

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

A narrativa como recurso de ligação entre clínica e saúde coletiva: ampliando olhares sobre saúde-doença.

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza.

Cita:

Elizabethe Cristina Fagundes de Souza (2009). *A narrativa como recurso de ligação entre clínica e saúde coletiva: ampliando olhares sobre saúde-doença*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1551>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

A narrativa como recurso de ligação entre clínica e saúde coletiva: ampliando olhares sobre saúde-doença

Elizabete Cristina Fagundes de Souza
UFRN-Natal/Brasil
betcris@ufrnet.br

Para esta exposição indiquei sete apontamentos que refletem contribuições das ciências humanas e sociais para religar Clínica e Saúde Coletiva. Faço isto sem querer retomar a constituição histórica da separação desses saberes, mas, apenas destacar a necessidade contemporânea da religação dos mesmos. Sentindo-me convocada ao desafio de ser sintética e objetiva, como exigem eventos desta natureza, recorri à estratégia didática de apontamentos.

Primeiro apontamento: compreensão sobre ciências humanas e sociais. Recorro às reflexões de Michel Foucault (1999), que situa as ciências humanas nas vizinhanças, nas fronteiras imediatas e em toda extensão das ciências em que se trata da vida, do trabalho e da linguagem. Ou seja, ciências que se endereçam ao homem, na medida em que ele vive, em que fala, em que produz. No entanto, as ciências humanas não são análise do que o homem é por natureza e sim daquilo que media o que o homem é em sua positividade (ser que vive, trabalha e fala) e o que permite esse ser saber ou buscar saber o que é vida, em que consiste o trabalho e suas leis, e de que ele pode falar.

Destaco ainda as idéias de Boaventura dos Santos (2002), de que “a natureza é a segunda natureza da sociedade e que, inversamente, não há natureza humana porque toda natureza é humana” e, portanto, todo conhecimento científico é natural e social. Desse modo, todas as ciências são também sociais. O autor nos instiga a entrar nessa travessia paradigmática de superação das dualidades e fragmentações disciplinares, ressaltando a perspectiva de inversão da lógica de estudar os fenômenos sociais como se fossem naturais para estudar os fenômenos naturais como se fossem sociais. Desta forma, a superação da dicotomia ciências naturais-ciências sociais tende a revalorizar os estudos das humanidades, exigindo delas também que sejam profundamente transformadas, mantendo seu núcleo genuíno de resistência à separação sujeito-objeto, natureza-cultura e de preferência a debruçar-se sobre a compreensão do mundo do que à manipulação do mundo. Este núcleo genuíno deverá ser recuperado e colocado a serviço de uma análise global sobre o mundo, a partir da construção, no paradigma emergente, de um conhecimento sobre a sociedade e natureza.

Segundo apontamento: conceituação de Saúde Bucal Coletiva. Tomo emprestada definição de Narvai & Frazão (2006) de que “*Saúde Bucal Coletiva* é um campo de conhecimentos e práticas [que integra] um conjunto mais amplo identificado como ‘Saúde Coletiva’ e que, a um só tempo, compreende também o campo da ‘Odontologia’, incorporando-o e redefinindo-o e, por esta razão, necessariamente transcendendo-o”. Situo Saúde Bucal Coletiva como prática social e, neste sentido, a relação com as ciências sociais e humanas é constitutiva de seu campo de produção de saberes. Este se dá tanto no âmbito da academia, quanto em serviços de saúde e em movimentos sociais. Saúde Bucal Coletiva, portanto, não se limita a um campo de produção e de reprodução de saber em saúde bucal instituído no espaço acadêmico, mas que é transversal no cotidiano das práticas de saúde, institucionalizadas ou não.

Terceiro apontamento: Saúde Bucal. Recorro ao conceito de *Bucalidade*, proposto por Botazzo (2000), por nele localizar a potencialidade de inserir o objeto da saúde bucal no contexto cultural e social da produção dos sujeitos e da produção do mundo. *Bucalidade* refere-se às propriedades inerentes ao bucal, manducação, erotismo e linguagem, e resgata, portanto, a beleza, a delicadeza, a voracidade e a potência desse território corporal, restituindo-o como lugar de afirmação da vida. Em trabalho anterior, associei à bucalidade a noção de conceito-ferramenta proposto por Gilles Deleuze (Foucault, 1996) para destacar sua potencialidade de religar Clínica Odontológica e Saúde Bucal Coletiva e de intervir nas práticas numa perspectiva de inventar uma Clínica em Saúde Bucal, ampliada e reformulada, e também, inspirando-me em Benevides de

Barros (2000) a denominei de Clínica de Acolhimento e de Desvio. Retomarei essa idéia um pouco mais adiante. Por que Bucalidade seria este conceito-ferramenta para religar Clínica e Saúde Bucal Coletiva? Porque ao colocar em destaque as dimensões cultural e psíquica das propriedades do bucal, restitui à boca seu lugar corporal, sua condição de território corporal. Condição esta que a Clínica Odontológica, historicamente, ajudou a destituir ao fragmentá-la em pequenos órgãos, separando-a do corpo. Esta concretizou a retirada dos contextos dos corpos-sujeitos, objeto de suas práticas. Filiada a uma visão positivista da biologia, o corpo que a Odontologia tomou para si como objeto é um *não-corpo*. Ou seja, é órgão sem corpo, um órgão autonomizado, que na extensão de sua fragmentação faz emergir o dente em sua máxima autonomia, como dente-sem-boca, que na prática odontológica mutiladora e iatrogênica, produz bocas sem dentes. Se corpos são descontextualizados de sua inserção sócio-cultural, não é de se espantar que órgãos como os dentes possam ser substituídos, banalmente, e que os esforços da produção científica e técnica na Odontologia tenham sido mais na pretensão restauradora e protética, alimentando certo círculo vicioso.

Convido-os a se distanciarem, por instante, das maravilhas das tecnologias que na odontologia têm produção de um arsenal cosmético e protético encantador, também produtor de ilusões e aliado ao mundo fetichista de consumo por beleza, longevidade e juventude, de nossa sociedade contemporânea. Parece existir uma verdadeira conspiração de consumo estético com conseqüências que vão além das caras, bocas, peitos e bumbuns que se desejam mais bonitos. Aqui também, o corpo se fragmenta em cada pedacinho que se quer recauchutar, consertar, alisar, inchar ou outro qualquer efeito, como se estivesse se tratando de um arranjo de peças de uma máquina de montar. Seria bom que os efeitos do consumo desenfreado não atingissem vidas, com seqüelas e mortes. Ressalto brevemente esta instigante temática apenas para destacar que a natureza cirúrgico-restauradora da Clínica Odontológica, atualiza-se na sociedade contemporânea, respondendo seus padrões de consumo. Este modelo cirúrgico-reparador, centrado em procedimentos, tem amplo espaço e tempo de reprodução na Odontologia de Mercado (denominação de Narvai, 2006), por meio dos serviços ofertados à classe abastada, com médio e alto poder de consumo, mas, também, àquelas pessoas de classes populares que queremos que se beneficiem com a atual expansão da cobertura de serviços odontológicos, sobretudo, com o Brasil Sorridente, via Saúde da Família e Centros de Especialidades em implantação no Brasil. Quero alertar com isto que se faz necessário romper com o padrão histórico cirúrgico-restaurador-protético-mutilador da Odontologia se desejarmos criar outras modulações de práticas de cuidado em saúde bucal, em que o centro da atenção não seja o procedimento; e sim o usuário. Não quero minimizar a importância do acúmulo

tecnológico produzido por esta mesma Odontologia, nem muito menos deixar de reconhecer seu valor útil. Mas reafirmá-lo no sentido da produção de saúde bucal, de desejar sorriso nos lábios de pessoas mais felizes, não só porque tem boca cheia de dentes, mas porque também têm vida qualificada como vida digna. A boca e seu dono, o corpo-sujeito não pode ser concebido sem considerar sua produção em sua inserção sócio-cultural. A técnica não pode ser neutra da mesma forma que a produção de conhecimento, premissa que já aprendemos nas primeiras lições de crítica ao positivismo. E não basta apenas aceitarmos tal premissa, mas buscarmos caminhos para re-inventar sentidos, práticas e saberes.

Quarto apontamento: A Clínica em Saúde Bucal. Uma clínica em saúde bucal necessita de, pelo menos, dois movimentos, simultâneos e interligados: um, interno, em direção à boca parte do corpo e ao próprio corpo clínico anátomo-patológico; este movimento exige incorporação de saberes específicos do adoecer bucal, e também que estes se comuniquem com os demais saberes que a clínica médica produziu sobre o funcionamento do corpo.

O segundo movimento, que não é peculiar apenas à clínica odontológica, é o de ampliar a noção de corpo biológico para além do arranjo funcional de órgãos, células e moléculas, no qual se manifestam doenças. Nesse sentido, o biológico adquire a conotação do “vivo” e de sua interação sistêmica. O corpo vivo produz vida à medida que interage no meio com outros corpos, e esta vida é qualificada por uma existência que, inclusive, produz também doenças. Portanto, a Clínica não pode prescindir de dar escuta a tais *existências*, que são produzidas em condições históricas por sujeitos que também se produzem, historicamente, em contextos e situações concretas. A reformulação da clínica nesta direção, necessariamente, é um exercício inter e transdisciplinar, exigindo diálogo entre diversos saberes científicos, e entre saberes científicos e da tradição. Tal diálogo, já proposto por vários autores, aproxima-se daquilo que Juan Samaja sugeriu como *trans-sapiência*. Compreendo que a escuta qualificada do sujeito doente e o diálogo com ele é condição técnica e ético-política para essa clínica se realizar.

Quinto apontamento: narrativa como recurso patográfico para ampliar o olhar sobre a doença, o doente e seu contexto.

As narrativas de doenças, ou a denominação *illness narratives*, se deve a Arthur Kleinman¹, que a postulou como forma que doentes modelam e dão sentido aos seus padecimentos. Elas têm tido importante papel desde a década de 1960 em estudos realizados por

¹ KLEINMAN, A (1988) **The illness narratives**. Suffering, healing and illness. New York: Basic Book. 304p.

antropólogos, sociólogos, psicanalistas, médicos e outros profissionais de saúde com objetivo de compreender os esforços de pacientes em lidar com suas vidas, face aos problemas advindos da experiência com doenças crônicas. (CARDOSO et al, 2002).

Para Kleinman, as experiências de adoecimento são sempre moduladas pelas orientações culturais da coletividade, e estariam também os médicos influenciados por elas. O médico, ao reescrever o adoecimento pela ótica das teorias da desordem orgânica ou mental, cria a doença. Esta seria o que ele foi treinado a ver. O clínico reconfigura os males do doente e de sua família (*illness*) a partir de registro técnico como entidades mórbidas (*diseases*). Os estudos de Hydén² criticam o determinismo cultural dessa formulação e sugerem narrativas de doença como produtos sociais e culturais, como transformação e expressão do sofrimento dos corpos e também possibilidade das pessoas que sofrem construírem um novo contexto para as suas vidas. Nesse sentido, os estudos das narrativas permitiriam captar aspectos nucleares da vivência do adoecimento em seus contextos sociais específicos. (CARDOSO et al, 2002).

Castiel (1999) destaca que os estudos de narrativas “acentuam que a vida humana é impregnada de narrativas: nós lemos, contamos, assistimos e ouvimos histórias e estórias. Desempenhamos papéis e damos forma e sentido a nosso cotidiano. Somos fonte e agentes tanto do conhecimento dos outros como do senso de nós mesmos. O passado (memória) é, em grande parte, ‘armazenado’ sob a forma de narrativas. As antevisões do que nos aguarda no futuro também. A narrativa é essencial à sabedoria prática (*phronesis*) e representa o nexos da cultura com a psicologia individual.” (CASTIEL, 1999: 144-45).

Para Castiel, o principal instrumento da sabedoria prática clínica é a organização narrativa da observação clínica. A história clínica é configurada em diagnóstico, tratamento ou novos encaminhamentos, que são comunicados ao paciente/familiares por meio de uma retórica que, junto ao jargão médico, inclui construções metafóricas e outras formas de figuração mental. Estas deverão fornecer os elementos para os pacientes operarem suas próprias narrativas. Castiel também destaca a noção de *patografia* desenvolvida por Anne Hunsaker Hawkins (HAWKINS, 1998) ao estudar os modos como os indivíduos acometidos por afecções graves procuram ordenar, cronologicamente, eventos, produzindo narrativas em que se estabelecem atribuições causais, motivações e papéis aos agentes. São empregadas elaborações míticas, retóricas e imagéticas, na descrição e na explicação desses fatos e eventos. Hawkins articula suas narrativas com temas

² HYDÉN, L (1997) Illness and narratives. **Sociology of Health and Illness**. 19 (1): 49-69.

recorrentes na literatura, imaginariamente representados por personagens que se assemelham às situações de sofrimento, doença, dor e morte vivenciadas por doentes e familiares. São histórias narradas em estilo ficcional, que mostram os efeitos da doença e a eficácia dos tratamentos dentro e fora do sistema de saúde.

A noção de *patografia* está bem assinalada por Pedro Lain Entralgo em *La história clínica*, que discorre sobre o relato patográfico. Neste, há destaque importante para a patografia a partir de Freud, com a psicanálise. Para Samaja, a experiência inovadora de Freud transformou contextos institucionais e tecnológicos ao tratar da histeria, tomando o relato psicopatográfico e considerando em suas histórias clínicas também os relatos ‘fantasiosos’ das pacientes e as suas reais histórias vividas. (SAMAJA, 1999). A patografia de Freud inaugurou a diferença com as anteriores ao trazer o fragmento da vida humana psicanaliticamente concebida. Patografia passou a ser biografia. (ENTRALGO, 1998).

Desse modo, a clínica não é um ato neutro, pois nela estão implicadas as subjetividades dos sujeitos que se encontram para acolher e serem acolhidos, assistir e serem assistidos. Subjetividades que se expressam nas ofertas e nas demandas que ocupam os serviços de saúde e estão permeadas por aspectos da vida que produzimos e pelos quais somos produzidos, exigindo escuta qualificada.

Sexto apontamento: retomo a noção da clínica de acolhimento e de desvio. A narrativa da doença e da experiência de doentes com sua doença e os serviços de saúde podem ser traduzidos em patografias ou relatos patográficos. A Clínica, ao se debruçar sobre a dor e o sofrimento do usuário, sistematizados nessas patografias, possibilita reconhecer o corpo-sujeito em seu contexto, a doença em sua produção social, o adoecimento em seu entorno familiar e cultural. Ao se desviar da simples classificação nosológica ou da explicação natural da doença em sua identidade anatomo-patológica, a Clínica pode ofertar ao doente e ao profissional novas possibilidades de lidar com esses fenômenos e de dialogar com outros saberes e práticas, que não apenas aquelas do seu cardápio disciplinar. Trata-se de uma Clínica que não se localiza em um terreno disciplinar unicamente, embora requeira um núcleo disciplinar de competência, cuja capacidade resolutiva depende cada vez mais de outros saberes e práticas: da saúde pública, da saúde coletiva, da psicanálise, das ciências humanas e sociais, da literatura, da arte, da comunicação e da boa política. Neste sentido, não se pode fazer clínica apenas no limite das quatro paredes, mas, o espaço e o tempo dos serviços de saúde têm, necessariamente, de ser re-adequados, re-inventados.

A narrativa como recurso de construção de patografias permite resgatar sentidos produzidos, consciente e inconscientemente, no corpo de quem adoece e sofre, colocando em relevo aspectos dos condicionantes, contextos de vida, itinerários terapêuticos, que podem ofertar pistas para compreensão e para intervenção no processo saúde-doença, diálogo com achados epidemiológicos, avaliativos, etc. Potência em duplo movimento: acolher (no sentido de dobrar-se sobre o leito, do grego *Klino*) ofertando respostas à dor e sofrimento do usuário com o patrimônio de conhecimentos do profissional e os recursos tecnológicos disponíveis; desviar (no sentido de *clinamen* – do latim, produção de desvio como ato de criação), abrindo-se à escuta para buscar outras saídas para o doente, que não as estritamente medicalizantes, frente ao sofrimento, aos condicionantes e ao contexto de produção de seu adoecimento. Movimentos de busca necessária em se co-construir alternativas possíveis, de se re-aprender a fazer interpretações das narrativas que não sejam aquelas que colocam como único destino a doença e sua dependência por procedimentos e medicamentos.

O recurso narrativo tem potência para operar em práticas de saúde, em formação de profissionais de saúde e em produção de conhecimento em saúde, com utilização de suas várias formas de linguagem – verbal, escrita, visual, gestual. As várias maneiras de contar como se produzem as relações entre saúde-doença, vida, trabalho e ambiente estão na fala e na escrita de usuários e profissionais de saúde, seja nos registros patográficos da clínica cotidiana, seja em estudos investigativos de abordagem qualitativa. Outras pistas metodológicas de formação e de produção de conhecimento estão nas narrativas da literatura, do teatro, da pintura e do cinema que revelam o universal no singular e que também operam na cognição, como forma de ampliá-la e acionar canais perceptivos dos vários sentidos, que religam razão e emoção, objetividade e subjetividade.

Sétimo apontamento: desafio de religar saberes e, em especial, Clínica e Saúde Coletiva, na perspectiva acima de se engendrar uma Clínica de Saúde Bucal, com o aporte interdisciplinar e abertura transdisciplinar exige aceitar a tarefa de mudar práticas, individuais e institucionais. Isto nos faz lembrar Foucault (1996) para quem “*práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazem nascerem formas totalmente novas de sujeitos e de sujeitos de conhecimento*”. Estaremos, então, no terreno da produção de novas subjetividades que, certamente, uma clínica em saúde bucal terá a potencialidade de produzir. O desafio de inventá-la e re-inventá-la está lançado a todos nós!

Referências:

Botazzo C. Da arte dentária. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000.

- Cardoso MHCA, Camargo Jr KR; Llerena J. Epistemologia narrativa e o exercício clínico do diagnóstico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002, v. 7, n. 3, pp. 555-569.
- Castiel, LD A medida do possível... Saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. Fiocruz Editora, 1999.
- Entralgo, PL La história clínica. Historia y teoría del relato patografico. Madrid: Editorial Triacastela, 1998.
- Foucault, M A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau Ed, 1996.
- Foucault, M As ciências humanas. In: As palavras e as coisas. Uma arqueologia das ciências humanas. 8ª. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1999. p. 475-536.
- Foucault, M O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária., 1998.
- Foucault, M Os intelectuais e o poder. IN: ____ Estratégia, poder-saber. Ditos & Escritos IV. (textos selecionados por Manoel Barros de Motta) Rio de Janeiro: Forense Ed, 2003. p. 37-47
- Hawkins, AH. A small, good thing. Stories of children with HIV and those who care for them. New York: W. W. Norton & Company, 2000.
- Hawkins, AH. Reconstructing illness. Studies in patography. 2a. ed. West Lafayette, Indiana: Purdue University Press, 1998.
- Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006. p. 346-62.
- Narvai, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública* 2006;40(N Esp):141-7
- Passos, E, Benevides de Barros, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psi.: Teor. e Pesq.*, Brasília, 2000, v.16, n.1, pp. 71-79.
- Santos, BS Para um novo senso comum: a ciência, o direito e apolítica na transição paradigmática. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2002