

O cuidado na ressignificação da vida diante da doença

Health care in resignifying life before a disease

El cuidado médico en la resignificación de la vida ante la enfermedad

*Lucilda Selli**
*José Roque Junges***

*Stela Meneghel****
*Eloir Antonio Vial*****

RESUMO: O artigo teoriza sobre o papel do cuidado profissional ante a necessidade de ressignificação da vida de pessoas acometidas por doença. A hegemonia do modelo da formação em saúde anula a dimensão ampla do cuidado. Este trabalho aponta a reflexividade da cultura humanista integrada ao conhecimento científico como elemento que faz frente ao modelo hegemônico em saúde, qualifica o modo de fazer as ações em saúde e influencia a ressignificação.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à saúde. Humanização da assistência. Relações profissional-paciente.

ABSTRACT: This article theorizes on the role of professional care before the necessity of resignifying life of people suffering from an illness. The hegemony of the current model of health professionals training cancels the broad dimension of care. This work points to the reflective character of a humanist culture integrated to scientific knowledge as an element that faces the hegemonic model in health, characterizes a way to do health-promoting actions, and influences the said resignification.

KEYWORDS: Health care. Humane assistance. Relationships between professionals and patients.

RESUMEN: Este artículo teoriza sobre la función del cuidado profesional ante la necesidad de la gente que sufre de una enfermedad. La hegemonía del modelo actual de entrenamiento de profesionales de salud anula la dimensión más amplia del cuidado. Este trabajo señala el carácter reflexivo de una cultura humanista integrada al conocimiento científico como elemento que hace frente al modelo hegemónico de salud, cualifica una manera de agir en el contexto de la salud e influencia la resignificación.

PALABRAS LLAVE: Cuidado médico. Humanización del cuidado. Relaciones entre profesionales y pacientes.

Introdução

O uso de tecnologias nas práticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) permite democratizar o acesso a tratamentos de alta complexidade, antes reservados a uma minoria da população. Este movimento responde à tendência de crescente tecnificação dos processos terapêuticos. A introdução de aparelhos e medicamentos de última geração trouxe benefícios, na medida em que possibilitam diagnósticos mais precisos e terapias mais específicas. Por outro lado, esta sofisticação tecnológica produz efeitos iatrogênicos, como

já apontara Ivan Illich nos anos 1970, nem sempre percebidos pelos profissionais. Um desses efeitos é a redução da relação terapêutica a processos técnicos traduzidos por uma variedade de exames e pelo uso de intervenções cada vez mais sofisticadas. A crença na onipotência da técnica pode fazer esquecer a importância da qualidade da relação entre o profissional e o usuário.

Não se ignora que outros fatores para além da 'sofisticação tecnológica' exercem influência sobre a forma com que as ações e serviços em saúde são produzidos para atender aos problemas de saúde da população nas políticas de saúde do

Brasil. A incorporação tecnológica inerente à reestruturação produtiva do capitalismo em curso é parte do problema, que se insere na discussão estrutural sobre a tensa correlação de forças entre mercado e trabalho na conformação das políticas sociais. Essa discussão mais contextual, no âmbito das políticas e modelos de atenção em saúde, exerce influência no processo de ressignificação por traduzir o contexto sócio-histórico em que as subjetividades se produzem. Este texto, porém, enfatiza especificamente a questão da relação profissional-usuário, como constituindo uma mediação oportuna no processo

* Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutora em Bioética. Professora Pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo/RS. E-mail: lucilda.selli@terra.com.br

** Doutor em Moral. Professor Pesquisador no PPG em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo/RS. E-mail: joseroque@hotmail.com

*** Doutora. Docente Pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo/RS. E-mail: stela@unisinis.br

**** Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo/RS. E-mail: eloirvial@yahoo.com.br

de subjetivação e ressignificação da vida, o que não significa defender uma visão reducionista e simplificadora do modo de entender a dinamicidade dos processos da vida. As doenças interferem diretamente nos projetos existenciais das pessoas, exigindo uma ressignificação de suas vidas. O profissional pode ser um mediador privilegiado desse processo de ressignificação frente ao adoecer das pessoas.

As reflexões deste ensaio estão pautadas na temática do cuidado e nutrem-se da vivência e experiência profissional e de pesquisa dos autores.

Ressignificação como dinamismo da existência humana

A doença na vida de uma pessoa é um caminho, nem positivo nem negativo em si mesmo, que pode ser simplesmente percorrido, embora alguns autores entendam que a doença é uma oportunidade para um sujeito tornar-se aquilo que ele é. Os sintomas transmitem mensagens que podem transformar a vida do doente, constituindo-se em oportunidades de autoconhecimento (Dahlke, 1999). A compreensão da doença e a ação da pessoa diante dela são fundamentais na construção de um sentido, na interpretação da situação vivida em decorrência da doença e no entendimento como oportunidade (ressignificação) ou desventura (não-ressignificação).

Para trabalhar o conceito de ressignificação, partimos dos pressupostos de historiadores orais (Thompson, 2000) que entendem a narrativa como a re-interpretação do passado, elaborada pelas pessoas e sempre influenciada pelo ponto de vista que assumem no presente. Episódios de doença levam, muitas vezes, à reflexão e questionamento de posições dos indivíduos no meio

social; sinais de desconforto são transformados em sintomas de aflição imbuídos de sentido: etiologias relacionam um conjunto concreto de qualidades, fatos, objetos e eventos, implicando asserções mais gerais sobre as relações do indivíduo com o meio. Portanto, ressignificar é produzir sentidos para a experiência da doença (Hita, 1998; Alves, 1994). Quando um terapeuta e, por analogia, um trabalhador da saúde tenta problematizar com um usuário a “*pensar de outro modo sobre as coisas*”, “*ver novos pontos de vista*” ou “*levar outros fatores em consideração*”, está envidando esforços para ressignificar acontecimentos, contribuindo para que a pessoa responda diferentemente a eles (Dahlke, 1999). Desta maneira, o processo de ressignificação vivenciado pelo doente pode ser influenciado pelo ambiente sociocultural e pelos trabalhadores da saúde.

A ressignificação da vida implica um processo de subjetivação, no qual a pessoa passa a apropriar-se da sua doença e a operar um reordenamento na vida. A introdução da nova concepção no modo de viver, como resposta à doença, exige que a pessoa doente se situe no novo contexto existencial provocado pela doença (Bellino, 1997). O universo existencial constitui um espaço desestabilizado pela inquietação gerada pela nova situação decorrente da doença. Portanto, a ressignificação da vida implica enfrentar a situação e avançar do problema orgânico fisiológico para o problema humano existencial. A transposição para o humano existencial evoca as possibilidades do cuidado advogado nas discussões filosóficas integradoras de ‘ser’ ou ‘modo de ser’ da existência, quanto à dinamicidade reconstrutiva política inerente aos seres em relações de cuidado, que extrapolam o humano, uma vez que vida é cuidado (Heidegger, 2002; Boff, 1999).

Frankl (1991) critica a visão de ser humano que descarta a capacidade de enfrentar e resistir os condicionantes da vida, quaisquer que eles sejam. Considera que uma das principais características humanas está na capacidade de superar as condições biológicas, psicológicas ou sociais. Entende que a busca de sentido é a principal força motivadora do ser humano.

O doente conseguirá defrontar-se com a doença e se engajar num tratamento, se conseguir entender que a doença é uma experiência de si, de tornar-se finalmente aquilo que ele é. Deste modo, ele visualiza outras possibilidades e potências, para além da doença, ultrapassando-a (Olivieri, 1985). Portanto, precisa buscar e encontrar um sentido para o sofrimento, podendo ser passageiro de acordo com a interpretação que lhe for atribuída.

O contexto do cuidado

O interesse de teorizar sobre o papel do cuidado no processo de ressignificação da vida diante da doença se pauta na possibilidade de que os modos de pensar saúde implicam mudanças nas práticas de saúde. O cuidado é entendido neste contexto como uma interação entre dois ou mais sujeitos visando ao alívio de um sofrimento ou o alcance de bem-estar (Martin, 2004). É nesta perspectiva que se traz o cuidado como elemento que compõe as práticas de saúde, mas que não se reduz a instrumento de trabalho em saúde, e sim um dispositivo que pode produzir subjetividade e ressignificação para as pessoas em situação de doença.

O cuidado, no contexto do presente estudo, diz respeito à capacidade dos trabalhadores de saúde e cuidadores de considerar a dimensão subjetiva e existencial indissociavelmente presente e operante na vida da pessoa doente e sua in-

fluência no processo de ressignificação. A capacidade de entender a dimensão subjetiva e existencial do ser humano, atributo da cultura humanista, e associá-la aos conhecimentos da cultura científica também caracteriza essa dimensão do cuidado. Assim, o cuidado não se esgota como realização de técnicas e procedimentos profissionais terapêuticos objetivos. Ao contrário, possui um elemento subjetivo que remete para a dimensão humana e de sentido da existência.

O cuidado penetra o universo da existência humana, avança para o espaço do sentido, para o qual a tecnologia não tem respostas. A percepção e a apropriação da realidade humana interpenetrada de campos de sentido afetivo-existencial auxiliam a pessoa neste processo, no sentido de redefinir, reorganizar e redesenhar sucessivamente o horizonte de significação, o sentido vital (Merhy, 1998).

As tecnologias predominam na definição do diagnóstico e do tratamento das doenças, bem como no itinerário que perfaz o caminho da cura e/ou estabilização do quadro clínico. Elas, por um lado, trazem benefícios, mas, em determinadas situações, são ineficazes ou inacessíveis, uma vez que nas sociedades desiguais são disponibilizadas apenas ao estrato de maior poder aquisitivo. A tecnociência configura, cada vez mais, o modelo biomédico, portanto, constitui um elemento cada vez mais presente, influenciando os usuários dos serviços de saúde em suas demandas ao setor saúde. Como já assinalado, as tecnologias não respondem às questões humanas existenciais mobilizadas, sobretudo, em situações de vulnerabilidade, pois não ajudam os doentes a sentirem-se acolhidos, ouvidos e a mudar o modo de viver a vida (Bellino, 1997).

O crescente uso de tecnologias, associado a uma visão mecanicista

que percebe o corpo humano como uma máquina constituída de sistemas e órgãos, induz o trabalhador da saúde a avançar, sucessivamente, em campos específicos de especialização. Essa necessidade é influenciada não apenas pela resposta tecnológica, mas, ao mesmo tempo, pelo ponto de vista que percebe a doença a ser tratada, e não o ser humano doente. A especialização, ao mesmo tempo em que aprofunda o conhecimento, encaminha-se para uma fragmentação do saber e do próprio doente. O especialista tende a tratar a patologia somente em vista a sua especificidade (Martin, 2004), ignorando a possibilidade de atenção integral à pessoa (Merhy, 1998). O acento posto nos modelos tecnológicos em saúde, com atuação altamente especializada, leva a uma fragmentação do ser humano e a uma redução biologicista. Esse modelo de prática fraciona os cuidados a serem assegurados, impossibilitando a obtenção da integralidade.

O cuidado implica a incorporação e a inclusão de uma visão complexa de ser humano. Esse modo de agir propicia o enfrentamento da disjunção operada entre a natureza e o ser humano, que se tornam estranhos um ao outro. O humano é uma complexificação extrema dos processos da vida. Essa disjunção leva à redução do humano ao biológico e do biológico ao físico, configurando-se em uma degradação da existência entendida em sua totalidade (Morin, 2001). A integração da cultura científica, com a humanista, voltada para o sentido da existência, como complementares e inseparáveis permite tratar a pessoa em sua integralidade.

Interlocação: cultura humanista e cultura científica

É necessário considerar a cultura humanista e a cultura científica

pela influência que exercem sobre as pessoas. Ambas são oriundas da mesma fonte grega de conhecimento e emergem do mesmo fenômeno histórico, o Renascimento. Distinguem-se e dissociam-se progressivamente nos séculos XVII e XVIII, até que se operou a grande disjunção, no século XX, comportando, cada uma, desde então, o seu objeto e os seus valores (Morin, 2002).

A cultura humanista é animada pela necessidade de esclarecer a condição e a conduta humana, preocupando-se com a situação do ser humano no mundo e na sociedade, com as questões do sentido da existência humana. A cultura científica especializa-se sempre mais, com um crescimento exponencial do conhecimento, fechado em disciplinas, organizando-se, ao contrário da cultura humanista, com base na *formalização* da linguagem, que desencarna seres e coisas; na *redução* ao simples, que desintegra os fenômenos complexos e na *disjunção*, que destrói, pela classificação, qualquer elo entre entidades separadas (Morin, 2002). Esse modo de fazer ciência reduz o complexo ao simples, reduzindo o humano também ao biológico e o biológico ao físico.

Quando o ser humano perde o significado, torna-se impossível levantar o problema do sentido ou do seu destino no mundo, tornando-se impossível religar um objeto/sujeito que foi dividido em parcelas em um saber unidimensionalizado (Souza, 2002). Quebra-se a comunicação entre a reflexão e o conhecimento e acontece o rompimento entre o conhecimento e a existência. Há uma degradação da reflexão na cultura humanista, ao querer imitar a cultura científica, e há uma gradativa rarefação da reflexão na cultura científica, sempre mais, destinada a um conhecimento parcelado e disjuncto.

A reflexão liga um objeto particular ao conjunto/sistema do qual faz parte, e esse conjunto é reportado ao sujeito que o reflete. O conhecimento científico ignora o sentido de seu devir, ignora as noções de subjetividade e, assim, impossibilita a reflexão. A partir daí, compreende-se que o saber destinado a ser refletido, meditado, pensado, discutido, incorporado, é, cada vez mais, restrito às rubricas especializadas e acumulado em bancos de dados (Morin, 2002).

O exercício profissional, permeado pelo cuidado, implica associar a reflexividade da cultura humanista e a objetividade da cultura científica. É preciso, para um atendimento integral da pessoa, reconhecer a especificidade de cada uma das duas culturas e integrar seus domínios de saber com suas complexidades e especificidades, de forma que a objetividade da ciência e a subjetividade do ser se tornem complementares. O cuidado supõe o reconhecimento de pontos específicos de domínio de ambas as culturas no enfrentar a fratura/cisão produzida pela insuficiência de uma e de outra, que dificulta encontrar o sentido vivido pelo sujeito, na rede de significações e ressignificações que qualificam seu estado de saúde/doença.

Se o uso da tecnologia implica não apenas uma aplicação de técnicas, um modo de fazer, mas uma decisão sobre que coisas são importantes fazer, então é necessário pensar que os trabalhadores da saúde construam mediações ou façam escolhas dentro de certas possibilidades sobre o que devem querer, ser e fazer com aqueles que são cuidados por eles (Martin, 2004). Por outro lado, se compreendermos que as respostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem a perguntas endereçadas exclusivamente à cultura científica, então a ação em saúde não pode se

restringir à aplicação de técnicas. A intervenção tecnológica, oriunda da cultura científica, deve articular-se com outras formas de intervenção, próprias da cultura humanista, que remetem para as dimensões ontológico-existenciais da vida. A interação terapêutica, na perspectiva da inclusão do cuidado, põe em cena os saberes das duas culturas, resultando em ações profissionais mais abrangentes e expressivas.

Relação indivíduo/coletividade

As relações entre o indivíduo, considerado em sua complexidade, e o social, na configuração do processo de saúde/doença, não são facilmente percebidas e compreendidas, tanto pelos profissionais, quanto pelos doentes. No entanto, sabe-se que a própria percepção da saúde ou da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência (Moscovici, 2003).

O cuidado implica a capacidade de perceber o indivíduo/sujeito inserido em um determinado contexto sociocultural, e os significados construídos por ele como ressignificações da vida, da saúde, da doença. A doença, como fenômeno intimamente ligado à vida privada dos indivíduos, é, raramente, um caso isolado (Berlinguer, 1996), ou seja, tem a ver com significados partilhados culturalmente sob influência do meio e da posição social do indivíduo.

A relação indivíduo/coletividade implica a autonomia, entendida neste contexto, não como liberdade absoluta, eximida de qualquer dependência, mas como uma autonomia em dependência do ambiente, seja ele biológico, cultural ou social (Morin, 2002). Trata-se de uma autonomia na qual o sujeito se integra e interage no ambiente e com o ambiente em suas

diferentes formas de expressão. O cuidado implica articular os aspectos psicossociais, socioculturais e comunicacionais com os saberes e as ações dos profissionais, não os considerando periféricos ao trabalho de atenção às pessoas (Peduzzi, 2001).

A significação/ressignificação da saúde e da doença produz subjetivação. Na busca de sentido, os seres humanos interpretam suas experiências, incluindo a doença, fundamentados em referências simbólicas presentes nos significados socialmente aceitos (Minayo, 2000). A subjetividade se faz de modo plural (Souza, 2002), ou seja, é nas múltiplas relações do homem com os outros homens e com o mundo que a subjetividade é produzida constantemente. O trabalhador de saúde pode contribuir no processo de familiarização que insere a doença no universo consensual do doente (Moscovici, 2003).

O cuidado resulta em ações, como curiosidade, paixão, busca de significado, desejo de tecer laços, relação com o tempo, maneira de unir intuição e razão, cautela e audácia, que nascem tanto da formação como da experiência.

Redesenhar horizontes de sentido

Os determinismos históricos e culturais do ensino marcam fortemente a formação dos profissionais da saúde. O modelo de ensino assenta-se substancialmente na causalidade biológica dos agravos que acometem o ser humano, e volta-se para a resolução dos problemas orgânico-fisiológicos. A doença constitui o objeto de trabalho dos profissionais da saúde. É em torno dela que são elaborados e repassados os conhecimentos com uma dicotomia marcante entre o papel educativo e o papel curativo.

Além desta dicotomia, o modelo de ensino é acompanhado por uma clara disjunção entre cultura humanista e cultura científica. Há uma acentuada dose de menosprezo da cultura humanista e um acentuado endeusamento da cultura científica nas propostas curriculares. A articulação da cultura científica e da cultura humanista viabiliza a formação profissional voltada para as necessidades globais da pessoa com ênfase na integralidade e totalidade do ser. A formação do profissional da saúde deve compreender esta abrangência para estar preparado e poder, de fato, contribuir na prática, com a pessoa na construção progressiva de significados e ressignificados de suas situações existenciais. Isso implica considerar as diversas esferas da vida humana que vão além do biológico, principalmente a subjetividade e os processos de subjetivação. O cuidado envolve perceber o indivíduo/sujeito, inserido em seu contexto sociocultural, e captar os significados representativos para ele, assimilados em suas construções de vida/saúde/doença/ressignificação. Segundo Guizardi e Pinheiro (2004, p.39), é nos en-

contros entre profissionais/serviço com o seu outro, usuário/comunidade, que os sujeitos implicados ressignificam e/ou consolidam suas práticas, ensaiam alteridades e atualizam instituições. Nestes encontros, “a relação se torna signo, se desdobra em significados e se forja como vínculo, como referencial recíproco na produção da teia do existir coletivo – em outras palavras, dimensão em que o humano se afirma como impreterivelmente social”.

O envolvimento dos trabalhadores de saúde com o problema concreto, em conjunto com as elaborações intersubjetivas profissional/doente/familiar e outros, possibilita capturar significados que emergem da situação. O diálogo propicia refletir e discutir sobre o problema, permite que surjam *insights* importantes a respeito da situação em sua amplitude, ou seja, ultrapassando a doença. Isso implica trabalhar em uma perspectiva metodológica que visibiliza a dimensão subjetiva da situação enfrentada. O encontro dos profissionais com o doente propicia a captura e criação de significações à situação existencial. A ênfase não se limita ao tratamento, mas na criação de um contexto ou am-

biente onde a pessoa possa interagir, revendo, retificando suas idéias e, mesmo sendo influenciado em suas opiniões, favorecendo processos construtivos de sentido.

A idéia é que, no cuidado, os doentes possam falar a respeito de si e do significado do seu momento que necessita de um reordenamento de vida. O cuidado constitui um aspecto intersubjetivo de construção de sentido, antes de constituir um elemento de ressignificação. O conhecimento está presente em quase todas as ações humanas, às vezes, de maneira superficial; outras vezes, aprofundada, e quanto mais elas forem complexas, abstratas, mediatizadas por tecnologias e apoiadas em modelos sistêmicos da realidade, mais conhecimentos aprofundados, avançados, organizados e confiáveis elas irão exigir. A atuação em saúde permeada pelo cuidado supõe ações, avaliações e redefinições permanentes, acompanhadas pela constante qualificação profissional e humana. A vida é tecida por uma trama de confrontos e de desafios que exigem remanejamentos e modificações. O cuidado, por sua vez, engloba essa dinamicidade.

REFERÊNCIAS

- Alves PC. O discurso sobre a enfermidade mental. In: Alves PC, organizador. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1994.
- Bellino F. Fundamentos da bioética. São Paulo: EDUSC; 1997.
- Berlinguer G. Ética da saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano. São Paulo: Vozes; 1999.
- Dahlke R. A doença como linguagem da alma: os sintomas como oportunidade de desenvolvimento. São Paulo: Cultrix; 1999.
- Guizardi FL et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das Conferências Nacionais de Saúde. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva* 2004;14(1):15-39.
- Frankl V. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes; 1991.
- Heidegger M. “Ser e tempo”. 12º. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
- Hita MG. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: Alves PC, Rabelo MC, organizadores. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumarã; 1998.
- Martin ML. A ética e a humanização hospitalar. *Mundo Saúde* 2004; 27:206-17.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, Malta DC, Reis AT, Santos AF, Merhy EE, organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998. p.103-20.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª. ed. São Paulo: Hucitec-Abramo; 2000.

Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma reformar o pensado. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

Morin E. O Método 4: as idéias habitat, vida, costumes, organização. Porto Alegre: Sulina; 2001.

Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.

Olivieiri DP. O ser "doente": dimensão humana na formação do profissional de saúde. São Paulo: Moraes; 1985.

Peduzzi M. Multiprofessional healthcare team: concept and typology. Rev Saúde Pública 2001;35(1):103-09.

Souza TR. Ainda além do medo. Porto Alegre: Dacasa; 2002.

Thompson P. A voz do passado: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2000.

Recebido em 27 de setembro de 2007
Versão atualizada em 9 de outubro de 2007
Aprovado em 7 de novembro de 2007