

O profissional da saúde e os dois lados da doença: da exclusão ao empoderamento do sujeito

Laura Patrício de Arruda*

Resumo – Este artigo contém elementos que possibilitam a discussão sobre como os *profissionais da saúde* podem reorganizar sua prática a partir de uma visão que considera o trânsito do doente excluído ao sujeito empoderado. Partindo do pressuposto de que a doença implica, inevitavelmente, uma crise para o doente, sobretudo acerca do seu papel social, um *processo de cura* não pode ser somente um retorno linear a um estado anterior, mas sim um restabelecimento de uma nova harmonia, que compreende as cicatrizes do estar, ou do ter estado doente. Salienta-se, um pensamento no qual a doença pode ser benéfica, uma vez que o paciente empreende forças para superar limitações. E, ao superá-las, deixa de lado a *exclusão social* que uma doença acarretaria, abrindo espaço para o *empoderamento* do sujeito.

Palavras-chave – Profissionais da saúde. Processo de cura. Exclusão social. Empoderamento.

Introdução

Ainda hoje, início do século XXI, o modelo cartesiano-newtoniano tem espaço garantido dentro da área da saúde e, nesse modelo, só é válido o que pode ser cientificamente comprovado. No entanto, como Capra (1982) nos diz, não há verdade absoluta na ciência já que todos seus conceitos e suas teorias são limitados e aproximados. As últimas décadas vêm nos mostrando que este reducionismo deve perder seu caráter dogmático em prol de um maior diálogo com outras formas de conhecimento. Abre-se o debate sobre o surgimento do paradigma holístico, no qual prevalece um universo vivo, sistematizado, interligado e dinâmico.

Convivemos hoje com a imperiosa necessidade de desenvolver marcos conceituais e abordagens que nos permitam compreender o mundo em que vivemos e situar dentro dele o setor em que exercemos nossa atividade. “Melhor compreender para melhor agir” efetiva-se como o lema de qualquer profissional. A busca é do conhecimento relevante que possa gerar ações que redundem em benefício ao ser humano (Morin, 2000). Portanto, cabe a nós,

* Fisioterapeuta formada pelo Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista (IPA), graduanda em Filosofia e mestranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: laurinh@terra.com.br.

profissionais da saúde, reorganizarmo-nos frente a esta mudança de paradigma, uma vez que a complexidade de nosso papel como promotor e protetor da vida incide diretamente no ser humano. Nesta perspectiva, este artigo se propõe a refletir sobre o processo de cura, tendo em vista que a doença perpassa o âmbito da saúde de uma forma geral, nas mais diversas áreas, como nosso objeto de trabalho, seja no tratamento, seja na prevenção.

Buscando o bem estar humano, atuar na área da saúde pressupõe uma constante atualização de saberes, visando abranger todas as dimensões do processo existencial. Pressupostos perpassam toda nossa conduta, evidenciando que o saber não pode ser compreendido como uma área de conhecimento fechada, tais como a compreensão de que o homem é sujeito circunstanciado, que conhece, pensa, age e busca no mundo e com o mundo, e a desconstrução de verdades absolutas e a existência de interdependência entre fenômenos (Morin, 2000). Afinal, compreender a doença como um processo de aproximação da finitude humana gera inúmeras possibilidades de reflexões e serve como meio imprescindível para o estabelecimento de um tratamento eficaz, centralizado no paciente como pessoa. É, portanto, necessário buscar conhecimentos para que se tome consciência das questões acerca da gênese das doenças, pois a postura indiferente à questão humana só salienta um profissional descomprometido com o momento de profunda crise do doente.

As reflexões contidas neste artigo baseiam-se nas descobertas contidas em minha monografia, construída ao final da graduação em Fisioterapia (dezembro de 2003), cuja metodologia da pesquisa priorizou diversas análises de depoimentos – acerca de experiências pessoais – a partir de entrevistas em profundidade. Por entrevista em profundidade se compreende a técnica na qual há uma flexibilidade em relação à estrutura da entrevista, possibilitando um contato mais íntimo entre pesquisador e entrevistado. Nesta modalidade qualitativa, interessam tanto os saberes do depoente quanto a externalidade de suas representações, crenças e valores, uma vez que são estes que permitem uma melhor percepção da realidade social (Laville e Dionne, 1999).

Foram recolhidos dezoito depoimentos escritos e a questão essencial para a escolha da população foi a de o depoente ter modificado a postura frente à vida a partir do confronto com a doença. O tipo da doença não foi levado em consideração, não foi também selecionado qualquer tipo de característica pessoal, sexo, condições sociais, comportamento ou idade. Ao final, nenhum depoimento foi excluído da pesquisa, por não se enquadrar no tema proposto.

1 Os profissionais da saúde e o processo de cura

Um discurso técnico, somado à presunção de que a cura depende somente do poder da ciência, acabam por desvincular o sujeito da doença, fazendo com que o paciente não passe de um mero portador de diagnóstico. É função, portanto, do profissional da saúde ajudar o paciente a se reunir com seu corpo, impedindo que este se torne um objeto alheio. Neste ponto, torna-se evidente o papel das humanidades como imprescindíveis na formação profissional. O conhecimento científico

[...] possui instrumentos para avaliar a evolução da doença e da dor, mas sobre a solidão e o sofrimento ela pouco sabe [...]. O profissional deve buscar meios para oferecer conforto, segurança e tranquilidade, pois [...] quem sofre não busca quem lhe dê razão, busca presenças cuja escuta será testemunha de uma fala. Persegue uma inserção, um encontro, a preservação de um lugar na história familiar [...] (Schiller, 2000, p. 105).

A formação dos profissionais da área da saúde se dá, segundo Fontes (1995), a partir da reprodução de valores capitalistas, não valorizando as necessidades sociais. Com isso, prioriza o enfoque individual, limitado aos fenômenos biológicos específicos, ignorando os problemas sociais e morais, intimamente ligados às doenças. Diante da perda de uma visão sintética, casos clínicos tornam-se impessoais, valorizando muito a doença, e pouco o doente, deixando de lado as relações com os fatores intrínsecos e extrínsecos da problemática humana. A maioria das doenças tem por origem dimensões mais profundas, por isto não basta enxergar somente o organismo biológico, pois a doença pode ter se iniciado no organismo social. Tal como relata a estudante de Fisioterapia:

[...] se nós, profissionais da saúde, em especial fisioterapeutas e futuros fisioterapeutas, não entendermos o que é *ser humano* e a importância de *ser humano* para com outro ser humano, nunca conseguiremos ser bons fisioterapeutas, pois o corpo só tem sentido, pelo quanto de amor, ira, zelo, desprezo, paixão ele possa expressar por alguém, pois o corpo nos possibilita sentir e reagir a tudo que é sentido por nós (Depoimento 16).

Como é possível notar, vivemos um tempo de contradições, entre o desenvolvimento notável da técnica e uma profunda crise ética. Um exemplo dessa crise é facilmente demonstrável pela competição (não cooperação) e pela quantidade (não qualidade) que têm sido a regra nos meios de produção intelectual (Ferrara, 2003). Para muitos, metáforas e analogias pertencem exclusivamente ao universo das humanidades. Assim, para ter valor científico, neste modelo positivista, deve-se contar essencialmente com a precisão, podendo

ser medido, testado e comprovado. Sem dúvida, essa visão fragmentável e controlável deu certo em muitos campos da ciência; porém, explicar fatos humanos, por exemplo, com este enfoque, torna-se totalmente ineficaz, uma vez que estes contam com uma forte interação de variáveis (Blois, 2001).

Infelizmente, a ciência moderna desvendou os mecanismos, mas não os significados da doença. Como afirma o fisioterapeuta:

Todo o conhecimento que adquirimos dentro da faculdade tem que ser aplicado aos nossos doentes, mas nem sempre a aplicação do conhecimento, que foi estabelecido através da realização de trabalhos científicos, resolverá a situação do doente (Depoimento 13).

Afinal, como refere Schiller (2000, p.130), “[...] Parece evidente que os modelos biológicos precisos não esgotam o sentido da causa [...]”. Ou seja, é fácil perceber que ainda há um “território opaco” que foge à compreensão científica. Estar doente, portanto, implica sempre a busca de significados rumo à construção de um sentido que dê fim ao processo de crise. Nesta perspectiva, a área da saúde também clama pela adoção de um pensamento complexo capaz de permitir um diálogo entre ciências e disciplinas, possibilitando a superação do insuficiente modelo tradicional, fragmentado pelo mecanicismo newtoniano e pelo reducionismo cartesiano. Assim, uma ciência que almeja o status de pós-moderna deverá rever suas condutas no campo epistemológico, defendendo a superação do saber compartimentado, a ausência de certezas absolutas, a multiplicidade de olhares e a articulação entre diversos tipos de conhecimento (Blois, 2001).

Quando se trata do objeto de trabalho do profissional da saúde, a saúde humana, uma visão fragmentada impede-nos de ver a complexidade das relações que permeiam este processo, tais como, aspectos orgânicos, dimensões culturais, éticas, políticas, ecológicas, psicológicas, sociais etc. Tal como expressa Morin (2000, p. 38):

[...] o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A sociedade comporta as dimensões histórica, econômica, sociológica, religiosa. O conhecimento pertinente deve reconhecer esse caráter multidimensional e nele inserir estes dados: não apenas não se poderia isolar uma parte do todo, mas as partes umas das outras [...].

Com isso, ser profissional da saúde não é somente dominar técnicas para melhorar patologias; é, sobretudo, contribuir com soluções para os problemas sociais, de uma forma que configure sua identidade na sociedade. Este profissional deve lembrar que seu paciente não possui somente um determinado distúrbio, mas sim um fenômeno complexo, com

múltiplos níveis, inclusive não-patológicos. Como um fenômeno, portanto, o evento deve ser tratado em toda a sua extensão e não de forma isolada. Para atingir tal ponto de capacitação profissional, a área da saúde depende fortemente da universidade que irá formar estes profissionais, cuja formação deverá basear-se em conhecimentos atuais e críticos produzidos por diversas áreas (Blois, 2001), pois, afinal, como relata o estudante de Fisioterapia:

[...] antes de profissionais de saúde, qualquer um de nós é ser humano, e muitas vezes, não queremos a melhor explicação teórica ou a mais racional que se possa encontrar a respeito daquilo que infelizmente não tem solução, mas sim necessitamos da consideração, do respeito e sobre tudo do censo de humanidade dos nossos semelhantes nas horas mais difíceis de nossas vidas [...] e é só e tão somente por essa razão que um paciente não é um dado, não é um número de prontuário, uma patologia, um posologia alopática, um exame complementar, ou então objetivos e condutas (Depoimento 16).

A questão da doença e seus desdobramentos no meio da saúde sempre foi um assunto delicado, cercado de grande curiosidade. Hipócrates, há 2500 anos, estava convicto em afirmar da impossibilidade de tratar a parte sem tratar o todo. Para ele um erro médico gravíssimo era o de buscar curar o corpo separado da alma, uma vez que um corpo saudável possui a *priori* uma mente saudável. Galeno (129 d.C.), seguidor de Hipócrates, vem acrescentar ainda que a confiança do paciente no profissional da saúde é essencial no processo de cura. Foi ele quem observou primeiramente as grandes ligações entre o estado emocional e a fisiologia. Assim, inclusive durante toda a Idade Média, época na qual a força da Igreja era tal que influenciava o campo da saúde de forma enfática, se preservou a idéia de total interligação da alma e do corpo (Schiller, 2000).

A cisão entre corpo e alma se dá com o nascimento da ciência moderna, tendo como seu precursor René Descartes. O desenvolvimento deste novo paradigma abarca todas as ciências e a medicina em particular. A partir de então, o que não pode ser medido empiricamente e comprovado cai em descrédito. Ancora-se, com isso, a saúde entre as ciências exatas. O corpo humano passa a ser uma máquina perfeita, na qual a doença se caracteriza somente por um mau funcionamento das peças da engrenagem. Descartes, no entanto, não negava o psiquismo, mas afirmava estar ele submetido ao organismo, sendo as doenças geradoras de alterações psicológicas (Schiller, 2000).

Como crítica ao dualismo cartesiano, o qual profere que o corpo e a alma podem ser distintamente pensados, o corpo como objeto e a alma como consciência, encontramos Merleau-Ponty (1971). Para ele, o corpo não é um objeto, é, sim, uma vivência. O corpo e a alma não são separados, mas são uma unidade, pois a consciência não tem autonomia em

relação ao corpo. Assim, como totalidade, o corpo é a própria expressão do *ser-no-mundo*. Desta forma, o corpo habita o mundo, apóia-se em experiências, não sendo, portanto, um corpo morto, um objeto. O corpo é uma complexidade de dialéticas como sujeito/objeto, vivente/vivido, tocante/tocado, num movimento incessante. Como diz a depoente acerca da doença de seu marido:

[...] o corpo e a mente voltaram a se afastar, e o corpo novamente ressentiu-se. Ambos com suas dores específicas continuam em luta, já há algum tempo. E eu, a seu lado, acompanho e torço pra que o corpo e a alma se encontrem logo, pois só unidos terão possibilidade de tornar o ser humano forte, outra vez. A mente, a alma, a espiritualidade, as emoções são tão importantes quanto a corporeidade, o físico; resta ainda descobrir como recuperá-los dos traumas de forma conjunta e concomitante (Depoimento 5).

Este corpo é inserido em uma vivência, a qual é temporal, espacial e constituinte do próprio corpo. O corpo, enfim, será corpo no hábito, ou seja, determinado pelas vivências do sujeito. Desta forma, Merleau-Ponty (1971) mostra que a reflexão filosófica e a experiência seriam indissociáveis conforme o depoimento a respeito:

[...] me dei conta que a origem da doença não era importante, pois as mudanças que ocorreram na minha vida após a doença nada tinham a ver com o fato anterior, mas sim *com toda a minha vida anterior* (grifo meu) (Depoimento 9).

A partir da visão de Merleau-Ponty (1971) acerca da corporeidade, podemos problematizar, então, a situação da doença. Tal como os estudantes de Fisioterapia descrevem:

O corpo é verdadeiramente útil e belo quando o entendemos, como o nosso maior instrumento de inter-relação humana e a partir dele é que podemos experimentar o mundo, expressar o que sentimos, gerar a vida em todas as suas formas e fazer história.

O depoimento ressalta ainda a importância de uma mente saudável, para a cura de qualquer doença:

Por essas razões, acredito eu que, como seres humanos precisamos estar sempre alerta, buscando cada vez mais conhecer-se a si próprio para que se possa superar as dores com menos sofrimento e que dar sentido à vida é essencial para a prevenção e cura de diversos males. [...] É um tempo de estar só e de encontro consigo mesmo, um tempo para refletir e ponderar sobre as atitudes que deverão ser tomadas. Ninguém poderá decidir ou sentir a dor em seu lugar, para alcançar a cura é preciso ter determinação e vontade de viver (Depoimento 6).

2 Refletindo sobre doença e exclusão

Sabe-se que uma pessoa que enfrenta uma situação de doença não sofre somente com as conseqüências físicas, mas, sobretudo, com os desdobramentos que o momento gera, tais como o afastamento do trabalho. Um corpo doente não é um objeto que necessita de tratamento, é a expressão de que o próprio *ser-no-mundo* de quem sofre com a doença necessita de cuidados. O enfrentamento com a doença se dará, portanto, de forma complexa, gerando inúmeras reflexões, pois representa um homem que encara sua finitude.

Para compreender o conceito de Doença, precisamos antes aceitar que este conceito nunca se encontrará isolado de outro – o de saúde. Isto porque não há entre a doença e a saúde uma segmentação bem determinada, mas sim uma permeabilidade entre os estados, sem um limite definido (Leavell e Clark, 1965). Desta forma, o ser humano estará sempre oscilando entre este gradiente, no qual, em um extremo, encontra-se o ideal de saúde, e noutro, a morte. Portanto, não devemos buscar a cura das doenças, mas sim batalhar para a aproximação da saúde. Entenda-se saúde pelo que foi determinado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) em 1948: “[...] o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”.

Na área da saúde, com seu legado cartesiano, as doenças passam, entretanto, a ter um caráter autônomo, com vida própria. Elas são catalogadas e classificadas, excluindo o sujeito. Inicia-se, então, o processo de desenvolvimento da medicina da atualidade: o objeto de estudo é a doença, não mais o doente. Com isso, “[...] o foco de atenção do clínico desloca-se de sua escuta para o seu olhar. O relato do paciente perde terreno para aquilo que pode ser descoberto pelos olhos [...]” (Schiller, 2000, p. 122). E assim, seguimos separando corpo e mente, respaldados pela matematização das ciências, pelo rigor estatístico temperado pelo estudo da história da medicina, da filosofia da ciência, da antropologia das doenças e da morte, das leis do inconsciente, assim como pela discussão das divergências e imprecisões das concepções da qualidade de vida, de saúde e doença, de normal e patológico.

Cito, pela importância, outros depoimentos: “[...] o processo de adoecimento de meu marido marcou-me de forma decisiva e, ainda hoje, encontro-me em processo de reflexão tal a intensidade do alcance da doença em minha vida” (Depoimento 5). E este, de espanto:

[...] o sentimento de perda provocava choros intermináveis [...] fiquei conversando com Deus... por que... onde vão estas pessoas... o que tenho que aprender com tantas perdas... será que não sabes o quanto não queria que ela fosse... (Depoimento 12).

Neste contexto, é preciso evidenciar que a doença implica inevitavelmente uma crise para o doente, sobretudo acerca do seu papel social. Isso se dá porque a ruptura de um equilíbrio renova a presença da morte. Desta forma, quando se adoecer, a relação entre mim e o mundo entra em crise, uma vez que sou ameaçada pelo risco do fracasso de não sobreviver. É devido a este fato, que curar não é retornar a um estado anterior, mas sim reestabelecer uma nova harmonia, compreendendo a história e as cicatrizes do estar, ou ter estado, doente (Schiller, 2000).

A fisioterapeuta, em seu relato, pondera acerca desse fato dizendo:

Para realizar as técnicas consideradas ideais, os meus conceitos estavam baseados na literatura científica e na medicina baseada em evidências [...] e que somente isto resolveria o quadro de nosso paciente. Estava enganado, muitas vezes, e não foram poucas, deixava de lado o que a literatura preconizava para o tratamento daquele paciente e ficava somente conversando e trocando idéias, pois sentia que naquele momento o que eu tinha estudado sobre a fisiopatologia e o tratamento não alcançaria o resultado esperado (Depoimento 13).

Esse processo de crise frente à situação da doença, no entanto, não é novo, está apenas bastante evidente nos dias de hoje devido ao excesso de passividade do homem moderno, que passa por um momento de profunda crise existencial. A generalização de sentimentos, ocasionada pela massificação cultural, gerou uma praga a qual se caracteriza pela falta de objetivo ou significado de vida pessoal (Baudrillard, 1992).

Kierkegaard (1952) já falava sobre este sentimento angustiante, característico do ser humano:

Assim como talvez não haja, dizem os médicos, ninguém completamente são, também se poderia dizer, conhecendo bem o homem, que nem um só existe que esteja isento de desespero, que não tenha lá no fundo uma inquietação, uma perturbação, uma desarmonia, um receio de não se sabe o quê de desconhecido ou que ele nem ousa conhecer, receio duma eventualidade exterior ou receio de si próprio; tal como os médicos dizem de uma doença, o homem traz em estado latente uma enfermidade, da qual, num relâmpago, raramente um medo inexplicável lhe revela a presença interna (p. 47).

O conceito de homem pode ser definido pelo existencialismo. Nele, o homem é um ser que sabe que termina (finito) e que precisa encontrar em si mesmo o sentido de sua existência. Este deverá, portanto, desenvolver, ao longo da sua vida, atividades que sejam capazes de dar sentido à brevidade e finitude de seus dias (Chauí, 2000). Sendo a doença uma desencadeadora de crises, defendo que o profissional da saúde que negligencia este aspecto,

negligencia também seu mais alto objetivo: o bem-estar do paciente. Almejar ser um profissional qualificado implica compreender as relações entre a mente, o corpo e o seu contexto social, ou seja, estar aberto e atento às tragédias que abalam o doente. Assim, o que importa, na doença, é construir um sentido (Schiller, 2000). E cabe ao profissional da saúde estar presente nesta construção. O doente deve estar seguro da presença de alguém que reconhece a necessidade da busca de significado, e não um mero aplicador de técnicas. Como relata a estudante de Fisioterapia:

No fim, todos temos a mesma importância, só escolhemos formas diferentes de viver, trabalhar, amar, nos relacionar uns com os outros, e é por isso que antes de qualquer soberba tola que possa advir de nosso conhecimento teórico a respeito de uma patologia, ou de uma manobra fisioterapêutica a ser realizada com um paciente, devemos nos perguntar se sabemos ver ou conhecer as necessidades do outro que está doente, ou então a família do outro que está doente, pois ninguém poderá tratar bem de alguém se não souber, *cuidar* desse alguém e dos que o amam e se preocupam com esse alguém (Depoimento 16).

Aqui se observa que a doença, além de seu caráter reflexivo, possui ainda um agravante: a exclusão social. O doente acometido pela incerteza, pelo medo, distancia-se do convívio social como forma de proteção. A vergonha e a falta de informação levam o doente, de uma forma autônoma, a isolar-se. Já não bastasse esse imenso conflito, estar doente implica ainda, muitas vezes, o afastamento da ocupação profissional. É então que se agrava a situação. O doente, já frágil e excluído, longe do trabalho, no qual o homem se autoproduz (Aranha, 1986), sente-se ainda mais desamparado. Isto se dá pelo fato de a sociedade atual basear-se em um modelo altamente econômico, no qual aqueles que não participam do mercado, acabam, como única saída, excluídos (Xiberras, 1993).

E outros vários exemplos podem ser aqui citados sobre esse momento de crise que tem como estopim a doença, e que mostram o doente percebendo-se aquém do limiar de normalidade imposto, sentindo a pressão social de seu meio, angustia-se e sofre. Cai, então, em um ciclo vicioso no qual a doença alimenta a exclusão, e a exclusão retroalimenta a doença. Assim, torna-se ao doente cada vez mais difícil realizar a sua tarefa mais importante: construir o sentido desta crise.

O excluído é aquele que é rejeitado para fora de nossos espaços, dos nossos mercados materiais e/ou simbólicos, dos nossos valores. Entretanto, essa exclusão pode partir do próprio excluído, por acreditar que não tem mais espaço no mundo, ou mesmo pela sociedade, a qual, pela intolerância, dá luz ao preconceito. Os excluídos não são apenas rejeitados fisicamente, geograficamente, ou materialmente, são excluídos em seus valores, os quais não recebem

reconhecimento, acabando banidos do universo simbólico. A partir de um estigma físico, de um estigma simbólico, o doente, excluído, possui, então, uma escolha: “[...] jogar com essa indefinição para usurpar um lugar no mundo da normalidade, mas pode também sofrê-lo, mesmo sem compreender suas razões [...]” (Xiberras, 1993, p. 18).

E assim um doente descreve suas descobertas:

Descobri, também, que a doença não é um acidente na vida da gente e sim uma defesa contra a verdade e eu precisava, então, diminuir a distância entre o que eu era e o que eu deveria ser e enfrentar toda e qualquer verdade por mais cruel que ela fosse (Depoimento 9).

Mas como reinserir o excluído, neste caso, o doente? Sabe-se que não há uma receita prévia, pronta, a ser colocada em prática pelo profissional da saúde, mas, do ponto de vista da doença, é fundamental, de igual forma, que o doente construa um sentido a partir da sua própria doença, em busca de sua reinserção, e que a sociedade repense a condição do doente, abrindo espaços para acolhê-lo.

3 **Problematizando o poder oculto na doença**

Neste ponto, surge a importância de discutirmos os dois lados da doença. À primeira vista, ela pode ser indesejável, pois é um mal, uma anormalidade. No entanto, reformulando o nosso pensamento na perspectiva proposta por Morin em “Cabeça Bem-feita” (2000), para que possamos fazer uma análise mais complexa da doença. Pelos diferentes aspectos que a envolvem, pode-se dizer que a doença também pode ser benéfica. No momento em que o paciente empreende forças para superar as limitações, ele também recebe mais afeto e mais admiração pelo esforço. Assim, “o sofrimento pode trazer revelações, expiar pecados, mudar para melhor o rumo de uma vida [...]” (Schiller, 2000, p. 129). É por este sentido implícito na doença que se torna fundamental buscar uma razão que justifique o estar doente. Porém, é fato que a dor e a doença nunca são somente manifestações da corporeidade, uma vez que a facticidade não se separa de uma transcendência. Ou seja, há uma relação imanente e inseparável entre o sentido e o uso que o homem dá à sua doença (Aranha, 1986).

Para prosseguirmos na compreensão sobre as possibilidades de mudança, destaco o seguinte depoimento:

Passei a pensar mais no presente, sendo o mais possível “eu mesma”, sem me preocupar com o passado, que, afinal, era passado e eu não podia mudá-lo e não pensar ou me preocupar muito com o futuro, afinal o futuro é

imprevisível e, ao pensar no que já passou e no que vai passar perdemos o nosso presente. Descobri também que viver o presente e ser você mesma são sinônimos de vida, pois, ao ser eu mesma, não existem comparações com o passado nem expectativas do futuro, de como fui e como serei, restando viver o presente (Depoimento 9).

A solidão que acompanha uma doença constitui a verdade de cada um, não pertencendo ao saber que se adquire nas escolas. Constitui um mundo particular, mudo, cuja impossibilidade de diálogo é uma característica marcante. Assim, da história de alguém que adocece, de um corpo que encara de frente a sua finitude, surgem reflexões intermináveis e pertinentes para a vida das pessoas. Esta multiplicidade de reflexões traz possibilidades diversas de compreensão e conferem a este tema um caráter encantador e sedutor rumo ao mistério que o ser humano constitui.

Tal como o relato abaixo:

A vida passou a ter mais sentido quando começamos a perceber o quanto era difícil e gratificante ouvir uma palavra dele, um gesto, uma expressão no olhar e mesmo uma lágrima no rosto. Coisas que antes eram tão banais e impercebíveis, agora, passaram a ser tão importantes... (Depoimento 4).

Desta forma, sendo a doença uma desencadeadora de crises, ela também desafia o profissional da saúde. Faleiros (1999) colabora com esta reflexão ao destacar que no paradigma da correlação de forças, as mediações de poder – subordinação e fragilização – necessitam de um engajamento profissional capaz de criar estratégias de fortalecimento do sujeito para o enfrentamento de sua fragilização, isto é, a partir da proposta deste artigo, cabe ao profissional da saúde criar meios de fortalecer o doente (objeto de trabalho) frente à fragilização, tal como a exclusão social, que a doença lhe impõe. Desta forma, aparece a idéia de *empowerment*, a partir da qual se abre uma discussão acerca de formas adequadas para tal intervenção.

Estes profissionais da saúde, inseridos em processos de fragilização (exclusão) e fortalecimento (inserção) dos sujeitos, ampliarão, portanto, seus objetivos, associando sua prática ao trabalho do profissional do Serviço Social. Isso porque será o assistente social o mediador de tal conhecimento, pois têm nas mãos estratégias, instrumentos e técnicas adequadas à autonomia do sujeito. Afinal:

[...] promoção da Saúde é um movimento que contribui para o desenvolvimento da autonomia. Este é o motivo pelo qual os promotores freqüentemente expressam seus objetivos profissionais em termos do conceito de empoderamento. Empoderar pessoas é tornar possível, ou

permitir que as pessoas desenvolvam a sua autonomia ou se tornem o que elas querem ser [...] (Downie et al., 1999, p. 165).

Empowerment pode ser compreendido como o meio pelo qual pessoas adquirem maior controle sobre as decisões que afetam suas vidas. Ou seja, *empowerment* traduz o aumento de um poder e de uma autonomia pessoal em suas diversas relações sociais. É um termo de difícil tradução, mas, de uma forma geral, é compreendido como empoderamento ou fortalecimento (Teixeira, 2002).

Afinal, o Depoimento 8, relata:

Quanto mais difícil a situação, mais forças temos para lutar; encontramos nossas forças na adversidade e é certo que vestimos nosso espírito com este corpo material e que, quanto mais velhos ficamos, mais crescimento espiritual possuímos, e nossos corpos mais cicatrizes de aprendizagem.

Dessa forma, empoderamento individual é um conceito que visa à libertação de indivíduos de estruturas injustas, opressivas ou discriminadoras (Pinto, 1998), a partir de um processo reflexivo sobre a realidade da vida humana. Ainda, empoderamento é um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos por indivíduos que têm como finalidade um acréscimo de poder psicológico, sociocultural, político e econômico. Isto é, o empoderamento individual ou psicológico é aquele em que o indivíduo se torna hábil para tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida. E o relato abaixo ilustra essa discussão:

[...] a forma de como concebemos a doença e a maneira de como vamos conduzi-la, *depende inicialmente das palavras proferidas no momento do diagnóstico* (grifo meu). É muito importante que elas cheguem pautadas em opções e conforto, e que por mais complexa que ela seja, é preciso um tempo para que possamos entender, repensar, analisar e principalmente descobrir-se para poder superá-la (Depoimento 6).

A partir do conceito de empoderamento, podemos lembrar o que Faleiros (1999) destaca acerca da prática profissional: “[...] ação profissional implica uma postura de aliança com o usuário [...]” (1999, p. 51). Desta forma, cabe a nós, profissionais da saúde, termos uma prática menos individualista, fazendo alianças, partilhando de informações técnicas, visando ao fortalecimento deste sujeito já tão fragilizado. Por esta atitude, deixamos claro nosso papel interventivo. Pois, como nos traz Teixeira (2002), empoderamento, em promoção da saúde, é definido ainda como “um processo que ajuda as pessoas a firmar seu controle sobre os fatores que afetam a sua saúde”. E, o relato abaixo destaca a doença como um excelente aprendizado:

A idéia e a necessidade de aprimorar as coisas incorretas que geraram tal perda me fizeram reavaliar grande parte de minhas atitudes, sem, contudo, conseguir êxito em mudar todas elas, ainda. A vida passa a ser algo mais “sério”, onde a busca pela satisfação pessoal passa a ser uma meta constante, mesmo, e sobretudo, nos momentos mais simples. Sabe-se lá se amanhã teremos esses mesmos simples momentos, por isso aproveitá-los passa a ser imprescindível (Depoimento 15).

Dessa forma, a meta do empoderamento pode ajudar pessoas a serem mais independentes; gerar autoconfiança e senso de governabilidade. Empoderar-se pessoalmente, portanto, é um processo multidimensional e psicologicamente complexo, que surge neste momento como saída para o doente que, relendo sua doença, adquira forças para se auto-organizar. Pelo empoderamento é possível estimular valores como o autodesenvolvimento, a auto-realização, enfim, a autonomia. Empoderando-se o doente obtém controle de sua própria vida, deixando de ser mais a vítima de uma situação e fazendo da doença um aprimoramento, não mais um martírio.

Considerações finais

A história de alguém que adoece e que encara a sua finitude nos traz, sem dúvida, reflexões intermináveis que podem permitir possibilidades diversas de compreensão, conferindo a este tema um caráter encantador. Ao profissional da saúde, vale a reforma de seu pensamento ao compreender que curar não é retornar a um estado anterior, mas sim restabelecer uma nova harmonia, que compreende uma história e as muitas cicatrizes do estar, ou ter estado, doente. Almejar uma qualificação profissional implica compreender as relações entre a mente e o corpo, estando aberto e atento às tragédias que abalam o doente como um todo articulado, sobretudo no que se refere ao âmbito social, o qual se encontrará seriamente comprometido em uma situação de doença. Por isso, não basta ao profissional da saúde trabalhar para uma melhoria física, mas comprometer-se com o restabelecimento de uma nova harmonia, a qual implica ressignificar a doença analisando-a como um processo de cura que envolve inúmeras estratégias como a do empoderamento do sujeito. Mas como possibilitar que o nosso paciente veja o “outro lado da doença”? Como colaborar para que o doente reconheça a necessidade da busca de significado para o momento que atravessa? Como não se colocar como um mero aplicador de técnicas?

Infelizmente, ainda existe muita resistência por parte de alguns profissionais em ressignificar sua atuação profissional. Essa resistência se dá porque é difícil para o ser humano aceitar a falência dos pressupostos de uma ciência feita para durar como absoluta. No entanto, é necessário considerar a idéia de que o conhecimento verdadeiro é aquele que aceita críticas e se auto-organiza frente à pertinência das mesmas.

O aprimoramento técnico é imprescindível porque a ciência tem um valor inabalável para a intervenção na saúde humana. No entanto, a ciência tradicional deixou lacunas imensas, tais como o estímulo psicológico, a fé, a esperança. O modelo reducionista fez dos problemas da saúde fragmentos cada vez menores, deixando, muitas vezes, as causas dos fenômenos de lado. Uma nova visão do conhecimento torna-se urgente para estes profissionais, pois eles devem entender o homem em todas as suas dimensões, proporcionando qualidade de vida à população. Traduz-se isto como uma proposta para articular as partes ao todo. Ao profissional da saúde, portanto, se torna fundamental extrapolar o campo físico-biológico para tentar compreender o homem.

Ao buscar compreender a doença como um processo complexo e facilitador da exclusão social, não pretendi esgotar o assunto sobre o tema, mas abrir uma discussão capaz de trazer tanto para os profissionais de Serviço Social, como para os demais da área da saúde, elementos inovadores e pertinentes à renovação de prática interdisciplinar. Além de permitir a reflexão de importantes pontos para a formação profissional, esta produção teve como principal objetivo servir de instrumento de incentivo e divulgação para a consolidação de uma nova prática interventiva aos profissionais da saúde. Pensando a saúde a partir de uma discussão sobre os dois lados da doença, quem sabe possamos encontrar um caminho para a tão desejada “reforma do pensamento”.

Referências

- ARANHA, M. L.; MARTINS, M. H. *Filosofando – Introdução à filosofia*. São Paulo: Moderna, 1986.
- ARDOINO, J. *La implicacion. Se former*. Lyon, 1992.
- ARRUDA, L. *Tensões humanas: o papel da filosofia na prática fisioterapêutica*. Porto Alegre: Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista (IPA), 2003.
- ARRUDA, M. P. A formação nas páginas do jornal In: *Revista da Famecos*, Porto Alegre, Edipucrs, v. 18, p. 70-82, 2002.
- BECKER et al. *Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

- BLOIS, C. R. *Reconstruindo o Ensino de Fisioterapia no Contexto de Transição da Ciência*. Bagé, setembro de 2001, 101 p. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CHAUI, Marilena. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.
- CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H. *Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- COTRIM, Gilberto. *História e Consciência do Mundo*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.
- DIONNE, J.; LAVILLE, C. *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- DOWNIE, R. S. et al. 1999. *Health promotion; models and values*. 4. ed. Oxford: University Press, 1999.
- FALEIROS, Vicente de Paula. *Estratégias em Serviço Social*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- FERRARA, Nelson Fiedler. Físico Teórico do Instituto de Física da USP. Ciência, ética e Solidariedade. Mesa Redonda realizada em 6 de maio de 1998, pela Associação Palas Atenas, no Teatro da Universidade Católica de São Paulo.
- FONTES, Olney L. *Além dos sintomas – superando o paradigma saúde e doença*. Piracicaba: Unimep, 1995.
- GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. *O papel das humanidades na medicina*. Centro de Estudos – Departamento de Psiquiatria – UNIFESP/EPM. Artigo disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/editorial07.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2003.
- HELLER, Agnes. *Teoría de los sentimientos*. 2. ed. Barcelona: Fontamara, 1982.
- KIERKEGAARD, Sören. *O desespero humano – doença até a morte*. Portugal: Tavares Martins, 1952. (Nova Série Filosofia e Religião, v. 7)
- KIRINUS, L. *Filosofia do trabalho em três pensadores da modernidade: Hegel, Marx e Habermas*. Porto Alegre, março de 2000, 138 p. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Filosofia.
- LEAVELL H. R.; CLARK E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*. 3. ed. New York: Mac Graw-Hill, 1965.
- LIMA VAZ, Henrique Cláudio. *Antropologia filosófica I*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1991.
- LOBOS, J. *Qualidade! Através das pessoas*. 8. ed. São Paulo: IQ – Instituto de Qualidade, 1991.
- MARINOFF, L. *Mais Platão, menos Prozac – a filosofia aplicada ao cotidiano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- MERLEAU-PONTY. *Fenomenologia da percepção*. Rio de Janeiro: Freita Barros, 1971.
- MONDIN, Battista. *O homem quem é ele? – elementos de antropologia filosófica*. 8. ed. São Paulo: Paulus, 1980.
- MONTAGU, Ashley. *Tocar, o significado humano da pele*. 5. ed. São Paulo: Summus, 1998. (Novas buscas em Psicoterapia; v. 34)
- MORIN, Edgar. *Cultura de massas no século XX*. 9. ed. Edição brasileira de “O espírito do tempo”. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. v. 1: Neurose.
- Amor, poesia, sabedoria*. Tradução: Edgard de Assis Carvalho. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- . *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya; revisão técnica de Edgard de Assis Carvalho. São Paulo: Cortez, 2000a.

———. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000b.

PINTO, C. Empowerment: uma prática de serviço social. In: *Política social*. Lisboa: ISCSP, 1998, p. 247-264.

REBELATTO, Rubens; BOTOMÉ, Sílvio. *Fisioterapia no Brasil – fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais*. 2. ed. São Paulo: Manole, 1999.

SCHILLER, Paulo. *A vertigem da imortalidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

TEIXEIRA, Mirna Barros. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde*. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

TIMM, Ricardo. *A Construção do sentido – Uma introdução à filosofia*. E-book disponível no site: <<http://www.filosofiapucrs.hpg.com.br>>, repassado pelo próprio autor para seus alunos da faculdade de Filosofia – PUCRS em 02 de julho de 2002.

XIBERRAS, M. *As teorias da exclusão – para uma construção do imaginário do desvio*. Lisboa: Instituto Piaget, 1993.