, você costuma frequentar cinemas/assistir filmes?  
 Sim Qual o seu gênero de filme preferido? \_\_\_\_\_  
 Não
17. Você costuma ouvir música?  
 Sim Quais as suas preferências musicais? \_\_\_\_\_  
 Não
18. Você tem o hábito da leitura?  
 Sim Qual o seu gênero de leitura preferido? \_\_\_\_\_  
 Não
19. Nas suas horas vagas costuma preencher o tempo realizando algo não citado aqui?  
 Como? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quando houver trajetória ocupacional:

20. Você trabalha atualmente?  Sim  Não
21. Trabalhou anteriormente?  Sim  Não
22. Qual a sua área de atuação (atual ou anterior mais recente)? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
23. Quanto tempo você atua (ou atuou) nessa área? \_\_\_\_\_
24. Onde você trabalha ou trabalhou mais recentemente? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
25. Qual a sua carga horária média semanal (atual ou anterior)? \_\_\_\_\_
26. Você está satisfeito(a) com sua capacidade atual para o trabalho?  Sim  Não  
 Porque? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
27. Você está vinculado(a) a algum plano de saúde, previdenciário, ou de aposentadoria?  Sim Qual? \_\_\_\_\_  
 Não

Vivência no  
campo da saúde

**QUESTÕES ABERTAS:**

28. Há quanto tempo você está sob acompanhamento fisioterápico?
29. De acordo com a sua experiência o que é saúde?
30. Para você o que significa estar doente?
31. Como você analisa aspectos do tratamento fisioterápico como:  
 a) comunicação com o fisioterapeuta;  
 b) informações sobre o seu adoecimento;  
 c) o toque das mãos do fisioterapeuta;
32. Como você descreve a relação estabelecida entre o paciente e o fisioterapeuta?
33. Em sua vivência como paciente houve encontros com fisioterapeutas que de alguma forma lhe marcou? Fale sobre algum que tenha lhe marcado positiva ou negativamente.