

* Artigo Original

Da comunicação da informação à produção do significado como estratégia para promoção do direito da saúde

Ivo Quaranta

Alma Mater Studiorum – Universidade de Bolonha. Departamento de História e Cultura Humana. Email: ivo.quaranta@unibo.it

DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.621pt

Resumo

O tema da comunicação no âmbito da saúde é colocado em discussão como uma estratégia que dificilmente promove o direito à saúde de pacientes e usuários, pelo fracasso em considerar a perspectiva destes ou por não considerar as circunstâncias socioeconômicas em que vivem, as quais contribuem na produção da doença e do sofrimento. Baseada em uma abordagem antropológica, a comunicação será repensada como um processo de produção participativa do significado da realidade, capaz de promover uma reformulação da experiência da doença, permitindo também a identificação de possíveis formas de intervenção social capazes de suportar uma tal reformulação da experiência. Ao introduzir o conceito de direito ao significado como base para a identificação de outros direitos, promove-se também o conceito de eficácia terapêutica, que será reconsiderado em termos de transformação, mas não apenas em termos de possíveis transformações no plano anatomo-fisiológico que as técnicas de intervenção biomédica podem realizar, não apenas em termos de transformações nos relacionamentos de sentido que a relação de cuidado focada no direito ao significado pode promover, mas também em termos de uma transformação nas relações sociais em que os pacientes estão envolvidos.

Palavras chave: Relação médico-paciente; comunicação em saúde; antropologia médica, eficácia terapêutica, desigualdade em saúde.

Introdução

A comunicação entre médico e paciente é um dos temas centrais das reflexões que a antropologia médica desenvolveu nas suas análises das dimensões sociais e culturais, seja por meio do conhecimento e práticas terapêuticas, seja pela experiência da doença.

Os primeiros estudos antropológicos que afrontaram sistematicamente o aspecto da comunicação na relação terapêutica foram produzidos no âmbito norte-americano, por estudiosos da Escola de Harvard (Leon Eisenberg, Arthur Kleinman, Byron E Mary-Jogood).

Estes estudiosos partiram do pressuposto de que a biomedicina deveria ser investigada como um etnomedicina específica, culturalmente caracterizada por uma exclusiva consideração das dimensões biofísicas da doença (EISENBERGE *et al.*, 1981; KLEINMAN, 1980, 1982; LOCK *et al.*, 1988). Estas últimas, entretanto, não podem ser reduzidas a uma mera realidade natural,

na verdade, são normas culturais específicas que qualificam o problema médico como um particular estado de ser. É com este espírito que Kleinman e seus colegas se propuseram a considerar as mesmas categorias biomédicas como categorias culturais, por meio das quais construímos uma interpretação particular da doença. A doença foi concebida como uma realidade simbólica e a medicina como uma iniciativa hermenêutica (GOOD *et al.*, 1981a; GOOD *et al.*, 1981b; KLEINMAN, 1981).

Este é o cenário que foi pano de fundo de proposta de distinção entre *disease* e *illness* (EISENBERG, 1977; KLEINMAN *et al.*, 1978). Com *disease*, como uma referência à alteração no funcionamento e/ou na estrutura do organismo. Por *illness* entendeu-se o significado que a experiência do sofrimento assumia para aqueles que a experimentam pessoalmente. *Disease* e *illness*, portanto, são vistos como dois diferentes modelos explicativos; o primeiro arraigado na linguagem científica do médico e o segundo no contexto familiar e social do paciente.

O encontro médico/paciente foi assim reconsiderado como um desempenho no qual duas diferentes construções culturais da realidade clínica são colocadas em cena; duas construções, no entanto, muitas vezes conflitantes entre si. Segundo os autores de Harvard, estas considerações eram de máxima importância, na medida em que os conflitos na comunicação médica teriam representado a causa principal de *non-compliance* (não cumprimento), e, também, a ineficácia terapêutica.

Um exemplo disso é aquele fornecido pelo estudo de Blumaghen (1980) sobre a hipertensão na América do Norte, compreendida pelos pacientes com modelos interpretativos populares, que identificam como natureza do problema o estresse e as tensões que as pessoas experimentam em suas vidas (*illness*), enquanto os médicos configuram o problema em termos da pressão arterial (*disease*). Estes modelos diferentes levaram ao *non-compliance* (não cumprimento) na medida em que, passadas as fases críticas de suas vidas, os pacientes não se sentindo mais sob pressão paravam de tomar os medicamentos prescritos, os quais, dada a natureza crônica da doença, deveriam, ao contrário, ser tomados regularmente.

Não levar em consideração que a perspectiva dos pacientes pode prejudicar a construção de uma aliança entre o médico e o paciente, perante à adesão ao regime terapêutico. Na verdade, ignorar o significado que os pacientes atribuem às suas experiências de doença significa também ignorar de que modo interpretam as recomendações dadas durante o encontro médico. Portanto, propõe-se inserir dentro da relação entre médico e paciente um momento para explorar as concepções dos pacientes sobre a natureza de seus distúrbios, a fim de evitar possíveis conflitos interpretativos entre a perspectiva do médico e a do paciente (KATON *et al.*, 1981; KLEINMAN, 1982).

Trabalhar na comunicação entre médico e paciente significava, portanto, promover a eficácia do sistema terapêutico, garantindo a adesão dos pacientes às instruções fornecidas pelos médicos, mesmo com relação às considerações de caráter médico-legal, que prevêm um envolvimento do paciente na definição do plano terapêutico que lhe diz respeito. Este último aspecto sofreu uma reformulação progressiva do modelo de consentimento informado ao da escolha informada, até se falar sobre a escolha compartilhada (CHARLES *et al.*, 1997; FELT *et al.*, 2009).

Garantir a adesão do paciente às recomendações terapêuticas e ao mesmo tempo compartilhar a responsabilidade legal são estratégias que oferecem um outro lado, de criticidade múltipla.

Promover a eficácia biomédica é sempre um bem? Mesmo quando se configura, como por exemplo, na medicalização dos fenômenos sociais? Trabalhar a comunicação com o paciente é suficiente para garantir o seu melhor interesse, mesmo quando os fatores que comprometem a sua saúde estão ligados às suas condições socioeconômicas de vida? (TAUSSIG, 1980; YOUNG, 1982).

É evidente que um só aspecto da comunicação, não só não é necessariamente o melhor modo de promover o melhor interesse do paciente, como pode até produzir resultados mais problemáticos.

Não há dúvida que se predispor ao núcleo do encontro terapêutico uma exploração sistemática da perspectiva do paciente, surge como o pressuposto fundamental para poder orientar o clínico no seu trabalho de diagnóstico, bem como terapêutico. No entanto, é evidente também que tal exploração é pouco provável de acontecer, caso não se reconheça a importância da perspectiva do paciente, certamente não em termos de piedade, de caridade ou do genérico respeito para/com o outro, mas para garantir a realização correta do trabalho do clínico.

Reconhecer com dignidade a perspectiva do paciente implica, portanto, reconhecimento contextual da natureza cultural das próprias práticas biomédicas. Reconhecer a natureza cultural do próprio trabalho não significa deslegitimá-lo, mas sim, tornar consciente de que no cerne do raciocínio clínico opera de forma implícita um processo de seleção cultural, que ameaça ofuscar as dimensões que poderiam ser determinantes no diagnóstico terapêutico. Mas qual conceito de cultura precisamos?

Outra comunicação da informação: o direito ao significado

A abordagem baseada na análise de Modelos Explicativos aspirava produzir uma escuta antropológica da perspectiva dos pacientes, para entender o que de outra forma seria ocultado nos critérios biomédicos. Se os objetivos desta abordagem permanecerem certos e válidos, questioná-los progressivamente é o modo de persegui-los. Uma das consequências inesperadas do trabalho dos modelos explicativos foi que estes criaram uma visão distorcida do conceito de cultura, até o ponto que foram exatamente os mesmos autores a superar as suas abordagens iniciais (GOOD, 1994; KLEINMAN, 1995).

E ainda, não só no âmbito de saúde a cultura é muitas vezes concebida como algo que nós "temos" como membros de um grupo, e não como algo que "fazemos" (na forma de *competência cultural*, por exemplo: Kleinman *et al.*, 2006). A ideia de cultura compreendida como um sistema de símbolos compartilhados socialmente através dos quais interpretamos a realidade tem gerado, muitas vezes, a ideia de que as interpretações dos pacientes devem ser remetidas a algum modelo cultural de referência. Esta expressão, a cascata, tem alimentado uma visão essencializada dos mundos culturais, incapaz de levar em conta devidamente as múltiplas dimensões através das quais rejeitamos as diferenças, não só entre os mundos culturais, mas também dentro dos mundos culturais: diferenças de gênero, geração, socioeconômicas e de status, de orientação religiosa e sexual etc... Mas não só. A própria natureza processual das dinâmicas culturais é colocada à sombra, em outras palavras, a cultura é um processo que os seres humanos fazem e não simplesmente uma bagagem conceitual que temos como membros de um grupo (MARCUS *et al.*, 1986). Não se deseja com isso, colocar entre parênteses as dimensões coletivas historicamente profundas das dinâmicas

culturais, mas sim, indicar a necessidade de compreender também as dimensões através das quais os indivíduos culturais se apropriam criativamente dos repertórios coletivos de conhecimento e práticas, com destaque para a natureza intrinsecamente aberta e a dinâmica da produção cultural (ORTNER, 2006).

Estas considerações assumem um papel eminentemente prático, apenas quando nos concentramos na experiência da doença. Muitos estudos têm destacado que caracterizar a experiência da doença é muitas vezes a dificuldade dos aflitos em se colocar dentro de um cenário de sentido, tornando particularmente frustrante o trabalho daqueles que, mesmo que motivados pelas melhores intenções, colidem com a ausência de uma perspectiva a ser levada em consideração (DE MARTINO, 1958; GARRO, 1992; GOOD, 1994).

A doença, de fato, não está exclusivamente no nível do organismo que temos, mas também no corpo que somos, do corpo no mundo. A idéia de que o corpo é exclusivamente um organismo biopsíquico a ser operado em um nível técnico produziu uma eliminação do corpo como terreno existencial de si e da cultura (CSORDAS, 1990). Não somos apenas corpos, mas o corpo é um sujeito ativo da experiência, de preferência participa ativamente na produção desses significados através dos quais interpretamos a realidade e qualificamos as nossas próprias experiências (SCHEPER-HUGHES, 1994; SCHEPER-HUGHES *et al.*, 1987).

Sob a ótica antropológica, o homem é considerado como biologicamente incompleto, devido ao fato de que as informações transmitidas no nível biogenético não são suficientes para garantir a nossa sobrevivência. É somente dentro de um grupo social que nos acolhe que aprendemos essas técnicas e ferramentas conceituais que nos permitem a nos orientarmos ativamente no mundo. Conforme enfatizado por Francesco Remotti (2011), estamos diante de um segundo nascimento social, que se configura em termos de um processo de realização cultural do ser humano. Neste sentido, a natureza humana deve ser entendida como constitutivamente cultural. É evidente neste momento que é universalmente humana a nossa dependência de processos específicos de construção cultural, que vêm a diferença como um elemento irreduzível da humanidade.

No entanto, a nossa forma de experiência é caracterizada como uma profunda eliminação das dimensões coletivas e historicoculturais da natureza humana. Tal eliminação está radicada na mesma natureza dos processos de moldagem cultural do ser humano, estes de fato, são processos que ocorrem de modo informal, na exposição prática a um mundo social do qual incorporamos os valores e as formas simbólicas, através das quais se realiza simultaneamente a nossa moldagem e conseqüentemente, nossas atitudes nos confrontos com a realidade. Assim, podemos falar de uma cumplicidade ontológica entre sujeito e mundo, em virtude do fato de que interpretamos a realidade através dos processos culturais de nossa moldagem. Em outras palavras, nos relacionamos com o mundo através dos processos da nossa moldagem cultural.

O corpo não é um "elemento" marginal em tal processo de construção da realidade e ocultação de nosso papel generativo. Por um lado, realmente, é através das suas inscrições em seus corpos que o conhecimento e a ordem social são naturalizados; ao penetrar na experiência vivida, a sua historicidade e contingência recuam da esfera da consciência. É através deste processo de incorporação que a ordem social assume a aparência de naturalidade e necessidade, e que os processos sociopolíticos que a sustentam são ofuscadas no imediatismo

da experiência vivida. Por outro lado, é como corpo culturalmente informado que percebemos o mundo, interpretando-o perceptualmente antes ainda de torná-lo objeto de uma reflexão lingüística e cognitiva explícita. Como sugerido pela perspectiva fenomenológica, percebemos o mundo com intenção (nós damos sentido) antes mesmo de categorizá-lo. Em virtude do fato de que tal processo é pré-categórico, pré-objetivo, pré-conceitual, precisamente perceptual (mas não pré-cultural!), os seres humanos são artifícios da construção cultural da realidade, não estando necessariamente cientes disso (CSORDAS, 1990; KIRMAYER, 1992).

Por si só a crise do corpo produz uma crise no nosso próprio ser no mundo, enfraquecendo as raízes corpóreas da significação. Certamente, não podemos reduzir a natureza dos processos culturais a somente uma dimensão da experiência subjetiva; devemos sim olhar para a experiência em termos da dimensão vivida nos processos culturais. A doença, enfraquecendo as dimensões experienciais da significação – as suas raízes corpóreas –, produz uma verdadeira crise silenciosa, embora constitutiva, no processo de produção de significados através do qual vivemos a realidade como se fosse dotada de uma autonomia de sentido. É neste contexto que a experiência da doença gera um processo de dissolução do mundo vivido, ou seja, da rede de relacionamentos intersubjetivos que sustentam implicitamente a nossa experiência habitual do/no mundo (GOOD, 1994; SCHUTZ, 1973).

Se a caracterização da experiência da doença - mas Ernesto De Martino (1995) nos ensina que são múltiplas as experiências humanas caracterizadas a partir deste processo no qual a nossa presença no mundo pode entrar em crise – é precisamente uma crise do nosso papel como atores culturais, dificilmente se poderá proceder a uma mera extrapolação da perspectiva do paciente. Em vez disso, será produzida de forma compatível com aquela visão de cultura em termos de um processo intersubjetivo de produção de significados, através do qual interpretamos a realidade e qualificamos a nossa experiência nela.

Se a cultura é um processo intersubjetivo, a relação entre médico e paciente vem a ser reconsiderada em termos de um contexto no qual se coloca a mão para a co-construção de significados; essa emerge, portanto, como uma prática cultural. É com relação a este aspecto que podemos tentar repensar os "melhores interesses do paciente". Se a doença enfraquece os pressupostos nos quais repousa a nossa existência cotidiana, obrigando-nos a renegociar novos, é evidente que se trata de um processo que transcende o corpo e o indivíduo, por afetar a rede de relacionamentos intersubjetivos na qual a experiência pessoal vem processualmente a definir-se. Portanto, o melhor interesse do paciente não poderá ser protegido com o seu envolvimento na tomada de decisões por meio de consentimento informado, na medida em que se coloca em questão o horizonte intersubjetivo de significados, cujo enfoque pode definir quanto custa o seu próprio bem e produzir uma opção no interior de um sentido também produzido.

Agir para o melhor interesse do paciente, então, significa empenhar-se no processo comum de co-construção de um significado para a experiência da doença em cujo enfoque se pode trabalhar uma possível escolha. Este processo não é realizado através do consentimento informado ou aplicando-se mecanicamente os princípios bioéticos, mas um processo que deve ser construído com o paciente. Se trata, portanto, de criar uma aliança entre profissionais de saúde, pacientes e familiares para elaborar em conjunto, com suas respectivas competências, o que é melhor fazer à luz da reconstrução de um processo de significação fracassado.

Se trata, portanto, em realizar uma síntese operacional entre o corpo vivo e o corpo objetivado pela ciência médica, através do envolvimento pessoal dos atores profissionais e uma profissionalização das figuras pessoais que giram com o e junto ao paciente. Com este propósito, Sally Gadow (1980) fala sobre *existential advocacy*, isto é, a necessidade de uma ética relacional em que os trabalhadores de saúde em conjunto com os pacientes e os temas relevantes para eles, sejam envolvidos neste processo de reconstrução de um mundo significativo, a fim de garantir o direito dos pacientes a fazer uma escolha adequada ao valor atribuído à situação.

As abordagens narrativas na antropologia médica (GOOD, 1994; MATTINGLY, 1998; MATTINGLY *et al.*, 2000) tiveram especificamente um duplo objetivo; por um lado, facilitar a análise dos processos de dissolução do mundo vivido, cuja perspectiva leva a compreender o que significa para os sujeitos envolvidos uma experiência particular de aflição; por outro lado, promover a participação ativa dos pacientes na produção de significado, através do qual se começa a dar sentido a uma forma inédita de experiência do/no mundo (GADOW, 1980; MOL, 2008).

Se os Modelos Explicativos implicavam em uma abordagem com o objetivo de examinar as concepções dos pacientes sobre a natureza da sua dor, as abordagens narrativas nos convidam a participar do processo intersubjetivo de construção de significado da experiência (de produção dos mesmos modelos). Operacionalmente, tudo isso se traduz em uma tentativa programática e sistemática para colocar o paciente em condições de explorar as suas próprias "concepções", a fim de criar uma perspectiva sua. A perspectiva do paciente não deve ser, portanto, assumida como "coisa qualquer" que se deve ter consideração ou respeito no início de uma negociação, mas como um produto a ser realizado intersubjetivamente e como narrativa do processo que será feito.

Sally Gadow destaca que através de suas experiências de pesquisa, como muitos dos médicos resistem a esta abordagem, argumentando que abrir a dimensão pessoal do sofrimento, além do burn-out (queimar-se), o envolvimento também é arriscado, pois este pode enfraquecer a sua própria capacidade de julgamento profissional. A pesquisadora mostra que é exatamente o oposto; através do duplo processo de personalizar o profissional e profissionalizar o pessoal não só o nível de satisfação do paciente aumenta, mas também o dos médicos. Para produzir a experiência de burn-out, neste caso, não seria tanto um envolvimento pessoal, mas sim o desconforto vivenciado com relação à violência registrada na abstração da doença como uma mera patologia. Em outras palavras, se nos abrimos às dimensões pessoais sem saber como valorizá-las na relação terapêutica, então, se experimentará um profundo mal-estar sobre a sua eliminação através de uma atitude reducionista e universalizante. Se, ao contrário, se empenha em promover o envolvimento do paciente no processo de produção de significado do seu próprio histórico de doença, não só não se vive a frustração de ter que reduzir a experiência a meros processos orgânicos, mas se vive a profunda satisfação de ter cumprido seu trabalho ao máximo.

As narrativas devem ser, portanto, entendidas como um instrumento para promover no paciente sua *atuação* no processo de produção de significado, cujo enfoque descreve a experiência da doença, aceitando a inevitabilidade de um diagnóstico e fazendo escolhas coerentes com relação às novas exigências, no lugar da aflição. Através desses estudos, produziu-se a oportunidade para repensar radicalmente o fundamento da eficácia terapêutica

em termos de desenvolvimento de um significado capaz de radicalizar uma presença renovada em mundo inédito (até porque aquela experiência de transformação, que culturalmente definimos como cura, nunca mais poderá ser um retorno de uma situação existencial de partida).

Geralmente no âmbito médico define-se eficácia com relação ao êxito obtido em uma determinada intervenção terapêutica, ignorando o fato de que outras dimensões contribuem na própria definição de eficácia (PIZZA, 2005). O diagnóstico é em si um processo de elaboração de significado pela experiência da doença e contribui para a eficácia, não só na identificação do nível para se agir terapêuticamente, mas também na sua contribuição para a definição do significado da experiência vivida da doença. Esta consideração leva-nos a tomar consciência de quanto a dimensão do significado é central e fundamental, que tem a ver com a doença, mesmo se o sistema médico a expõe de sua ideologia explícita. A incapacidade de dar sentido às próprias experiências problemáticas, portanto, surge como a própria fonte da crise, enfraquecendo a nossa própria capacidade de agir; para qual direção se mover, o que fazer se não sabemos a natureza do problema, se esta não tem um significado?

É evidente que as dimensões simbólicas da eficácia não foram vistas como uma alternativa para a eficácia da biomedicina, em virtude do fato de que estas na realidade estão sempre presentes, mesmo naquelas áreas marcadas culturalmente em termos técnicos. Se essas dimensões simbólicas estão sempre presentes e informam até mesmo as práticas biomédicas mais reducionistas, estas tornam-se conscientes do espaço aberto de trabalho que de outra forma era bloqueado. Voluntária ou involuntariamente, a ação médica participa de processos de produção simbólica que as abordagens narrativas procuram conciliar dentro de uma ação consciente, voltadas especificamente para envolver pacientes no processo de produção de um sentido, com destaque para fazerem escolhas. Se trata de expandir o escopo do conceito de eficácia terapêutica, a fim de incluir não só as possíveis transformações que as técnicas de intervenção terapêutica podem produzir no nível anatomofisiológico, mas também as transformações ligadas às relações de sentido que são renegociadas em seguida dos processos de dissolução das certezas geradas pela crise do corpo no mundo.

De acordo com o que foi dito até agora, é evidente como a questão central está ligada à relação estabelecida entre a experiência e a produção de significado, cujo enfoque não é tanto a comunicação de informação para produzir uma transformação da experiência, mas a própria produção de significado. Aqui se pode tomar outra distinção, não só teórica mas operativa, entre abordagens narrativas e Modelos Explicativos. Estes últimos podem ser o produto que se alcança, mas se qualifica a experiência como o processo de produção de tais produtos. Por isso, é fundamental a participação do paciente, favorecendo as condições de modo a trazer clareza para si mesmo sobre quais são as questões centrais em jogo, em sua própria experiência da doença (claro que mais uma vez deve ser lembrado que esta não é necessariamente presente, propriamente em virtude da natureza prática e implícita dos processos culturais que, como já relatado, vemos sujeitos ativos em nossas dimensões experienciais e não só lingüístico-cognitiva).

Neste nível, a antropologia médica pode emergir como um forte parceiro de diálogo da biomedicina. Neste último caso, através de suas técnicas de intervenção, é possível produzir mudanças significativas sobre o plano do organismo bio-psíquico; a antropologia deve oferecer

ferramentas para promover as dimensões simbólicas da auto-transformação, através das quais são renegociadas os termos de sua própria existência.

Uma possível objeção ao que foi dito até agora pode referir-se ao fato de que o tempo de trabalho do médico dificilmente permite que haja um investimento na relação com o paciente, para facilitar o tal processo de elaboração da experiência. Novamente, precisamos reconfigurar os termos da questão. Se de fato olharmos para o processo terapêutico inteiro, o que a pesquisa no âmbito médico-antropológico indica é exatamente o contrário. Investir na relação produz totalmente uma maior eficiência do sistema médico. Em outras palavras, investir a favor da eficácia simbólica reduz o tempo total do processo terapêutico, configurando-se em termos de uma sinergia virtuosa entre eficácia e eficiência. Evidentemente, para atingir tal sinergia, é necessário intervir tanto a favor da formação, quanto da reorganização dos serviços em termos compatíveis com a possibilidade de realização prática destes princípios.

Em suma, portanto, agir no melhor interesse do paciente, promovendo o seu direito ao significado, chega a coincidir com a promoção do melhor interesse do médico e, em última análise, aumenta a eficiência do sistema de saúde.

Com enfoque nestas considerações, o tema da comunicação na relação entre médico e paciente é radicalmente reconsiderado, não se trata mais de ter certeza se o paciente irá aderir às recomendações fornecidas pelo médico, mas de se empenhar em garantir que o paciente pode produzir uma perspectiva.

Direito ao significado e diferenças culturais

Se o direito ao significado surge como uma dimensão fundamental na relação entre o médico e o paciente, este desempenha um papel fundamental mesmo em comparação com outros conhecimentos terapêuticos. O reducionismo, de fato, não só produz a eliminação da perspectiva do paciente, mas também o risco de deslegitimar visões diferentes da realidade clínica. Esta temática surge como um tema central em termos operativos, quando se deve promover a produção de significado da experiência de doença com pacientes estrangeiros, que invocam horizontes de sentido culturalmente distantes das nossas habituais referências simbólicas.

Para caracterizar a relação terapêutica com pacientes estrangeiros, é necessário refletir explicitamente sobre as dinâmicas que estão sempre presentes, mas que ocorrem de forma tão inconsciente quando se lida com pacientes, com os quais há uma forte participação implícita das suposições silenciosas construídas sobre a nossa maneira de estar no mundo.

Assim, para qualificar o encontro com pacientes estrangeiros é necessário refletir explicitamente sobre as dimensões simbólicas que estão sempre presentes na relação. O risco é que a forte ideologia cientificista da biomedicina pode fazer com que os profissionais traduzam a diferença cultural como um erro, levando assim a enfraquecer essas dinâmicas intersubjetivas de co-construção do significado da experiência, as quais já foram discutidas. Novamente, em modo implícito, uma série de dicotomias chegam a moldar as nossas atitudes práticas, nós/outros, ciência/crença, verdade/erro.

Os serviços de saúde muitas vezes pedem o conselho de antropólogos com relação as dificuldades encontradas com pacientes estrangeiros, cujas interpretações e cujos

comportamentos são difíceis de ser relacionados à racionalidade clínica do conhecimento biomédico. O mesmo se aplica em contextos nos quais atuam a cooperação em saúde. A atitude que se encontra nestes dois âmbitos diferentes é frequentemente similar. A diferença cultural é considerada um obstáculo para a realização da eficácia terapêutica, ocupando a frente da comunicação, voltada para promover a adesão de pacientes estrangeiros ou das populações interessadas a partir das intervenções de cooperação em saúde às recomendações de profissionais biomédicos. No caso da relação entre médico e paciente, a comunicação é sempre concebida como um processo unidirecional voltado para configurar os usuários em termos compatíveis com os termos pressupostos dos atores da intervenção.

A este ponto, a possibilidade de reconhecer o direito ao significado não pode passar de um prévio reconhecimento autorreflexivo da natureza, também cultural, de nossas formas de medicina, e novamente, não é voltada para seu descrédito, mas para o reconhecimento de sua seletividade cultural. Só então é possível questionar seriamente o significado transmitido pela linguagem terapêutica e experiência de sofrimento culturalmente diferente.

Tomamos o caso de Janice, uma menina nigeriana de 17 anos de idade, que imigrou ilegalmente para Itália. Lançada violentamente à prostituição, consegue fugir e denunciar a sua almozgadora compatriota e seu companheiro italiano. Os serviços sociais oferecem moradia segura e a inserem em um programa de proteção, mas logo é obrigada por seus companheiros a deixar a casa de família em que viviam; é possuída por um espírito, *mami wata*. Atendida pelo Centro de Saúde Mental competente, sua experiência foi diagnosticada como uma forma de psicose.

Ao adotar mecanicamente as nossas categorias médicas, estamos também projetando imagens específicas da pessoa, da realidade e do conhecimento que não necessariamente nos ajudam a compreender qual é o valor e o significado da experiência do sofrimento do paciente. *Mami Wata* é um espírito muitas vezes representado com a aparência de uma sereia, mas incorpora ambos os sexos, tem pele clara, adornada com jóias e símbolos de abundância, riqueza e prosperidade. Quem quiser obter realização pessoal e sucesso econômico pode estabelecer um pacto com o espírito, que em troca exigirá fidelidade e parte do sucesso alcançado graças a sua mediação. O fato de que a menina está possuída por este específico espírito, no exato momento em que deixa a prostituição é muito significativo. Agora que não ganha mais, o espírito a perturba em virtude do fato de que o pacto foi violado. A menina teve a chance de chegar à Europa, um ícone de sucesso e de realização pessoal, mas o espírito não participa mais nos lucros do seu ser no Ocidente (já que Janice parou de ganhar). Toda sua rota migratória está correndo risco, o fracasso de um projeto tão significativo e também a afronta com as mais duras dificuldades.

O espírito neste momento surge como uma interpretação prática construída, uma técnica do corpo através da qual Janice se posiciona criticamente contra os processos sociais onde é capturada (QUARENTA, 2008). O corpo emerge como sujeito ativo, traduzindo através dos seus processos de moldagem cultural, o relacionamento desconfortável entre sujeito e mundo. Nesta perspectiva, não apenas a posse não seria compreendida através da linguagem da psicopatologia, mas sequer a ação terapêutica poderia produzir uma transformação adequada da experiência.

A abordagem narrativa, neste caso, é precisamente destinada a envolver o paciente em um processo de exploração de suas próprias ideias, que se configura em termos de um processo intersubjetivo de construção intercultural do significado da sua experiência, cujo enfoque deve ser reformulado, tanto do diagnóstico como da terapia. Se não tivesse sido colocado como o único objetivo para explicar a perspectiva do paciente, o que se poderia dizer senão que ela está possuída por um espírito? Ao invés disso, favorecer a sua participação no processo intercultural de exploração dialógica da sua experiência, pode revelar uma chave de leitura que de outra forma nunca teria tido acesso à esfera da linguagem e, portanto, da reflexão explícita, permanecendo presente apenas nas dobras das dimensões vividas da experiência do sofrimento.

Passamos agora para um contexto diferente, destacando como a comunicação deixa de atingir o seu objetivo num contexto de cooperação em saúde. Durante minha experiência de pesquisa no Noroeste de Camarões, a AIDS era frequentemente interpretada por muitos como uma forma de feitiçaria do Estado (QUARENTA, 2003, 2004, 2006, 2010). As agências nacionais e internacionais estavam ocupadas nos anos anteriores no advento das drogas anti-retrovirais, então o Programa Global da AIDS da Organização Mundial de Saúde deslegitimava essas interpretações por estarem relacionadas as crenças locais tradicionais que substituíam a correta interpretação do fenômeno na chave biomédica. Não havendo disponível ainda na época uma opção de tratamento, a única identificada pela OMS para combater a epidemia era a de prevenção através de campanhas de informação. Novamente, no cerne dessas iniciativas encontramos os pressupostos culturais típicos do reducionismo biomédico. O objetivo era fornecer informações corretas sobre a natureza e transmissão do HIV de modo a gerar uma mudança no comportamento sexual. É claro que esta estratégia foi baseada em um modelo racional da ação humana, que favorece o nível individual. O comportamento não é mais do que um cálculo custo/benefício que, uma vez fornecida a informação correta, leva as partes interessadas a agirem de forma adequada.

Estas iniciativas têm, por um lado, criado uma visão da cultura local como fator de risco, por outro lado, têm privilegiado somente a tentativa de mudar os comportamentos sexuais individuais, sem levar em consideração as forças decisivas socioeconômicas e políticas, tanto locais como globais, que fornecem o contexto para a capacidade de ação do individual, limitando-a.

Em uma análise mais aprofundada, no entanto, a leitura da AIDS como uma forma de feitiçaria pode ser compreendida como uma interpretação que identifica a desigualdade econômica como causa da epidemia. A forma de discurso da feitiçaria como responsável pela epidemia de AIDS é embasada nas concepções locais, segundo as quais, o poder é muitas vezes obtido através de meios ilícitos: em um contexto caracterizado como de bens limitados, a acumulação de riqueza e de sucesso de alguns é vista como a subtração às custas dos outros. Neste sentido, as formas locais de discurso de feitiçaria surgem como práticas interpretativas, através das quais se coloca a culpa nas desigualdades sociais e diferenças de poder. Vários autores destacaram como as novas concepções de feitiçaria integram o interno de suas representações os mistérios da economia de mercado, a fim de fornecer uma explicação sobre a crescente desigualdade que esta produz. É neste sentido que em Camarões, como em outros lugares na África, a modernidade e feitiçaria parecem estar intimamente ligadas (COMAROFF, 1993; GESCHIERE, 1997; QUARANTA, 2006).

Apesar dos pressupostos culturais estarem gravados nos protocolos de prevenção internacionais e locais, a interpretação da AIDS em termos de linguagem de feitiçaria não aparece como uma forma de negação ou de falta de entendimento, pelo contrário, esta surge como uma linguagem culturalmente conotada através da qual se aponta o dedo contra aqueles processos institucionais e políticos, considerados como responsáveis pelas desigualdades e que expõem quem é menos privilegiado ao risco de vida, em última instância, ao risco da AIDS.

É evidente, então, como a comunicação, se não adota essa estratégia autorreflexiva, nunca será capaz de entender as necessidades locais. Saber colocar em perspectiva antropológica as próprias categorias médicas, então, surge como o primeiro passo para poder reconhecer o direito de significado e iniciar uma relação de diálogo, em que a diferença não é uma negação da verdade, mas uma fonte de conhecimento a ser investigada para compreender do que se está falando, quando se diz que a AIDS é uma forma de feitiçaria. Só então poderemos compreender o que não podemos implicitamente compartilhar no nível experiencial, observando como as leituras locais são sensatas e coerentes com as perspectivas que identificam precisamente os determinantes sociais de saúde e os principais mecanismos de difusão da transmissão do HIV na África Subsaariana (QUARENTA, 2006).

Novamente, as narrativas da doença podem ser uma ferramenta útil para entender em quais cenários de sentido a experiência emerge como significativa, isto é, entender em que modo a experiência social vem a ser culturalmente elaborada na urgência implícita da vivência. O objetivo é, portanto, colocar o paciente em condições de colocar-se em uma rede de significados, de poder elaborar um relatório, sempre parcial, passível de revisão, processual, mas que tem a vantagem de traduzir a urgência vivida em termos de comunicação discursiva, manipulável no relacionamento.

Para entender o que está em jogo na experiência da doença dos pacientes cujas referências simbólicas (implícitas e explícitas) são diferentes das nossas, não podemos deixar de explorar as formas culturais através das quais a experiência é qualificada. Ao fazer isso, dificilmente podemos recorrer a padrões culturais típicos (os marroquinos acreditam que, os nigerianos acham que, os italianos ...?), ao invés disso, nos abrimos a uma exploração intersubjetiva da qual cenários de sentido emergem como qualificadores.

Em suma, se trata de partir do pressuposto de que as diferenças culturais não devem ser entendidas exclusivamente nos termos de diferentes formas de conceber a realidade, mas, em termos de diferentes modos de viver a realidade. Novamente, não será certamente a comunicação compreendida como transmissão de informação a promover uma mudança no comportamento ou na experiência dos pacientes, mas a sua participação ativa no processo de produção de significado. E ainda, tal participação não será necessariamente suficiente para atender as necessidades de saúde, como estamos prestes a ver no próximo parágrafo.

Além do direito ao significado: a doença como um processo social

Os dois casos anteriormente mencionados - a posse pelo *mami wata* e a interpretação da feitiçaria da AIDS em Camarões - mostram claramente o enfoque de como a biomedicina, através do seu reducionismo, também resulta na eliminação das dimensões socioeconômicas da doença, cujo foco em somente promover o direito ao significado não é o suficiente. O Programa Global da AIDS fracassou não só porque tendia a diferenciar os processos sociais da

doença e da sua transmissão (despolitizando-os), mas também porque ofuscava as dinâmicas (não apenas individuais, mas também coletivas; não só culturais mas também econômicas, sociais e políticas) que produzem contextos de risco. Atribuiu a esta última as concepções incorretas dos atores sociais (a serem modificadas através da comunicação de informação biomédica), o programa produziu uma visão da própria cultura local como um fator de risco, assim não tendo as forças socioeconômicas e políticas decisivas, tanto locais como globais, que fornecem o contexto para a ação individual.

Como uma literatura antropológica consolidada destacou, na verdade, a utilização de modelos de troca sexo-econômicas não são entendidas como um produto de crenças locais tradicionais, mas como o resultado de uma limitação da capacidade de ação dos sujeitos (FARMER *et al.*, 1996). Nesse sentido, a AIDS é muitas vezes atribuída à incorporação individual no nível biológico, da violência estrutural, ou daquela forma de violência produzida por formas de organização social caracterizadas por profundas desigualdades, uma violência silenciosa que entra na vida das pessoas que ocupam os segmentos mais marginalizados de tais organizações sociais, manifestando-se em resultados muito diferentes como doenças infecciosas, desnutrição, altas taxas de mortalidade, uma baixa expectativa de vida ao nascer etc.. Se a violência estrutural penetra na carne, limitando a capacidade de ação dos sujeitos, então é melhorando esta última, e não modificando os comportamentos, que se pode atuar para conter a propagação da epidemia. As desigualdades socioeconômicas, de fato, não só produzem sofrimento limitando o acesso aos serviços, mas também contribuindo para a distribuição e ocorrência de doenças. Neste ponto podemos falar de reais *patologias do poder* (FARMER, 2003), das quais a biomedicina colhe os traços individuais e os resultados que foram integrados através de sua linguagem reducionista, porém, sem focar sobre o processo que constitui a mais ampla realidade.

Em outras palavras, compreender que ao falar da AIDS nos termos de uma forma de feitiçaria se está apontando o dedo contra a desigualdade não é o suficiente, se não se age em conformidade, promovendo os direitos socioeconômicos. Mesmo no caso de Janice, entender apenas como a experiência de posse representa uma prática cultural, através da qual se produz uma crítica incorporada na sua própria circunstância de vida, não produz uma transformação da experiência, se ao mesmo tempo não se agir promovendo a capacidade de renegociar os termos da própria existência social. É evidente que não basta reconsiderar a comunicação em termos de participação na produção do sentido da realidade, se não agirmos também sobre as circunstâncias sociais em que os indivíduos vivem e agem.

Muitas vezes a dificuldade que os pacientes estrangeiros têm em seguir às recomendações terapêuticas, de fato, não depende de concepções culturais, mas da dinâmica que pode ser atribuída à precariedade de sua existência social, as dificuldades econômicas e jurídicas de suas circunstâncias de vida e, portanto, em última análise, as formas de aceitar que no plano normativo e social muitas vezes os excluimos (MARTINO, 2012).

Uma perspectiva intercultural comprometida a frente da promoção da produção do significado da experiência da doença do paciente pode trazer à tona dinâmicas pertinentes que requerem formas de ação e ativação de serviços que dificilmente poderíamos prever se nos concentramos exclusivamente nas dimensões anatômicas e fisiológicas da experiência.

Mais uma vez, podemos invocar o conceito de eficácia. No caso de Janice, ter recomeçado a sua rota de migração através de sua colocação de trabalho, produziu a satisfação do espírito que a incomodava. No caso da AIDS em muitos contextos da África Subsaariana, formas de *empowerment*, como por exemplo o microcrédito para as organizações de mulheres, voltado para promover os direitos socioeconômicos têm permitido aumentar a capacidade de negociar os termos de suas relações sexuais, e mais geralmente, de suas próprias relações sociais, afetando significativamente a luta contra a disseminação da contaminação (SCHOEPF, 1991, 2001).

Conclusão

Se reconhecer o direito ao significado não é o suficiente, o contrário também é verdade. Se de fato agirmos animados pela convicção de saber qual é o melhor interesse de outras pessoas (dos pacientes, estrangeiros ou não, das comunidades interessadas na cooperação em saúde etc.), porque estamos convencidos da validade universalista de nossas categorias culturais, corremos o risco de promover ações inúteis ou até mesmo violentas.

Neste sentido, o tema da comunicação deve ser reconsiderado em termos da promoção do direito ao significado, através da participação dos pacientes na produção de sentido de suas experiências, como um campo para compreender quais recursos devem ser ativados para a realização da transformação da experiência.

Se a doença surge como um complexo processo social do qual a biomedicina capta as dimensões individuais, a eficácia de sua intervenção sobre o produto final pode ser limitada ou afetada na ausência de uma ação adequada para promover uma transformação da experiência.

O conceito de eficácia deve ser, portanto, repensado não só em termos de possíveis mudanças no plano anatômico-fisiológico que as técnicas de intervenção biomédica podem realizar, não só em termos de transformações nas relações de sentido que a relação de cuidado centrado no direito de significado pode promover, mas também em termos de uma transformação das relações sociais nas quais os pacientes estão envolvidos.

Em outras palavras, trabalhar sobre o produto sem questionar o processo que o pôs em prática significa que até a intervenção conduzida de forma mais eficiente não necessariamente será eficaz.

Repensar o tema da comunicação entre médico e paciente como uma oportunidade para co-construção do significado da realidade clínica pode surgir então, como o terreno para uma determinação mais eficiente de recursos necessários para promover o direito à saúde, não só fazendo coincidir o melhor interesse do paciente com do médico, mas fortalecendo todo o processo terapêutico.

Referências bibliográficas

BLUMAGHEN, D. Hyper-Tension: a folk illness with a medical name. **Culture, Medicine and Psychiatry**. v. 4, n. 3, p. 197-224, 1980.

- CHARLES, C., GAFNI, A., WHELAN, T. *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*. **Social Science and Medicine**. v. 44, p. 681-692, 1997.
- COMAROFF, J., COMAROFF, J. **Modernity and Its mal contents**: ritual and power in postcolonial Africa. Chicago: University of Chicago Press, 1993.
- CSORDAS, T. J. Embodiment as a paradigm for Anthropology. **Ethos**. v. 18, p. 5-47, 1990.
- DE MARTINO, E. **Morte e pianto rituale**. Dal lamento funebre antico al pianto di Maria. Torino: Boringhieri, 1958.
- DE MARTINO, E. **Storia e metastoria**. I fondamenti di una teoria del sacro. Lecce: Argo, 1995.
- DEL VECCHIO GOOD, M.-J. ; GOOD, B. J. Patient Requests in Primary Care Clinics. In: CHRISMAN, N. J.; MARETZKI, T. W. (Ed.). **Clinically applied Anthropology**: anthropologists in Health Science settings. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1982. p. 275-295.
- EISENBERG, L. Disease and illness: distinction between professional and and popular ideas of sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**. v.1, p. 9-23, 1977.
- EISENBERG, L.; EKLEINMAN, A. Clinical Social Science. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.). **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981. p. 1-23.
- GADOW S. Existential advocacy: philosophical foundation of nursing. In: SPIKER, S. F.; GADOW, S. **Nursing**: images and ideas. New York: Springer, 1989. p. 79-101.
- FARMER, P. **Pathologies of power**: health, human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press, 2003.
- FARMER, P. E.; CONNORS, M.; SIMMONS, J. **Women, poverty and AIDS**: sex, drugs and structural violence. Monroe, Maine: Common Courage Press, 1996.
- FELT, U. et al. Refusing the information paradigm: informed consent, medical research and patient participation. **Health** (London). v. 13, n.1, p. 87-106, 2009.
- GARRO, L. Chronic illness and the construction of narratives. In: DEL VECCHIO GOOD, M.-J.; BRODWIN, P. E., GOOD, B. J.; KLEINMAN, A. (Ed.). **Pain as human experience**: an anthropological perspective. *Berkeley: University of California Press, Berkeley*, 1992. p. 100-137.
- GESCHIERE, P. **The modernity of witchcraft**: politics and the occult in postcolonial Africa. , Charlottesville & London: University Press of Virginia, 1997.
- GOOD, B. J. **Medicine, Rationality, and Experience**: anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- GOOD, B. J.; DEL VECCHIO GOOD, M.-J. The Meaning of Symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.) **The Relevance of Social Science for Medicine**. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981a, p. 165-196.

GOOD, B. J.; DEL VECCHIO GOOD, M.-J. The semantics of medical discourse In: ELKANA, Y.; MENDELSON, E. (Ed.) **Sciences and Cultures**: Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981b, p. 177-212.

KATON, W.; EKLEINMAN, A. Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care. In: EISENBERG, L.; KLEINMAN, A. (Ed.). **The relevance of social science for medicine**. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981. p. 253-79.

KIRMAYER, L. J. The Body's insistence on meaning: metaphors presentation and representation in illness experience. **Medical Anthropology Quarterly**. v. 6, n. 4, p. 323-346, 1992.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**. v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press, 1980.

KLEINMAN, A. The meaning context of illness and care: reflections on a central theme in the Anthropology of Medicine. In: ELKANAY, E.; MENDELSON, E. (Ed.) **Sciences and cultures sociology**. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1981. p. 161-176.

KLEINMAN, A. Clinically applied anthropology on a psychiatric consultation-liaison service. In: CHRISMAN, N. J.; MARETZKI; T. W. (Ed.) **Clinically applied Anthropology**: anthropologists in Health Science settings. Dordrecht: Reidel Publishing Company, 1982.

KLEINMAN, A. **Writing at the Margin**: discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press, 1995.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the Clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PLoS Medicine**. v. 3, n. 10, e294, p. 1-4, 2006.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD B. Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine**. v. 88, p. 251-8, 1978.

LOCK, M., GORDON, D. (Ed.) **Biomedicine examined**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988.

MARCUS, G.; FISCHER, M. **Anthropology as cultural critique**: an experimental moment in the human sciences. Chicago: University of Chicago Press, 1986.

MARTINO, A. **Il processo migratorio come determinante della salute mentale**: l'esperienza del Centro di Consultazione Socio-Culturale nel Distretto di Pianura Est, AUSL di Bologna. Bologna, 2012. Tesi di Dottorato in Cooperazione Internazionale e Politiche per lo Sviluppo Sostenibile, Università Di Bologna. Disponívem em: <<http://amsdottorato.cib.unibo.it/5038/>>. Acesso em 24 jul. 2012.

MATTINGLY, C. **Healing dramas and clinical plots**: the narrative structure of experience. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

- MATTINGLY, C.; GARRO, L. **Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing**. Berkeley: University of California Press, 2000.
- MOL, A. M. **The logic of care**. Health and the problem of patient choice. London: Routledge, 2008.
- ORTNER, S. **Anthropology and Social Theory: culture, power, and the acting subject**. Durham and London: Duke University Press, 2006.
- PIZZA G. **Antropologia Medica: saperi, pratiche e politiche del corpo**. Roma: Carocci, 2005.
- QUARANTA, I. AIDS, sofferenza e incorporazione della storia a Nso' (provincia del Nord-Ovest del Camerun). **Corpi, Annuario di Antropologia**. v. 3, 2003.
- QUARANTA, I. Politiche del silenzio e della violenza: AIDS e nuove soggettività giovanili a Nso' (Camerun). **La Ricerca Folkorica**. v. 50, p. 5-21, 2004.
- QUARANTA, I. **Corpo, potere e malattia: antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun**. Meltemi: Roma, 2006.
- QUARANTA, I. Thomas Csordas e il paradigma dell'incorporazione. In: MATERA, V. **Discorsi sugli uomini**. Milano: Utet, 2008.
- QUARANTA, I. Politics of Blame: clashing moralities and the AIDS epidemic in Nso' (North-West Province, Cameroon). In: DILGER, H. ; LUIG, U. **Morality, hope and grief: anthropologies of AIDS in Africa**. Oxford: Berghahn Books, 2010. p. 173-191.
- REMOTTI, F. *Cultura. Dalla complessità all'impoverimento*. Laterza: Roma-Bari, 2011.
- SCHEPER-HUGHES, N. Embodied knowledge: thinking with the body in critical Medical Anthropology. In: BOROFSKY, R. (Ed.) **Assessing Cultural Anthropology**. New York: Mc Graw Hill, p. 229-239, 1994.
- SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**. v. 1, p. 6-41, 1987.
- SCHOEPF, B. Ethical, methodological and political issue of AIDS research in Central Africa. **Social Science and Medicine**, v.33, n. 7, p. 749-763, 1991.
- SCHOEPF, B. International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis. **Annual Review of Anthropology**. v. 30, p. 335-361, 2001.
- SCHUTZ, A. **The structures of the life-world**. Evanston, IL: Northwestern University Press, 1973.
- TAUSSIG, M. Reification and the consciousness of the patient. **Social Science and Medicine**. v.14b, p. 3-13, 1980.
- YOUNG, A. Anthropologies of Illness and Sickness. **Annual Review of Anthropology**. v.11, p. 257-85, 1982.