

## Capítulo 4

### Produção e uso do discurso-saúde em hanseníase

## Produção e uso do discurso-saúde em hanseníase

*Quanta mais eu caminha mais eu vejo estrada.*

*Mas se eu não caminho, não sou é nada.*

*Geraldo Vandré*

Seguindo as metas propostas, procura-se, com as reflexões que seguem, definir os pontos de intersecção entre as ciências de Enfermagem e Comunicação, e qual a importância desta relação com o exercício profissional do enfermeiro na área de hanseníase. Objetiva-se também, neste capítulo, discutir a dimensão e o alcance do discurso-saúde, que não é só o verbo, é toda a ação, o enfoque, a importância que se dá ao outro.

A lógica seguida, até este estágio, parte do entendimento de que a historicidade dos conhecimentos, populares e científicos relacionados à hanseníase, influenciam as atitudes e comportamentos sociais dos sujeitos frente ao problema. A justificativa deste encaminhamento liga-se ao processo cultural que permite ao homem, a partir de suas experiências, elaborar representações, imagens mentais abstraídas dos fatos da vida, as quais recorre quando elabora novas compreensões. Ao iniciar pela abordagem histórico-social, procura-se reconstruir o conjunto de variáveis que levaram às construções das conceituações sobre a doença, que, como já dito, são diferentes pois geradas em estratos distintos, cada qual com seu modo de ver e trabalhar a questão. Muitos destes elementos, por estarem ainda presentes no universo cultural popular, porque residentes na memória individual e coletiva, produzem dificuldades ou barreiras, relacionadas à apreensão do sentido impresso ao discurso do enfermeiro por parte de seu público alvo.

Em hanseníase, o discurso religioso destacou-se como um dos responsáveis pelos inúmeros prejuízos sócio-culturais decorrentes do estabelecimento deste diagnóstico, haja visto tê-la confundido com o *complexo-lepra*. Se o discurso religioso alcançou produzir o esperado efeito,

por que o sanitário, apesar dos esforços no sentido de mudar-lhe o nome, imprimindo nova tendência ao discurso, não? O que faltou ao segundo? Compreensão por parte dos profissionais de saúde, que não alcançando as intenções da proposta, insistiu num posicionamento arcaico, impossibilitando as negociações necessárias à construção do sentido? Talvez a resposta seja compatibilidade, com a cultura e o código do público alvo, com o modo particular e individual de ver o mundo. Talvez, tenha sido a ausência de um olhar mais atento na produção do discurso-saúde, que envolvido por questões que julgava mais importantes, não contemplou a assimetria cultural presente na estrutura social que partilhamos.

A Teoria da Comunicação, empregada para evidenciar os elementos comuns presentes nas ações do cuidar e do comunicar, terá seus princípios destacados ao tratar-se da produção e recepção do discurso. Para visualização dos benefícios dos conhecimentos de comunicação, na atuação do enfermeiro em hanseníase, toma-se o discurso-saúde como instrumento da prática profissional.

A maioria dos modelos de processo de comunicação elaborados na tentativa de descrevê-los, compreendê-los e estabelecer ligações entre seus componentes, baseia-se em Aristóteles, que em sua *Retórica* registrou os três elementos básicos: quem fala, o discurso e a audiência. Aqui já se pensava a produção de uma mensagem por alguém e sua recepção por outrém; já estava presente a idéia de que comunicar algo a alguém, produz neste uma reação.

Ainda que idealizado para emprego na comunicação eletrônica, o modelo de Shannon-Weaver, que, assim como vários outros, guarda relação com o Aristotélico, tem sido útil na descrição da comunicação humana. Para estes autores, os ingredientes presentes no processo são: fonte, transmissor, sinal, receptor e destinatário. Para Berlo (1982, p. 38), fonte é a pessoa que fala, sinal é o discurso e destinatário o ouvinte, elementos citados por Aristóteles, acrescidos do transmissor, que envia a mensagem, e do receptor, que a capta para o destinatário.

Na comunicação verbal, os elementos presentes, que são o remetente ou emissor, destinatário ou receptor, mensagem, contexto, canal ou meio e código, relacionam-se do seguinte modo: uma mensagem, verbal ou susceptível de verbalização, referente a um contexto apreensível pelo destinatário, construída com um código comum, ao remetente e destinatário, é enviada pelo emissor ao destinatário, através de um canal que capacita a ambos entrarem e permanecerem em comunicação.

As mensagens têm seus objetivos, por isso se diz que elas guardam várias funções e significados, que são construídos por mediações, nos lugares sociais onde se encontram os sujeitos da produção e da recepção. Esta é a razão pela qual o sentido para ser capturado tem de circular; é quando lançado à participação de outros sujeitos que ele se concretiza.

Para que a mensagem se exteriorize e seja entendida pelo destinatário é preciso que ela tenha um significado e um significante, isto é, um conceito vinculado a um signo, uma imagem psíquica. Essencialmente toda abordagem teórica da comunicação reconhece que esta se concretiza através do uso de signos, isto é, um processo de emissão e recepção de mensagens codificadas.

Para Cherry (1971, p. 463), signo é uma construção mental, com a qual uma pessoa influencia o comportamento ou estado de outra, numa situação de comunicação. Os signos ocorrem numa determinada relação espaço/tempo com outros signos. Sendo representações mentais, seus significados não serão os mesmos para todas as pessoas, porque estas têm formações e experiências comunicativas próprias. Assim, suscitam em cada um respostas diferentes, pois dependem de experiências pessoais e coletivas que o indivíduo tenha ou conheça. E estas encontram-se no interdiscurso e na memória, elementos que compõem a referência de cada um. Basicamente os signos são verbais e não-verbais. A análise do comportamento verbal tem sido privilegiada nos trabalhos no campo da enfermagem.

Do mesmo modo, a comunicação como expressão do significado também vem sendo analisada nesta área. Problemas causados pela não compreensão de significados parecem intensificar os aspectos negativos da comunicação, porque podem inviabilizar a prevenção de doenças, enquanto sua compreensão pode atuar de modo inverso. (Beales, 1983, p. 7)

As relações sígnicas contidas na mensagem oferecem informação, entretanto, chama-se a atenção para o fato de que comunicação só ocorre se produzir certa mudança, se contiver informação que altere a expectativa da pessoa que a recebe. No âmbito da Educação para a Saúde existe certa concordância de que as mensagens emitidas não têm fornecido, ao indivíduo, informações, significativas ou de conteúdo novo, suficientes para mudar condições que alterariam o curso da doença. Tão pouco têm obtido sucesso na transformação cultural da sociedade. Sobre o significado presente nos dados e informações veiculados Davis e McCormack (Apud Wurman, c.1991, p. 42) afirmam:

*"Dados são fatos; informação é o sentido que os seres humanos atribuem a eles. Elementos individuais de dados pouco significam por si mesmos; é só quando estes fatos são de alguma forma agrupados ou processados que o significado começa a se tornar claro. "*

Disto abstrai-se a certeza de que a mensagem pode fornecer dados, sem contudo levar à produção de sentido. Wurman (1991, p. 264-265), ao abordar as desigualdades perceptivas na recepção, cita Severin e Tankard Jr., que partindo do entendimento de que cada um reage diferentemente às mensagens, destacam que: "... os comunicadores não deveriam supor que suas mensagens terão um significado universal.", e acrescentam que nossas percepções das informações oferecidas são seletivas, assim como nossa memória que é "... uma forma de organizar a informação de modo a torná-la especial para o indivíduo que a recorda. ". Descrevem estes processos seletivos como os quatro círculos de defesa: o mais externo é a "exposição seletiva", na seqüência de fora para dentro surgem a "atenção seletiva", a

"*percepção seletiva*" e a "*retenção seletiva*". Graças a esta formação circular as pessoas estão aptas a evitar informações indesejáveis não se expondo a elas, não lhes dando atenção ou não as retendo. (Severin e Tankard Jr. Apud Wurman, c.1991, p. 264 - 265)

Obviamente estes círculos defensivos são barreiras à comunicação, como esclarece também o conceito de consciência possível, já que "*... tendemos a perceber as coisas que se relacionam aos nossos interesses e atitudes pré-existentes...* ", tanto para reforçá-las quanto para refutá-las. É uma inclinação própria do ser humano desprezar informações que se contraponham a seus interesses e atitudes. Derivam daí os erros de percepção e de interpretação, uma vez que estes processos são conduzidos de acordo com predisposições próprias. De modo geral, as pessoas estão mais propensas a recordar mensagens simpáticas às suas crenças anteriores e a esquecer as que não o são. As percepções são afetadas diretamente pela subjetividade do horizonte de cada um, estão "*... invariavelmente polarizadas pelo (...) ponto de vista. Devido a essas limitações, elas são idiossincráticas; ninguém vê as coisas da mesma maneira.* " (Wurman, 1991, p. 265)

Portanto, saber o quanto da mensagem é percebido e como se dá esta recepção é um desafio para o discurso-saúde. Conhecer as negociações empreendidas pelas esferas da emissão e da recepção requer, como observa Fausto Neto (1995, p. 194) compreender as regras de produção deste discurso, que é emitido, por uma determinada instância emissora, em conformidade com certas operações e manobras enunciativas, e entender, ainda, como se dá, bem ou mal, a apropriação deste pelas pessoas. A dificuldade de transmitir uma informação pode resultar não só de seu conflito com o comportamento daqueles que quer atingir, mas do conflito com as repercussões que pode ter. Toda alteração do mundo ambiente implica em uma conseqüente transformação do sujeito individual e social, ou vice-versa.

É no âmbito institucional que o indivíduo, observadas as condições de sua consciência possível e de seus círculos de defesa às

informações, ou seja a experiência, a atenção, a percepção e a retenção seletivas, captará a mensagem de autocuidado, cura e desestigmatização, a processará e a implantará em seu modo de vida e ambiente cultural. Pois é ele também produtor de discursos e o que joga um dos mais importantes papéis na desestigmatização da doença. Assumindo postura de não-excluído, participando de seu tratamento e da ampliação cultural de seu meio, transportará outro significado à doença.

Deste modo, pode-se inferir que ao leitor cabe também o papel de emissor, de mediador da realidade, dos discursos e dos sentidos. O receptor, na posição de outro, de produtor/emissor, conhece o código, tem acesso ao referente, que é sua própria realidade, e ao campo simbólico que lhe permite nomear-se e ao outro como receptor ou emissor, estando portanto apto a construir gramáticas de produção e de recepção. Situa-se neste repasse, ou nesta mediação, a possibilidade de que conceitos novos, com significações novas sejam inseridos no imaginário popular, alargando o alcance do discurso- saúde, que tem, como qualquer discurso, a intenção não só de provocar mudanças de atitudes e comportamentos, mas também de sentidos. E tal só ocorre quando exteriorizado, quando colocado à intervenção do outro. Isto faz pressupor a necessidade de que na produção do discurso:

*"(..) eu condicione a escuta do outro, programando-a para que ela se construa no mesmo sentido (..). Só se enuncia P com a participação do outro (..) qualquer relação com um outro, por ser uma relação social, já é uma relação com um lugar estruturante implícito que, para além de suas manifestações possíveis, representa as leis gerais de qualquer discurso." (Tasca 1986, p. 446 - 447)*

É a partir do entendimento destas leis discursivas que se alcança as intenções de Fausto Neto (1995, p. 202), quando este diz que o sujeito da recepção não é nem oculto, nem passivo, já que

*"(..) convidado a trabalhar segundo as regras de um determinado contrato de leitura; ele, estando exposto a outras 'gramáticas' e 'saberes', investe por conta própria e à sua maneira no discurso*

*que lhe é apresentado; assim ele não se presentifica como uma 'caixa vazia'. Ele não interage com o texto por um processo ficcional e linear; interage, antes, com outros sujeitos, saberes e imaginários, no que se evidencia a sua experiência de sujeito e, também, a condição de que, sendo a comunicação humana um fenômeno aberto, todo discurso é sempre susceptível de múltiplas leituras."*

Outros modelos ou modificações dos processos de comunicação apresentados, têm sido lançados e não há, até o momento, consenso sobre qual deles seria o mais apropriado ou correto. O que aliás é compreensível, já que cada um parte de um ponto de vista e é construído segundo uma lógica. Para a discussão que se pretende não há necessidade de aprofundar o assunto, interessa mais a retenção de que comunicação é processo, é fenômeno em contínua mudança e que pretende mudanças.

Do mesmo modo, a assistência de enfermagem é processo e visa influenciar o outro e obter transformações. Sendo nas instâncias de produção e recepção do discurso-saúde que se dá a negociação de sentidos e a concretização das possibilidades de mudanças, a atuação do enfermeiro enquanto interface, entre os conhecimentos populares e científicos, e enquanto mediador de sentidos, ocorre nos espaços institucional e social. No primeiro visa uma resposta individual, do cliente em relação ao seu autocuidado, no segundo objetiva uma reação coletiva, da sociedade, acerca da aceitação do hanseniano.

O fazer profissional baseia-se no relacionamento enfermeiro/cliente, expressão na qual cliente abarca também o sentido plural, de coletividade, termo que difere de interação enfermeiro/cliente comumente empregado com o mesmo significado, embora sociologicamente haja significação específica para cada uma das expressões, como explica Simões (1980, p. 306 - 7):

*"Interação compreende o contato pessoal entre duas pessoas, não sendo obrigatório o envolvimento interpessoal das mesmas(..).  
Relacionamento implica em envolvimento interpessoal, podendo*



*gerar influência recíproca decorrente do clima de afinidades que se desenvolve entre elas. "*

Comunicar tem sido definido, com base em suas raízes etimológicas, como: tornar comum, comungar, repartir entre todos, compartilhar. Velloso (1969, p. 16) entende comunicar como comunhão, como "... trazer o que não participa para fazer parte da comunidade... ". Trazendo implícita a idéia da partilha, comunicação pode ser assumida, pelo enfermeiro, como prática de levar ao outro instrumentos e conhecimentos que possibilitem participação social e melhoraria na qualidade de vida. Atende-se assim à uma condição básica do processo de comunicação que diz que este só será válido e eficiente, se cumprir seu objetivo de trazer à participação quem não faz parte.

Para Cherry (1971, p.22-23), "*... comunicação é uma questão essencialmente social...*". O homem desenvolveu vários sistemas que lhe permitem a vida social, dentre eles destaca a fala e a linguagem humanas como os mais importantes. "*O homem se tornou uma criatura social, consciente de si próprio e responsável.*"

Reportando-nos à prática profissional podemos dizer que é essa consciência de si e responsabilidade por si que leva à consciência do outro e responsabilidade pelo outro, atendendo-o para que aprimore a compreensão de si mesmo e se responsabilize por seu tratamento, cuidado e bem estar. É, portanto, a consciência de si e do outro que leva à consciência de sociedade e gera a necessidade de participação modificadora de seu estado cultural.

Dentro da perspectiva da assistência de enfermagem encontramos como uma das funções deste profissional a educação. Esta função educativa, como nos lembra Minzoni (1980, p. 9), implica na orientação do cliente e sua família, na formação e educação continuada do pessoal de enfermagem, na capacitação de leigos para desenvolvimento de tarefas simples, relacionadas à sua saúde, pela comunidade e na conscientização dos indivíduos para promoção e manutenção da saúde. Entre as demais funções,

assistencial e administrativa, há também uma função integrativa, que se relaciona às atividades que propõem a inserção do indivíduo e sua família no sistema de saúde, sua reabilitação e reintegração na família e comunidade.

Diante destas justificativas, pode-se afirmar que a comunicação está claramente presente no desempenho profissional do enfermeiro, no qual o discurso é o instrumento eleito que se reveste de especial importância nas práticas educativas e integrativas.

Considerando as instituições de saúde como o espaço social próprio para a produção e recepção das mensagens de autocuidado, é certo que a historicidade aí presente influencia as práticas discursivas, que poderão ou não se traduzir em mudanças significativas nas atitudes dos sujeitos. Entretanto, como o lugar de sua aplicação não é só a esfera privada, isto é o ambiente doméstico, mas também a pública, como o trabalho, o lazer e os relacionamentos interpessoais próprios do convívio social, a transformação destes também é necessária. O processo de desestigmatização embora vise mais especificamente universos individuais não deve preterir o conjunto. Isto implica dizer que tanto o indivíduo doente, alvo primeiro do discurso-saúde, quanto seu meio social devem ser sensibilizados para que ocorra efetivamente a reinserção almejada.

Por isto, a compreensão dos mecanismos e elementos presentes na construção dos sentidos nos sujeitos é imprescindível para aquele que produz o discurso. É reconhecendo as mediações estabelecidas nos espaços de negociação que se possibilita a elaboração de um mesmo sentido transmitido, ou um mais aproximado. É no incompleto que a polissemia, os vários sentidos possíveis, se manifesta; é na mediação que a incompletude, se traduz em possível, porque permite a relação do sujeito com a exterioridade discursiva, a interdiscursividade.

Faremos aqui um parêntese para discutir, com auxílio de Orlandi (1992), os termos incompletude e completude. O primeiro representa o caráter de incompleto, no sentido de falha ou falta, do sujeito e do sentido, que

confere à linguagem sua pluralidade. A completude embora pareça a condição desejada, na verdade não é. Mesmo porque é um estado impossível, já que quanto mais os sentidos se tornam possíveis e alcançam sentido, mais se tem a dizer, e isto produziria um discurso infinito. Não é desejável também porque quanto mais cheio ou completo, menos espaço à interdiscursividade é permitido e, não cabendo a memória do sujeito o sentido não se produz nele. Deste modo completar o discurso compromete as instâncias de negociação e consequentemente o sentido não se faz.

A incompletude constitutiva de todo discurso conforma a unidade textual, ou seja, é preciso que algo não seja dito para que o texto se feche, seja coerente, não contraditório, capaz de unidade, de progressão em uma dada direção e produza sentidos. Desta forma a completude leva à falta de sentido, e um enunciado que garanta "*... correspondência estrita aos lugares (posições) em que é produzido...*" é irrealizável, não há possibilidade de sentidos "*controláveis*". Afirma-se então, que os discursos e os sentidos que despertam não são nem estáticos, nem estanques. "*Esse é o risco dos sentidos. (..). Uma vez posto em circulação, ele pode se deslocar por qualquer dos processos discursivos.*" (Orlandi, 1992 ,p.1 21)

É no momento da produção do texto que se resgata o entendimento dos recobrimentos necessários à constituição do sujeito, porque é a dispersão que existe no sujeito que lhe permite assumir outras posições, válidos também para o sentido, discutidos no capítulo 3. Pois é destes apagamentos que se constitui sua incompletude e, também, o seu desejo e do sentido, de completude.

*"Se o sujeito abriga, (..), opacidades e contradições, o autor, (..), tem um compromisso com a clareza e a coerência: ele tem de ser visível pela sociedade, sendo responsável pelos sentidos que sustenta. "* (Orlandi, 1992, p. 107).

Decorre desta compreensão a necessidade de pensar o receptor como um portador de sentidos a serem considerados na interdiscursividade da

produção, a fim de que sua exteriorização não conduza a significação para esferas não suspeitadas.

No ver de Foucault (1969, p.92-93), as opções de sentido não se exercem no vazio, são formas de atualizar as possibilidades do discurso. Se escolhas são possíveis, elas são dadas no próprio discurso. No discurso acabado não se encontra apenas a consciência do produtor e as aspirações do receptor, existe uma complexa rede de sistematicidades de caráter institucional, cultural, lingüístico, na qual estas aspirações se refratam e exigem que certos objetos, conceitos, estratégias temáticas, sejam atualizadas, de preferência a outros. Assim, ocorrências externas ao discurso fazem avançar o desaparecimento de velhos objetos e conceitos e o surgimento de outros. Implica dizer que o discurso não se exerce no vazio, tem de mergulhar em toda rede de determinações sócio-culturais que o sujeito tem diante de si quando age e pensa. Estas determinações são o solo histórico, a base, que permitem ou não o aflorar do novo, seja este novo um conceito, uma ciência, uma prática, um comportamento.

Reconhecendo discurso como "*... efeito de sentidos entre locutores...*", entender o mecanismo deste efeito, é compreender que o sentido não está alocado em um lugar ou discurso, ele é construído nas relações dos sujeitos e dos sentidos; e isso só se dá porque sujeito e sentido se constituem mutuamente, por sua participação nas várias formações discursivas "*... que constituem as distintas regiões do dizível para os sujeitos.*"

Discurso é, portanto, "*... o lugar de contato entre língua (..) e ideologia...*", por isso construído a partir do espaço social ocupado pelo sujeito e por sua historicidade. Nesta relação, pode-se dizer que ele contém, além do enunciado, o já-dito; e que são estas regiões discursivas as "*... diferentes regiões que recortam o interdiscurso...*", o dizível, a memória do dizer, que "*... refletem as diferenças ideológicas, o modo como as posições dos sujeitos, seus lugares sociais aí representados, constituem sentidos diferentes.*" Isto porque, mesmo que se expresse por palavras já detentoras de

sentidos estes não se encontram "... *completamente já lá. Eles podem chegar de qualquer lugar e eles se movem e se desdobram em outros sentidos.*" (Orlandi, 1992,p. 17 - 24)

Por essa razão, o discurso para significar, isto é ter sentido para o sujeito, atravessa outros discursos, já-ditos, presentes na memória dos sujeitos. A isto chama-se interdiscursividade, que é o efeito do já-dito, a memória do dizer, o lugar da constituição dos sentidos, a memória dos sentidos, que incorporando os elementos pré-construídos regula os deslocamentos das fronteiras discursivas; atua também nesta regulação, o intradiscorso ou formação da enunciação, o já-dito atualizado que se encontra no dito e não- dito, o que está presente no enunciado e nos demais enunciados aos quais remete, o diferente no aqui e agora do sujeito que lhe permite intervir no receptível. O que corresponde a dizer que no relacionar-se dos múltiplos discursos a historicidade intervém.

É também por isso que entre o dito e o não-dito existe um espaço de interpretação preenchido pela interdiscursividade, pela ação da vida cotidiana na construção de sentidos, que não pode ser fechado. Pois se representa o lugar de equívocos, de deslocamentos, é também o espaço de debates e confrontos na negociação de significados, é o privilegiamento dos possíveis que conduz o sujeito na busca de sentidos.

Considerando a heterogeneidade das formações discursivas, os limites do dizer, os diferentes espaços de sua constituição, suas relações consigo e com sua exterioridade, seus outros possíveis sentidos, conclui-se que o sentido é "*errático.*" Faz parte das suas condições de produção sua "... *circulação possível pelas diferentes formações discursivas.*" (Orlandi, 1992 ,p. 82)

Não permitindo esta circulação, necessária à apreensão, incorre-se naquilo que Orlandi (1992, p. 98 - 99) denomina `pedia da interpretação", ou seja, a tendência em levar em consideração "... *o conteúdo*

*(suposto) da palavra e - não como deveria ser - o funcionamento do discurso na produção dos sentidos."* Causa ainda a falsa impressão de que aquilo que é dito por ele só pode ser aquilo. Muito do discurso empregado em saúde sofre deste inconveniente, espera que o sentido impresso em si seja já-sabido, ou muito semelhante a ele, quando muitas vezes não é. Não permitindo ser atravessado e atravessar outros discursos, impossibilita a negociação de sentidos possíveis. Perde a chance de ser compartilhado quando não compartilha seus significados. Quanto mais se tenta alcançar um sentido único, definido e verdadeiro, mais a multiplicidade se mostra. Isto porque o consenso nesta construção do sentido é trabalho do histórico cotidiano, e da ideologia. Chauí define ideologia como:

*... conjunto de representações (idéias, valores) e de normas ou regras de conduta que indicam ou prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. "*

Para Gramsci (Apud Larrain, 1988, p. 183 - 187), ideologia retrata uma concepção de mundo e está presente em todas as manifestações da vida individual e coletiva, implicitamente manifesta em qualquer campo de atuação do homem. Está socialmente generalizada e dá aos homens orientações e regras para a ação. Mais que um sistema de idéias relaciona-se com a "...capacidade de inspirar atitudes concretas e proporcionar orientação para a ação... ", manifestando-se através do sistema político-jurídico, da ciência, da arte, da filosofia e da religião.

Para entender o entrelaçamento do interdiscurso e do intradiscurso no objeto específico do discurso-saúde torna necessário abordar, ainda que brevemente, os conceitos saúde/doença e seus sentidos.

Saúde, para Hipócrates (Apud Landmann, 1989, p.20), significava a harmonia do homem com a natureza, o equilíbrio entre os diversos componentes do organismo entre si e com o meio ambiente. Saúde e

doença dependiam da interação da mente com o corpo e do homem com o meio onde vivia.

Na Idade Média, sob influência da Igreja Católica, doença era castigo aos pecados cometidos. Concepção esta enfraquecida pela evolução dos estudos sobre o universo físico realizados por Copérnico, Galileu e Newton, que destruíram ou corroeram o conceito religioso do universo, e com Descartes, que abalou os alicerces relacionados com a natureza humana e com a saúde e a doença. (Capra, 1982, p. 49 - 51 e Landmann, 1989, p. 23).

A evolução do conceito saúde/doença, como a de outros, não se deu de forma linear. O que explica porque atualmente subsistem, lado a lado, tanto a idéia medieval de doença castigo, exemplificado pelos preconceitos relativos à hanseníase, AIDS, deficiências físicas e doenças mentais, quanto o conceito hipocrático de equilíbrio do homem com a natureza, defendido pelos movimentos ecológicos e ambientalistas. Sem negar o valor do conhecimento médico ortodoxo ocidental, há que se admitir que o estado de saúde do homem não depende exclusivamente dele, aliás não depende sequer de uma única área de conhecimento.

Por isto também, discutir discurso-saúde enquanto prática social, implica visitar a trajetória da formação da consciência social; produto social que não se realiza fora da sociedade e independente dela, mas sim assimilando tudo o que foi construído pela humanidade. Apesar de formada a partir das consciências individuais não é a somatória das concepções, idéias e valores inerentes a diversos indivíduos. É o reflexo do homem, indivíduo social, que vive em sociedade, como parte integrante dela, portador de um conteúdo ideológico que exprime a consciência social do mesmo. Esta reflete, portanto, não só o ser no momento dado mas, sendo histórico, inclui os valores acumulados pelas gerações anteriores, transmitidos através dos tempos pela arte, religião, ciência e outras formas de manifestação deste gigantesco sistema de conhecimentos, idéias, conceitos, aspirações, motivos e outros elementos

que, além de se influenciarem mutuamente, encontram-se em permanente transformação.

A consciência social é única, mas manifesta-se dialeticamente nas dimensões da realidade objetiva, sob diferentes formas de consciência como: a individual, ou seja, à consciência dos indivíduos, a de classe, relacionada a consciência dos grupos organizados em classes sociais nas sociedades assim estratificadas, e a geral, isto é, relativa às formas de pensamento, imagens e conceitos em que toda sociedade reflete o seu ser, o desenrolar objetivo e real do desenvolvimento social, as suas contradições, os choques entre as forças em luta, o passado e o presente da humanidade, as possibilidades, vias, tendências e perspectivas que se delineiam para o futuro. (Burlatski, 1987, Apud Fonseca, 1992, p. 205 - 206)

Também a conceituação de homem muda conforme o momento histórico vivido, e é esta alteração que justifica os diferentes marcos teóricos empregados numa definição teórica, aplicada a uma ciência e seu objeto.

Uma idéia de homem, sob o prisma holístico, é entendê-lo como ser criado, de natureza bio-psico-sócio-espiritual, dotado de historicidade e de livre arbítrio, que se encontra em contínua evolução e constitui parte integrante do universo com o qual interage constantemente. Ainda por este enfoque, sob influência do pensamento de Einstein, pode-se admitir o homem como organismo bio-energético, que não pode mais ser considerado como entidade individual separada e envolta em um espaço vazio, mas sim conectado a seus semelhantes e diferentes e ao Universo, onde se situa por um fluxo contínuo de energia.

Dentro desta conceituação, a assistência de enfermagem a ser prestada deve visar a harmonia e equilíbrio entre si de todas as dimensões do ser humano, atuando no corpo físico e naquela energia mais sutil que forma seus outros corpos. Daí dizer-se que o fazer da enfermagem baseia-se no relacionamento enfermeiro/paciente.



A essência da perspectiva teórica do autocuidado é a valorização do cliente no desempenho de atividades para benefício próprio. Orem (1990, Apud Hoga, 1993, p. 73 - 74), é de opinião que o poder de tomar-se agente do seu autocuidado desenvolve-se no mundo vivido, no qual acumulam-se experiências de aprendizagem. Reconhece no desenvolvimento do indivíduo, três tipos de autocuidado: o primeiro, denominado cuidados universais, é representado pelas atividades diárias indispensáveis à sobrevivência do ser humano; o segundo diz respeito aos eventos do ciclo evolutivo do homem, nascer, crescer, reproduzir, morrer; e o terceiro relaciona-se às necessidades geradas pela doença e pelas deficiências em geral. Os dois últimos implicam em modificações tanto no modo de encaminhar a vida quanto na prática do cuidar-se.

Fatores como idade, sexo, estágio de desenvolvimento no ciclo vital, condições de vida, grau de maturidade da personalidade, experiências de vida, estado de saúde-doença, visão de mundo e motivação para tomada de decisões, entre outros, podem interferir na qualidade da participação do cliente no seu autocuidado. Daí a importância de estar o profissional atento à percepção e identificação dos comportamentos de saúde da clientela em seu contexto de crenças e valores, o que implica em conhecimento e valorização de sua cultura no planejamento da assistência. Pressupondo assim, o emprego da premissa fundamental da Teoria do Cuidado Transcultural.

Deste modo, as ações de enfermagem visam atender a necessidades individuais, que podem refletir necessidades coletivas. Em Hansenia um dos aspectos que pode ser tomado como exemplo é a questão do estigma atinge uma necessidade individual, que é a de ser aceito, mas como se repete em vários indivíduos e também em outras doenças, torna-se coletiva. As incapacidades físicas representam um outro exemplo do problema individual repercutindo no coletivo, pois se no indivíduo afeta sua independência, no conjunto transforma-se em sobrecarga social, já que outros

terão de fazer por ele aquilo para o qual se encontra incapacitado, inclusive ações de sustento e sobrevivência.

O não atendimento da demanda terapêutica de autocuidado, conjunto de ações a serem desempenhadas pelo indivíduo, determina seu déficit, que pode ser decorrente da falta de aptidão, informação ou motivação, causada por fatores inerentes ao indivíduo ou externos a ele. Por essas razões, a aderência individual à proposta de autocuidado associa-se intimamente ao processo de educação, no qual deve haver preocupação em preservar-lhe a bagagem cultural. Neste mesmo sentido, a proposta de reinserção social liga-se a mudanças culturais a serem implementadas na esfera social, atentando para que a informação não produza mudança na estrutura do conjunto, já que isto inviabiliza a incorporação do conceito, ou faz com que sua assimilação seja incompleta ou deturpada, pois conflita com a consciência possível.

Os comportamentos e atitudes em saúde, assumidos ou procurados por uma pessoa, dependem do valor atribuído ao seu resultado e das chances que têm de alcançá-los. A saúde é um dos componentes do sistema de valores individuais e sociais, embora não necessariamente o mais valorizado. Um conhecimento, acerca do cliente, que propicie visão geral do indivíduo e também exposição de seus sentidos, tanto em relação à doença, quanto sobre sua relação com o mundo e sua capacidade para o autocuidado, facilitará a determinação da percepção individual sobre a necessidade de saúde. Propiciará também o posicionamento profissional quanto ao papel que pretende desempenhar, se de mantenedor de uma ideologia acrítica ou se de agente transformador.

No limite as teorias Holística, do Autocuidado e do Cuidado Transcultural poderiam ser consideradas mecanismos empregados no processo de reprodução ideológica, mas não é a isto que se propõem. Ao contrário, busca-se desatar o laço que prende o indivíduo ao sistema, conferindo-lhe autonomia. Não uma autonomia qualquer, e sim vinculada ao respeito pelo humano, pela integridade do indivíduo em todas as esferas.

Ver o homem como um todo pressupõe permitir ao homem, neste caso doente de hanseníase, entender-se como um todo, carente em alguns aspectos, mas cujas carências podem, em parte, ser supridas por sua própria intervenção, aqui representada pelo autocuidado. Claro que pede ao indivíduo conhecimentos; nesta exigência reside o cumprimento do papel do enfermeiro, percebendo de qual conhecimento ele precisa, como podem tais conhecimentos serem ofertados e que uso deles ele fará. Atendê-lo nestas necessidades obriga a ouvir seu discurso. Assim amplia-se a esfera do receptor, pois mais que receptáculo, depositário de informações, será, em última análise ele o legitimador do conhecimento/ação.

Ao se falar em visualizar o paciente como um todo, valorizando-o, não é lícito, como buscam alguns, negar sua porção doente, já que negar no homem qualquer de suas particularidades é uma forma, muitas vezes sutil, de excluí-lo, de desprezar seu discurso e seu sentido. O paciente não se separa de sua essência humana para ser admitido numa instituição de saúde; traz consigo sua inteligência, sua cultura ambiental, sua educação, seus sentimentos e toda sua experiência de vida. Desconsiderar estes aspectos conduz a dificuldades comunicativas, podendo mesmo inviabilizar o processo comunicativo.

A formação acadêmica do enfermeiro, e outros profissionais de saúde, no que toca a questão da prevenção de doenças e promoção da saúde segue dois marcos fundamentais, um que entende o estado de saúde como determinação volitiva consciente do indivíduo, e outro que o toma como responsabilidade social.

No modelo educacional brasileiro, no campo da saúde, parece prevalecer o primeiro, o qual guia-se pela linha de pensamento do liberalismo clássico, que tem como idéias básicas sobre a natureza humana: o individualismo, a razão e a motivação humana. Acreditando que cada pessoa busca seus próprios interesses e que a seleção dos objetivos de cada um são reflexos de valores e racionalizações individuais, defende ser responsabilidade do sujeito a qualidade de vida e conseqüentemente de saúde que apresenta.

Aqui os fatos da vida social são escolhas individuais. Portanto as desigualdades sócio-econômico-político-culturais são acatadas como opções feitas pelos indivíduos. Considera então, que a saúde é responsabilidade apenas pessoal, já que as pessoas são livres para optarem por um determinado comportamento, seja ele saudável ou não, excluindo da problemática as esferas político-cultural e sócio-econômica, ignorando ou oferecendo escusas aos efeitos do contexto histórico sobre ele. À intervenção profissional compete alterar o sistema de crenças de saúde da população e à clientela, modificar suas percepções quanto aos comportamentos nesta área. Os fatores externos, próprios do meio ambiente social, são relegados por ambas as forças, o objetivo da Educação para a Saúde é a alteração comportamental do indivíduo.

Há, entretanto, um outro modelo teórico, cuja valorização é mais recente e não tão ampla e, por não aceitar a centralização da responsabilidade pela saúde apenas no indivíduo, contrapõe-se àquele. Este, visa desenvolver a conscientização tanto do profissional quanto da população sobre a influência de fatores externos na saúde da comunidade. Fatores que exigem mudanças sociais profundas, mas por estarem ligados à política de saúde e ao contexto sócio-econômico-cultural, não são controlados pelo indivíduo.

Nesta outra lógica, a Educação para a Saúde enfoca as múltiplas causas das doenças, quer as ligadas ao homem e seu comportamento, quer as que dizem respeito ao seu meio ambiente físico e social. A análise e entendimento das desigualdades presentes nas experiências cotidianas da população, sob este ponto de vista, é condição necessária para que as mudanças sociais e institucionais possam ser implementadas.

Educação para a Saúde, para que direcione o indivíduo à saúde, através de mudanças sociais necessariamente abarca as múltiplas causas dos estados mórbidos, tais como: condições sociais, econômicas, educacionais, políticas, ambientais e comportamentais. Nesta dimensão, os problemas de saúde encontram-se imersos em um contexto mais amplo que engloba indivíduo e sociedade. São, portanto, de responsabilidade individual e social.

Os padrões de comportamento de saúde da população não podem ser tidos só como opções individuais dissociadas do contexto pessoal e social. O estilo de vida, as crenças, valores e saberes populares devem ser interpretados como alternativas adotadas diante das circunstâncias sócio-econômico-político-culturais vigentes. Enquanto os enfermeiros, e outros profissionais de saúde, enfatizarem apenas a relação interpessoal em seus compromissos com a clientela, a possibilidade de modificação do ambiente social permanecerá intocada. Cabe ao profissional leitura crítica e reflexiva das forças sociais que limitam as condutas de saúde do indivíduo e da coletividade.

Estas reflexões nos devolvem à questão da enunciação e do sentido, o que remete às regiões discursivas, que recortam o interdiscurso e refletem as diferenças ideológicas, o modo como os espaços sociais dos sujeitos conformam sentidos diferentes.

A teoria da Comunicação defende que um indivíduo só está apto a captar mensagens elaboradas com um código que já conheça. Isto explica porque o sentido que deriva de um dado discurso, precisa antes trafegar pelo já-ouvido, pela memória do sentido. O mesmo princípio parece ser obedecido pela instância produtora, que antes de imprimir sentido ao seu dizer atravessa o já-dito dos outros discursos de sua experiência. Isto configura o que Orlandi (1992, p. 181) chama de leitura particular: "... a que vê em todo texto a presença de um outro texto necessariamente excluído mas que o constitui. " Acrescente-se à isto que na produção do discurso,

*"(...) ninguém pode pensar do lugar de quem quer que seja: primado prático do inconsciente que significa que é preciso suportar o que venha a ser pensado, isto é, é preciso ousar pensar por si mesmo. " (Pêcheux, 1989, Apud Orlandi, 1992, p.186)*

Como exemplo de tudo que foi dito pode-se tomar a observação de um menino, descrito como desfavorecido, dono de uma pobreza detectável

nas roupas, no gesto, no olhar: *“Por que nunca ninguém me falou de arte abstrata? Gostei muito de saber disso.”* (Barbosa, 1995, p. 64)

Quando confrontados com o encanto implícito no discurso dessa criança compreendemos que comunicar é mais que atender as premissas teóricas: quem fala, o que fala, como fala, para quem fala e com que propósito. Quedamos a pensar que comunicar é mesmo partilhar, é dar ao outro a oportunidade de sentido e de discurso. Deve ser esta a tônica do discurso- saúde, mas não só dele.