

## A RUPTURA ENTRE O CONHECIMENTO POPULAR E O CIENTÍFICO EM SAÚDE

Márcia Regina Pfuetzenreiter<sup>1[1]</sup>

*NESTE ARTIGO, DISCUTE-SE A UTILIZAÇÃO DE CONHECIMENTOS CIENTÍFICOS NA ÁREA DE SAÚDE PELA POPULAÇÃO, LEVANDO-SE EM CONSIDERAÇÃO OS CANAIS DE COMUNICAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS PACIENTES. ESSES CANAIS PODEM FACILITAR OU SE CONSTITUIR EM OBSTÁCULOS PARA A ADOÇÃO DE HÁBITOS E DE ATITUDES EM RELAÇÃO A MEDIDAS PREVENTIVAS E DE PARTICIPAÇÃO EM TOMADAS DE DECISÃO TANTO INDIVIDUAIS QUANTO COLETIVAS. PARA QUE HAJA RUPTURA TANTO DESSES OBSTÁCULOS QUANTO DA DIFICULDADE DO ESPECIALISTA EM COMPREENDER E DIALOGAR COM SEU PACIENTE, SUGERE-SE QUE OS CURSOS TRABALHEM COM ESSA QUESTÃO DOS CANAIS DE COMUNICAÇÃO NA FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA.*

**Palavras-chave:** saúde pública; educação em saúde; ciência tecnologia e sociedade

### Introdução

O uso de tecnologia está difundido nas práticas médicas. Desde seus primórdios, a medicina tem se valido de instrumentos, métodos e técnicas com o propósito de minimizar ou até eliminar os males que afligem e comprometem a saúde das pessoas. A evolução dos conhecimentos médicos com o uso da tecnologia levou a extremos avanços em determinados aspectos na área da saúde, como procedimentos de emergência, controle de epidemias e saneamento do meio.

Winner (1987) observa que o surgimento e a adoção de uma nova técnica na medicina implicam transformações não apenas na atenção médica, mas também na maneira de pensar das pessoas sobre a enfermidade. Para Postman (1994), a tecnologia tem mudado a prática da medicina, redefinindo o que são os médicos, redirecionando o caminho em que eles devem concentrar sua atenção e reconceitualizando a maneira como vêem os pacientes e a doença. A tecnologia tem o lado positivo de permitir diagnósticos mais rápidos e precoces, e tratamentos mais rápidos e seguros. Por outro lado, ocorre redução do contato do médico com seu paciente, dando ao médico uma visão mais fragmentada. Muitas vezes, o profissional não ouve e não confia na queixa do paciente, “[...] a medicina é sobre a doença, não sobre o paciente. E o que o paciente sabe não é digno de confiança: o que a máquina sabe é confiável” (Postman, 1994:106). A visão do médico recai sobre a doença, não sobre o doente como um todo, como um ser biológico, social e cultural.

Tenner (1997) adverte que o uso abusivo da tecnologia na área médica pode levar os profissionais a escamotear certas habilidades elementares, características do exame clínico, como a inspeção, a palpação e a auscultação. Helman (1994) cita que a ênfase anteriormente

---

<sup>1[1]</sup> Professora do Departamento de Medicina Veterinária Preventiva e Tecnologia, UDESC. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação, UFSC – bolsista da CAPES.

dada à anamnese e ao exame clínico do paciente foi substituída pela solicitação de exames complementares. Aliado a esse fator, acrescenta-se que essa perda do contato mais direto com o paciente poderia intervir na capacidade de estabelecimento de uma comunicação mais efetiva entre médico e paciente. Tenner (1997) afirma que a própria característica das enfermidades está se modificando pelos avanços da tecnologia e pelas mudanças de atitude. O autor utiliza a AIDS como exemplo dessas alterações e cita que, a partir do final da década de 1980, a doença estava se comportando cada vez menos como uma peste e cada vez mais como um câncer. As campanhas de esclarecimento da população tiveram certa influência sobre essas mudanças de atitude.

*“A transformação tecnológica da medicina se deveu tanto à introdução de novos aparelhos como aos efeitos culturais dessas inovações. Os novos instrumentos revolucionaram a forma como os médicos viam, ouviam e pensavam e isso, por sua vez, mudou a atitude dos pacientes em relação aos métodos e a seu próprio corpo. Para compreender os ruídos captados por um estetoscópio ou interpretar uma radiografia, é preciso saber identificar ou criar padrões a partir de informações que um leigo consideraria extremamente ambíguas. Os pacientes atribuíam – e ainda atribuem – um grande valor a esta capacidade de especificar e localizar. [...] Mesmo antes de 1830, os pacientes começaram a desconfiar dos médicos que não usavam estetoscópio.”* (Tenner, 1997:44-45).

Para Medawar (1993), uma das limitações da educação médica é que os estudantes depreciam a importância da medicina social por esta se relacionar com as enfermidades e a mortalidade de populações inteiras e por causa de sua relação com o tempo e o espaço. Os alunos se interessam em estudar os que estão enfermos – os indivíduos e não as populações –, visto que, segundo o autor, as estatísticas de mortalidade não avaliam nem a gravidade nem o peso social ou pessoal de uma enfermidade. Por isso, a educação e a investigação médicas seguem direcionadas à medicina individual e não à social. Não obstante, sabe-se que, apesar de os esforços da Saúde Pública estarem concentrados nas coletividades, a dimensão individual é tão importante quanto a dimensão social, pois o indivíduo faz parte do todo, e qualquer comprometimento da saúde de um único indivíduo poderá se refletir na população inteira. Isso pode ser exemplificado pelas enfermidades infectocontagiosas, em que um indivíduo pode ser o caso índice responsável pela contaminação de inúmeros outros.

Este trabalho trata da tríade composta por profissional de saúde em um plano, paciente como membro de uma comunidade em outro e o conhecimento em saúde de ambos. Inicia-se tratando, no âmbito da saúde para a população, da questão da alfabetização científica e tecnológica em termos bem gerais. A seguir, comenta-se a respeito do problema da comunicação entre profissional de saúde e paciente. Finalmente, discute-se a aderência a práticas de saúde pelos indivíduos levando em consideração a efetivação da comunicação profissional–paciente. Essa adesão está na dependência de uma ruptura que deve ser efetuada entre o conhecimento em saúde prévio e o científico pelo indivíduo. O ponto de partida para o estabelecimento de uma comunicação mais estreita entre profissional e paciente, que propiciará a mudança dos conceitos relativos à saúde pela população, está centrado na educação e na formação desses profissionais.

## Alfabetização Científica e Tecnológica em Saúde

O desenvolvimento científico e tecnológico tem sido considerado um marco para a sociedade moderna. O aumento do conhecimento em ritmo acelerado, com um curto intervalo desde as novas descobertas até a sua aplicação em grande escala, tem afetado a vida das pessoas. Entretanto, não há muita informação a respeito de como esses avanços estão sendo assimilados.

Wood-Robinson et al. (1998), estudando o ensino da genética na formação de jovens no Reino Unido, indicam que os conhecimentos sobre o nível de compreensão dos jovens quanto à genética moderna são bastante escassos, assim como suas opiniões e atitudes diante dos avanços obtidos nesse campo. O conhecimento e a compreensão dos jovens e suas opiniões e atitudes podem ter origem, em parte, no ensino formal, mas também em uma série de distintos meios de comunicação. Os autores complementam que há evidências de que a compreensão desses assuntos pelo público em geral é muito baixa.

Um problema enfrentado pela sociedade moderna é a avalanche de informações qualificadas como científicas nos diversos meios de comunicação de massa, principalmente pela propaganda de produtos, que promete maravilhas utilizando a autoridade da ciência. Postman (1994:65-66) alerta, com exemplos interessantes, para o problema de as pessoas acreditarem cegamente em informações que são veiculadas pela mídia e que são “rotuladas” como científicas. Estudos sobre a sociologia da cultura foram desenvolvidos na década de 1960 por Moles (1974), que propõe a tese da existência de mecanismos socioculturais na circulação de elementos ligados ao conhecimento. O autor faz uma análise da imagem formada pelo quadro cultural que denomina de sociodinâmica da cultura e estuda os circuitos de difusão dos diversos tipos de mensagens.

Apesar das evidências de que a cultura popular seja proveniente também dos conhecimentos difundidos pelos diversos meios de comunicação de massa, normalmente, quando se comenta a respeito de alfabetização científica e tecnológica, o enfoque dado é para a educação formal (Auler et al., 1997; Fourez, 1994; Rutherford & Ahlgren, 1995; Trivelato, 1995; Wood-Robinson et al., 1998). Procura-se aqui transpor, guardando as devidas proporções, as idéias essenciais presentes na literatura a respeito da alfabetização científica e tecnológica no âmbito do ensino formal para a educação não formal, já que se propõe (Auler et al., 1997) que os conhecimentos básicos em ciência e tecnologia sejam incorporados à cultura da população. Assim, as idéias dos autores citados que estão voltadas para a alfabetização científica e tecnológica na educação escolar são utilizadas, neste trabalho, para a educação não formal.

Na verdade, ainda não há consenso na literatura sobre a distinção entre a alfabetização científica e a tecnológica, bem como sobre sua conceituação. Quando os autores se referem ao conceito, normalmente estão tratando dos objetivos e propósitos da alfabetização científica (e da tecnológica). Fourez (1994) diferencia ambas pelos objetivos e lugar de aplicação: enquanto as ciências enfocam principalmente o conhecimento, as tecnologias voltam a sua atenção para a ação.

Trivelato (1995) atribui ao ensino de ciências a contribuição para o desenvolvimento de atitudes e valores para a resolução de problemas e para a participação ativa na tomada de

decisão como cidadãos. Hazen & Trefil (1995) enfatizam que a alfabetização científica é tão importante quanto saber ler e escrever, tornando-se um conhecimento necessário para entender os debates públicos sobre as questões de ciência e tecnologia. Martínez Salvá & Latorre (1998) também focalizam a participação na tomada de decisões.

Essa dimensão poderia ser ampliada, complementando-se que a alfabetização científica e tecnológica seria necessária não apenas para participar de debates e tomada de decisões em nível coletivo, mas também para facilitar a compreensão de fatos da vida cotidiana e a tomada de decisões acertadas individualmente. Rutherford & Ahlgren (1995) apóiam a visão de que a educação científica deve auxiliar os indivíduos a se tornarem capazes de pensar por si próprios e de enfrentar a vida. Wood-Robinson et al. (1998) enumeram alguns propósitos para a utilização do conhecimento científico. Dentre eles está o emprego dos conhecimentos científicos com fins utilitários, exemplificado pela aplicação correta da teoria microbiana na prevenção da contaminação de alimentos por ocasião de sua preparação.

Um alfabetizado científica e tecnologicamente deve ser capaz de saber utilizar os conhecimentos adequados para tomar uma decisão. Por exemplo, em relação à prevenção da AIDS, ele precisa decidir que medidas de proteção adotará, além de sua participação no debate em sociedade sobre as medidas a serem tomadas coletivamente em relação à profilaxia da enfermidade (Fourez, 1994). Fourez (1994) sustenta que uma pessoa alfabetizada científica e tecnologicamente deve ser capaz de desenvolver algumas habilidades. A primeira delas seria a utilização de conceitos científicos para a adoção de decisões responsáveis para a sua vida. O autor enumera três fins para a alfabetização científica e tecnológica:

*“Eu consideraria, pois, a alguém como **alfabetizado científica e tecnologicamente** quando seus saberes lhe forneceram uma certa **autonomia** (possibilidade de **negociar** suas decisões frente às pressões naturais ou sociais), uma certa **capacidade de comunicar** (encontrar as maneiras de ‘dizer’), e um **certo domínio e responsabilidade**, frente a situações concretas (como o contágio, o congelamento, o computador, um fax, um motor diesel, etc.).”* (Fourez, 1994:62).

*É importante para o cidadão comum ter certas noções básicas sobre saúde. Isso não significa, em muitas situações, que haja necessidade de um aprofundamento maior. Fourez (1994) denomina essa atitude de “o bom uso das caixas pretas”, ou seja, deve-se ter noção de quando é interessante ou não adentrar muito em certos conhecimentos. Dessa forma, importa o que é útil saber sobre o mecanismo de ação da aspirina para utilizá-la corretamente ou que noções são importantes sobre a AIDS para evitar o contágio. O autor pergunta se os conteúdos ensinados nas escolas auxiliariam os jovens a se desenvolverem no mundo, referindo-se, sobretudo, ao ensino secundário.*

Avila-Pires (2000) ressalta que nem sempre a educação escolar prepara o indivíduo para exercer o pensamento crítico. Uma opção seria poder direcionar essas questões para a saúde fazendo algumas indagações: para que serve a alfabetização científica e tecnológica em saúde? Quem teria essas prerrogativas? Como as pessoas que não tiveram acesso à educação formal, ou o fizeram há muito tempo, poderão estar alfabetizadas científico-tecnologicamente

em saúde? Essas pessoas não poderão ter autonomia, capacidade de se comunicar com os demais e responsabilidades em relação à sua própria saúde e qualidade de vida? Como poderão participar dos debates e das decisões? No caso dos alimentos transgênicos, por exemplo, como essas pessoas poderão opinar e discutir sobre o tema se a linguagem utilizada pelos meios de comunicação está tão distante da linguagem do dia-a-dia da população em geral?

*A alfabetização científica e tecnológica poderia ser mais enfatizada no âmbito da educação não formal, com programas de educação em saúde. Para tanto, é necessário que haja perfeita sintonia entre os profissionais de saúde e a população. É essencial para os diversos programas de educação em saúde que os profissionais estejam atentos e procurem atingir apropriadamente os grupos-alvo, fazendo uso de uma linguagem adequada. Esse assunto será tratado mais adiante.*

## **A Linguagem da Saúde**

Helman (1994), em seu livro “Cultura, saúde e doença”, examina questões interessantes que dizem respeito ao processo cultural com o objetivo de compreender as limitações da biomedicina, do próprio sistema de saúde com seus altos custos, da superespecialização e da dependência da alta tecnologia, com ênfase em curas em curto prazo ao invés de estratégias preventivas de longo prazo. O autor caracteriza os diversos grupos formados pelos vários tipos de profissionais:

*“Podemos observar ainda outra subdivisão da cultura dentro de uma sociedade complexa nas várias subculturas profissionais existentes – tais como os grupos de médicos, enfermeiros, militares e profissionais da lei. Em cada caso, formam um grupo à parte, com seus próprios conceitos, regras e organização social. Embora cada subcultura seja desenvolvida a partir de uma cultura maior, e compartilhe muitos de seus conceitos e valores, esta também possui feições características únicas. Os estudantes das profissões citadas também sofrem uma espécie de endoculturação ao adquirir gradualmente a cultura da carreira escolhida. Nesse processo, adquirem uma perspectiva na vida diferente daquela de quem está fora desse contexto profissional. No caso da profissão médica, sua subcultura reflete muitas das divisões sociais e preconceitos da sociedade maior [...], o que pode interferir tanto na atenção à saúde como na comunicação médico-paciente.”* (Helman, 1994:23-24).

Os aspectos culturais exercem marcada influência na vida das pessoas, incluindo suas atitudes em relação à saúde, à atenção à saúde e à doença. Não se pode compreender as reações das pessoas à doença, à morte e a outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou que assimilaram por conveniência (Helman, 1994). Essa seria a “lente” através da qual elas percebem e interpretam o mundo. É importante a compreensão do modo de vida e das visões de mundo adotadas pelos diferentes grupos.

Mesmo que médicos e pacientes tenham a mesma origem cultural, vêem os problemas de saúde sob prismas diferentes. O problema consiste em como garantir algum tipo de comunicação efetiva entre eles. Desse modo, englobam-se todos profissionais da área da saúde envolvidos no sistema de saúde, por um lado, e a população, com seus diversos estratos caracterizados por atributos culturais distintos, por outro.

Essa forma própria que as pessoas têm de encarar o mundo influencia a maneira pela qual buscam conforto físico, lançando mão de diversas alternativas, que vão desde a *prática informal* (automedicação, aconselhamento com outras pessoas), passando pela *alternativa popular* (curandeiros), até chegar ao *setor profissional*. A cura por intermédio das alternativas populares oferece diversas vantagens a seus usuários, se comparadas à medicina ocidental moderna, tais como proximidade, afeto, informalidade, visões de mundo semelhantes, linguagem coloquial e envolvimento da família no tratamento (Helman, 1994). Para Avila-Pires (2000), o que ocorre é a crescente popularidade das práticas chamadas alternativas, que seriam, na realidade, complementares ou suplementares aos sistemas oficiais para a prevenção ou para o tratamento de doenças.

Poder-se-ia acrescentar uma categoria à parte dentro daquelas propostas por Helman, que seria formada pelos *grupos de auto-ajuda*, os quais se valem da experiência de seus integrantes e não da formação acadêmica. Um exemplo seria o GAPA (Grupo de Apoio à AIDS), que está espalhado por todo o país. Uma característica desses grupos é que existe, por parte de seus integrantes, um interesse muito grande em entender e procurar reduzir os sofrimentos causados pelas enfermidades ao paciente e a seus familiares. Além da troca de experiências e de informações, esses grupos buscam investimentos para pesquisas na área de interesse.

O *setor profissional* é formado pelo sistema médico tradicional ocidental, que utiliza os conhecimentos científicos e tecnológicos na área. Dentro desse sistema, os praticantes da profissão formam um subgrupo cultural à parte, com seu sistema de valores, comportamentos, conceitos e teorias sobre as enfermidades, imbuídos de grande poder e autoridade (Helman, 1994). A visão própria desse subgrupo está refletida na formação profissional, como assinala Canguilhem:

*“A convicção de poder restaurar cientificamente o normal é tal, que acaba por anular o patológico. A doença deixa de ser objeto de angústia para o homem sã, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde. É no patológico, com letra maiúscula, que se decifra o ensinamento da saúde [...]”* (Canguilhem, 1990:22-23).

*Ninguém tem condições de conhecer tudo. É, muitas vezes, prudente, ou até mesmo necessário, que alguém recorra ao uso de especialistas (Fourez, 1994) quando precisa de esclarecimentos. Poder-se-ia citar o exemplo de uma pessoa que não tem o domínio da distinção entre os medicamentos de referência, os genéricos e os similares, e procura o auxílio de seu médico ou do farmacêutico para poder discernir e tomar uma decisão. Porém, a simples consulta ao especialista não garante que o paciente vai conseguir dirimir sua dúvida, a não ser que os canais de comunicação paciente–especialista tenham propiciado a compreensão dos conceitos. Helman (1994) sublinha que o profissional de saúde deve saber se comunicar com as pessoas comuns, tomando*

*a precaução de se fazer entender, para que não haja confusões. O uso de termos médicos, utilizados quando da interação médico–paciente, pode provocar sérios problemas de interpretação e de comunicação. Para que haja aperfeiçoamento desta interação, é necessário que o profissional tenha perfeita compreensão da interpretação do fenômeno pelo doente e por seus familiares, levando em consideração as características culturais e sociais. É importante a familiarização do profissional com a linguagem do paciente e a interpretação de termos utilizados por este.*

Helman (1994) explica, por exemplo, que um mesmo termo pode ter significados completamente diferentes para o médico e para o doente. O desconhecimento da maneira como os enfermos conceituam e rotulam os problemas de saúde pode resultar em interpretações errôneas dos sintomas durante a consulta. Em um estudo no qual os médicos perguntavam ao paciente se este apresentava “dor de estômago”, verificou-se que 58,8% deles acreditavam que o órgão ocupava a totalidade da cavidade abdominal, ou seja, consideravam que “dor de barriga” era o mesmo que “dor de estômago”.

A partir dessa constatação de Helman, pode-se estabelecer que existe uma “anatomia do médico” e uma “anatomia do paciente”, e ambas nem sempre são equivalentes. Cabe ao médico decifrar a linguagem do paciente. Muitas vezes, as pessoas empregam autotratamentos que pensam estar corretos, mas que possuem princípios totalmente equivocados, como é o caso de pensar que uma dor pode ser resolvida com o uso de um antibiótico, ou que um antiinflamatório poderia resolver um problema de infecção. O profissional deve desenvolver a capacidade de “traduzir” os termos científicos para a linguagem popular, sempre procurando confirmar se houve acertada compreensão das expressões utilizadas. Ao entendimento da transposição de uma linguagem mais elaborada para uma menos elaborada, Fourez (1994) denomina de “o bom uso das traduções”.

O problema das diferentes formas de percepção dos problemas de saúde é ilustrado por Helman (1994). Sob a perspectiva do médico, essa percepção da *enfermidade* é denominada de *disease*, enquanto o significado leigo para a *doença* é chamado de *illness*. Pode haver *disease* sem *illness* nos casos de hipertensão, níveis elevados de colesterol no sangue, câncer de próstata, câncer de colo uterino, que são descobertos por meio de exames de rotina. Por esses problemas não desencadearem o aparecimento de sintomas em fases iniciais da enfermidade, o paciente pode se tornar resistente ao tratamento (não-adesão) ou interrompê-lo. Da mesma forma, pode haver *illness* sem *disease*. Nesses casos, o médico, por não encontrar sinais objetivos da enfermidade, não dá crédito à queixa do paciente, que pode, depois de algum tempo, ter seu quadro agravado. Considera-se que isso ocorre, principalmente, por obstrução da comunicação médico–paciente. Muitas vezes, o profissional, por não ter sofrido o que o paciente apresenta, não atribui o mesmo juízo de valor que este aos sintomas e conseqüências do agravo. Não há empatia entre ambos. Não é o enfermo que diz o que sente, mas o médico com todo seu aparato tecnológico que sentencia seu diagnóstico.

O termo “doença” (*illness*), utilizado para o paciente, denota o que este sente quando procura auxílio médico. Trata-se de uma interpretação subjetiva dele e de todos os que o cercam, incluindo a importância atribuída ao agravo, bem como suas conseqüências. A pessoa entra no consultório com uma doença (*illness*) e sai com uma enfermidade (*disease*)

(Helman, 1994). Contudo, é o médico apenas quem possui o poder e a autoridade de dizer o que o paciente apresenta.

Durante o processo de formação profissional, os alunos passam por um processo de “endoculturação”, que faz com que adquiram uma perspectiva particular ante os problemas de saúde. Essa visão, que perdura ao longo da carreira, enfatiza a quantificação das informações sobre o doente, em detrimento das características sociais e emocionais, que são menos mensuráveis. A saúde passa a ser determinada na forma de parâmetros numéricos definidos. A enfermidade (*disease*) passa a ser considerada como um desvio dos valores normais. Porém, Canguilhem (1990) defende que tanto o normal quanto o patológico são entidades não comparáveis quantitativamente, em termos de *hipo* ou *hiper*, mas são contrastes qualitativos. Ele sustenta a tese de que a diferença entre o normal e o patológico não é de ordem quantitativa, mas antes, qualitativa, não justificando a dualidade, o enfrentamento de valores. O patológico não é uma questão de contraste, de desajuste, de desregulação, de presença ou de ausência de algo, de falta ou de exageração de uma função. Com relação ao sentido que a palavra “normal” adquire pelo uso da técnica em medicina, o autor afirma que:

*“É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística. Para o médico, a vida não é um objeto, é uma atividade polarizada, cujo esforço espontâneo de defesa e de luta contra tudo que é valor negativo é prolongado pela medicina, que lhe traz o esclarecimento da ciência humana, relativo, mas indispensável.”* (Canguilhem, 1990:100).

No contexto do processo saúde–doença, o conceito de normalidade pode ser também compreendido em termos de adaptabilidade do indivíduo às condições adversas do meio em que vive. Para o autor, a forma e a função do corpo humano não são apenas a expressão de condições impostas à vida pelo meio, mas também a expressão dos modos socialmente adotados de viver. A percepção individual da doença é assim compreendida:

*“Em que sentido devemos compreender a doença do homem normal? Não no sentido que somente o homem normal pode ficar doente, como apenas o ignorante pode se tornar sábio. Não no sentido de que podem acontecer ligeiros acidentes que perturbem – sem no entanto alterá-lo – um estado de regularidade e de equilíbrio: o resfriado, a cefaléia, um prurido, uma cólica, qualquer acidente sem valor de sintoma, alerta sem alarme. [...] É preciso admitir que o homem normal só sabe que é normal num mundo em que nem todo homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente, assim como o bom piloto sabe que é capaz de encalhar seu barco, ou como um homem educado sabe que é capaz de cometer uma gafe. O homem normal se sente capaz de adoecer, mas experimenta a certeza de afastar essa eventualidade. Tratando-se da doença, o homem normal é aquele que experimenta a certeza de poder frear, nele mesmo, um processo que, em outros, iria até o fim da linha. Portanto, para que o homem normal possa se considerar como tal, e crer na sua normalidade, precisa, não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada [...] Diremos que o homem não só se torna doente enquanto são. Nenhum homem não fica doente, pois ele só é doente quando sua saúde*

*o abandona e, nesse momento, ele não é mais sã. O homem dito sã não é, portanto, sã. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde.”* (Canguilhem, 1990:260-261).

A doença, sob o olhar do próprio paciente, constitui-se de uma experiência pessoal e apresenta uma série de sinais (concretos) e sintomas (subjetivos) que, em conjunto, permitem ao médico chegar a um diagnóstico. A percepção do médico a essas alterações é diferente, porque, no nível social, a doença constitui-se em uma abstração e em uma construção. Essa construção segue um sistema padronizado de ordenação e de classificação, com a descrição das várias características resultantes das observações e dos relatos de casos realizados em vários indivíduos sob diversas condições (Avila-Pires, 2000). Quando descreve a experiência médica moderna, que teve seu nascimento em fins o século XVIII, Foucault (1994) declara que a clínica é uma tentativa de ordenação e de decisão. O olhar médico trata de conhecer as estruturas, assinalar, confrontar e combinar; de reconhecer traços idênticos e de agrupar, classificar, ordenar as enfermidades. O médico tem poder de decisão e de intervenção. “Finalmente, é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos; é calculador.” (Foucault, 1994:101).

Avila-Pires (2000) declara que ambos, médico e paciente, focalizam suas atenções em direções contrárias. O enfermo está preocupado com seus sintomas, e o profissional, preocupado em diagnosticar e em classificar a doença baseado nos sinais encontrados. Porém, também preocupado em aliviar os sintomas do paciente pela aplicação de práticas terapêuticas. Esses dois olhares divergentes do processo apresentados pelo autor refletem, mais uma vez, a falha existente na comunicação entre as partes.

Assim como há perspectivas diversas sobre a saúde, também há várias formas de interpretação para as enfermidades que formam os **modelos explicativos** (ME) (Helman, 1994). Esses modelos são diferentes para médicos e para pacientes, e as consultas médicas seriam transações entre os ME leigo e médico de uma doença específica. A adesão ao tratamento recomendado está na dependência de este último estar revestido de algum sentido para o paciente. É importante que haja consenso entre as duas partes no que se refere ao modelo explicativo da doença para haver êxito na consulta. Poder-se-ia afirmar que essa busca de consenso envolveria um ajuste entre ambos, uma transação, uma negociação. O sentido atribuído para o termo negociação seria aquele empregado por Fourez (1994), que não se refere unicamente à defesa de interesses por parte das pessoas, mas com o sentido de negociar em que contexto o conhecimento deve ser utilizado e em qual sentido. Em lugar da aceitação passiva das normas, ocorre uma negociação com elas.

A medicina, segundo Herzlich & Pierret (1984), depositária de um saber e de conhecimentos técnicos, constitui-se em uma instituição instrumental de diagnóstico e tratamento que estabelece normas, prescreve uma higiene da vida e dita a adoção de comportamentos e hábitos saudáveis e racionais para a conservação da saúde. O doente se submete às suas regras, obedece a suas prescrições e segue suas instruções.

O poder de decisão do paciente deve ser direcionado não apenas para o tratamento de enfermidades, mas também para o uso de tecnologia como medida preventiva para a população, de acordo com suas necessidades (Pacey, 1990). Considera-se ser importante a

cooperação entre a comunidade e os profissionais de saúde nas deliberações na área da saúde, assunto amplamente discutido por Valla & Stotz (1993). Individualmente, o papel do profissional deveria ser o de orientar como um especialista no assunto, cabendo ao paciente o poder de decisão com base em seus pressupostos. O enfermo deve estar impelido a, além de procurar auxílio médico quando se sentir doente, aderir ao tratamento recomendado pelo médico. Contudo, mais importante ainda, é a adoção de comportamentos preventivos pelas pessoas, pela observação e pelo uso de medidas práticas (por exemplo, na conduta em relações sexuais de risco, hábitos alimentares, consumo de drogas, álcool e tabagismo), e busca de diagnóstico precoce e tratamento para enfermidades (exames preventivos como de câncer de mama e de colo uterino para as mulheres, e de próstata para os homens).

O paciente poderá hesitar, se não apresenta sintomas, sobre a necessidade de realizar exames preventivos ou de tomar medicamentos; ou, ainda, questionar a adoção de certos comportamentos como o uso de preservativos se não compreende a forma de transmissão da AIDS. Muitas pessoas acreditam que não irão contrair a enfermidade, mesmo se não usarem preservativo em relações sexuais de risco. Nesse caso, pode ser notada nitidamente a presença de barreiras para a adoção de medidas de saúde. O sistema de saúde, por meio de seus profissionais, deveria se adequar à cultura popular na qual está inserido e procurar compreender as concepções acerca da saúde pela população. Não é necessário entrar em muitos detalhes sobre campanhas de educação em saúde que são veiculadas pelos diversos meios de comunicação e que são ineficientes. Um exemplo claro seria aquele dos filmes que divulgam o uso de preservativos. Normalmente, usam-se metáforas; dificilmente é utilizada uma linguagem direta e não é explicada qual é a maneira correta e o momento adequado para que o preservativo seja colocado. Os programas de educação em saúde devem ser promovidos com o objetivo de buscar integração de linguagens entre profissional de saúde e paciente, fazendo com que este último assuma responsabilidades sobre sua saúde.

Não cabe aqui discutir aspectos relacionados à maneira pela qual as pessoas efetuam mudanças no campo da saúde, mas constatar a diferenciação entre o conhecimento científico e o popular nessa dimensão. Avila-Pires (2001) ressalta a importância da diferenciação entre conhecimento, cultura e ciência. Por cultura, entende-se a reunião do conjunto de aquisições materiais e intelectuais de um povo, enquanto o conhecimento é a experiência acumulada. Já o conhecimento científico é limitado à investigação e à explicação dos fenômenos naturais, que se repetem. Um acontecimento único pode ser descrito e registrado, mas não pode ser explicado cientificamente. Bachelard esclarece a questão quando explica que:

*“A experiência científica é portanto uma experiência que contradiz a experiência comum. Aliás, a experiência imediata e usual sempre guarda uma espécie de caráter tautológico, desenvolve-se no reino das palavras e das definições; falta-lhe precisamente esta perspectiva de erros retificados que caracteriza, a nosso ver, o pensamento científico. A experiência comum não é de fato construída; no máximo, é feita de observações justapostas [...] Como a experiência comum não é construída, não poderá ser, achamos nós, efetivamente verificada. Ela permanece um fato. Não pode criar uma lei. Para comprovar cientificamente a verdade, é preciso confrontá-la*

*com vários e diferentes pontos de vista. Pensar uma experiência é, assim, mostrar a coerência de um pluralismo inicial.” (Bachelard, 1996:14).*

Alguns conhecimentos e práticas cotidianas são pertinentes, como o uso de muitos procedimentos para o combate a diversos males. Porém, o uso desses conhecimentos deve ser estimulado pelo profissional de saúde desde que tenham uma base segura. Não é concebível, por exemplo, o incentivo à automedicação com o uso de substâncias sem ação comprovada, que podem causar sérios danos à saúde.

Vasconcelos (1991) entende a medicina como sendo construída no diálogo. Por esse motivo, a atitude do profissional de saúde em relação à medicina popular deve ser de promover a troca de idéias: “Saber ouvir, procurar aprender, respeitar aspectos que não consegue entender mas também de dizer aquilo que sabe, de criticar atitudes que vê estarem erradas. Afinal sua ciência é fruto de muitos séculos de esforço de milhares de cientistas sérios e já teve oportunidade de provar a sua eficiência” (Vasconcelos, 1991:44).

### **A Busca de Soluções – Como Promover a Ruptura**

Há dois tipos de conhecimentos que estão inter-relacionados. De um lado, encontra-se a ciência e, de outro, há o terreno da ideologia científica<sup>2[2]</sup>. Por meio da expressão “ideologia científica” poder-se-ia igualmente se referir a concepções prévias que as pessoas possuem a respeito de várias questões de saúde. Nessa inter-relação, há um obstáculo a ser transposto pelos pacientes. É justamente sobre a ruptura desse obstáculo, na acepção de Bachelard (1996), que se entende que o profissional de saúde deve trabalhar. A partir das concepções prévias do paciente e de seus problemas em saúde e dificuldades, poder-se-á chegar à compreensão dos conceitos científicos. Porém, não se pode passar do erro à verdade de forma linear e contínua, mas somente de maneira abrupta, por rupturas. Ao examinar o processo de formação e a evolução do espírito científico, Bachelard (1996) percebe um movimento que parte do concreto em direção à abstração completa. Esse processo de abstração – procedimento normal e fecundo do espírito científico – desobstrui o espírito, tornando-o mais leve e mais dinâmico.

*“Quando se procuram as condições psicológicas do progresso da ciência, logo se chega à convicção de que é em termos de obstáculos que o problema do conhecimento científico deve ser colocado. [...] é no âmago do próprio ato de conhecer que aparecem, por uma espécie de imperativo funcional, lentidões e conflitos. É aí que mostraremos causas de estagnação e até de regressão, detectaremos causas de inércia às quais daremos o nome de obstáculos epistemológicos. [...] No fundo, o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento*

---

<sup>2[2]</sup> A ideologia científica referida aqui seria um estado pré-científico de conhecimento. Utilizou-se no texto esse termo para caracterizar uma forma de saber que aspira ao conhecimento científico – é percebido um corte entre uma etapa pré-científica e a da ciência estabelecida. Para Canguilhem (1977), a ideologia científica tem uma história e uma ambição de ser ciência, ultrapassando o campo da crença e da superstição. A ideologia prenuncia a ciência e não é, de modo algum, a ignorância, o desprezo ou a recusa da função da ciência.

*anterior, destruindo conhecimentos mal estabelecidos, superando o que, no próprio espírito, é obstáculo à espiritualização.” (Bachelard, 1996:17).*

Segundo o autor, em educação os conhecimentos já constituídos devem ser levados em conta. Além do mais, não se trata de adquirir uma cultura, mas de modificá-la, ou seja, de derrubar os obstáculos já sedimentados pela vida cotidiana. As explicações se tornam difíceis se o conhecimento preexistente não for criticado, se não foi efetuada a “psicanálise dos erros iniciais”. Toda cultura científica deve ser iniciada por uma verdadeira catarse intelectual, que significa a substituição do saber fechado, estático e frágil por um conhecimento aberto e dinâmico. Bachelard generalizou essas observações do ensino de ciências para qualquer esforço educativo e vê no senso comum, contra o qual demonstrou nítida oposição, um obstáculo que deve ser rompido.

A questão sobre a compreensão da fala das classes populares é conduzida por Valla (2000), que ressalta que a grande guinada nos trabalhos desenvolvidos nessa direção é a discussão sobre a necessidade de compreensão de como as pessoas pensam e percebem o mundo, aliado às dificuldades dos profissionais em interpretar esses segmentos. O autor afirma que os saberes da população são elaborados sobre a experiência concreta, a partir das suas experiências e vivências, que são distintas da visão do profissional (Valla, 2000).

É importante a busca de maior proximidade entre o profissional de saúde e o paciente, a fim de que o primeiro compreenda a visão do último e de que seja estabelecido um canal de comunicação entre ambos. Entretanto, não basta apenas ao profissional conhecer as concepções prévias dos pacientes (conhecimentos anteriores), mas, sobretudo, compreender as atitudes tomadas por eles, o que promove a ruptura de seu próprio obstáculo. Transpondo-se o pensamento de Bachelard e fazendo-se uma analogia em relação ao obstáculo pedagógico para a educação em saúde, poder-se-ia dizer que o profissional não consegue entender por que o paciente não cumpre suas prescrições. Um exemplo clássico é o não-cumprimento da indicação do tratamento completo para infecções com o uso de antibióticos. O paciente não consegue compreender o motivo pelo qual deve continuar a tomar medicamento por tantos dias, se está se sentindo bem e não apresenta mais sintomas. Por outro lado, o médico não compreende a razão pela qual o paciente abandona o tratamento e não consegue convencê-lo a prosseguir com ele.

Além dos problemas inerentes à área da saúde, como o sucateamento do próprio sistema e as precárias condições socioeconômicas da população – que reduzem drasticamente a qualidade de saúde e de vida –, um outro conflito não é o do uso da tecnologia em si, que muitas vezes está disponível, mas da maneira como ela é levada à população. Um grande desafio para o campo da saúde pública é sua capacidade em estabelecer o diálogo entre as ciências da vida que enfocam a doença e as ciências humanas que trabalham sobre a saúde das populações. As relações entre os aspectos sociais, culturais, ambientais e econômicos são muito complexas e de difícil compreensão.

Os problemas relacionados à saúde envolvem, portanto, diversos aspectos, que abrangem o campo biológico, psicológico, social e cultural. Pacey (1990) declara, com propriedade, que muitos profissionais da tecnologia são muito conscientes de que os problemas que enfrentam têm implicações sociais, mas não sabem com certeza a forma como manejá-los.

Para eles, seria mais cômodo considerar unicamente os detalhes técnicos e deixar de lado outros aspectos. O autor comenta que a medicina apresenta uma visão estreita, o que denomina de “visão de túnel”, por examinar os aspectos particulares dos problemas de saúde. Essa visão de túnel orienta mais para a cura do que para a prevenção, para o exame unicamente dos aspectos particulares dos problemas de saúde. A verdadeira alta tecnologia, que seria representada pelas técnicas efetivas e de baixo custo, como a imunização, por exemplo, tende a passar despercebida nessa visão limitada. A educação em ciência e tecnologia deve ser utilizada não somente para a população, mas também para o profissional, que deve se tornar consciente das implicações socioeconômicas de seu trabalho. Para o autor:

*“[...] não se constroem pontes entre as duas culturas somente com acréscimo de materiais extras para a educação técnica convencional. É preciso que se revise toda a filosofia de tal educação, incluídos livros-texto e outros recursos, para apresentar uma visão integrada da prática tecnológica em lugar da visão de túnel enfocada exclusivamente em seus aspectos técnicos.” (Pacey, 1990:264-265).*

O aperfeiçoamento da relação profissional de saúde e paciente deve estar centrado principalmente sobre a educação desses profissionais. É durante o período de formação que eles aprendem a se tornar mediadores entre o conhecimento científico e o senso comum, para promover a saúde da população. Uma forma de abordar essa relação seria trabalhar com os estudantes de forma integrada e não fragmentada. Os estudantes poderiam incorporar em seus conhecimentos, ainda no período de graduação, a compreensão dos fatores sociais e culturais da população e sua inter-relação com a saúde. Para Moles (1995), os limites de um âmbito do conhecimento para outros campos só podem ser ultrapassados no interior do cérebro do indivíduo. O desenvolvimento dessa forma de pensar permite a busca de conhecimentos em outras áreas, além do campo de formação profissional, e abre um caminho sólido para o estudo de problemas.

A utilização de um modelo de ensino que estimule os alunos a pensar de maneira não fragmentária supõe uma profunda reflexão do papel da universidade e do tipo de profissional que se pretende formar. Os cursos poderiam conduzir esse trabalho sob a forma de projetos que teriam por objetivo propiciar ao estudante a abertura de horizontes. A análise dos problemas de forma global, considerando os pontos de vista de outros ramos do conhecimento para a abordagem de problemas de saúde, conduz a uma flexibilidade maior da maneira de pensar, integrando e articulando diferentes formas de resolução. Somente uma visão mais ampla e não fragmentada propiciará ao profissional identificar e compreender os problemas de saúde da população, agindo como um mediador entre o senso comum e o conhecimento científico, e trabalhando para promover a mudança de atitude por parte dos pacientes. Porém, a mudança de atitude deve atingir principalmente o profissional, que, além de possuir as habilidades próprias da carreira, deve atuar como um intermediário entre o conhecimento científico e o popular. É sua tarefa efetuar a psicanálise do conhecimento popular (na acepção de Bachelard, 1996), ou seja, favorecer a passagem da ideologia científica para o verdadeiro conhecimento científico, refinando o saber e transformando-o.

Está claro que a questão da adoção de hábitos e atitudes considerados desejáveis é muito mais complexa, e não há garantias de que ocorra uma mudança rápida e significativa para a resolução de todos os problemas de saúde. Os obstáculos das pessoas poderão estar relacionados a fatores não racionais que fogem à simples comunicação de valores e idéias. Mas, certamente, a integração entre as visões do profissional e do paciente sobre as questões de saúde pela abordagem do problema de forma completa e não fragmentária tornará mais estreito o relacionamento entre ambos, humanizando-os e contribuindo para minimizar o sofrimento e melhorar a qualidade de saúde e de vida dos pacientes.

**Agradecimentos:** Ao Prof. Dr. Arden Zylbersztajn e ao Prof. Dr. Fernando Dias de Avila-Pires, pela leitura do texto e comentários.

## REFERÊNCIAS

- AULER, D.; STRIEDER, D. M.; CUNHA, M. B. (1997) O enfoque ciência-tecnologia-sociedade como parâmetro e motivador de alterações curriculares. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM ENSINO DE CIÊNCIAS, 1., 1997, Águas de Lindóia. *Atas...* Porto Alegre: Instituto de Física da UFRGS.
- AVILA-PIRES, F. D. (2000) Saúde, doença e teoria de sistemas. In: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 1., 2000, Évora. *Actas...* Évora: Cidade Editora.
- AVILA-PIRES, F. D. (2001) *Ciência e a natureza do conhecimento*, Florianópolis, 11 p. (Trabalho não publicado).
- BACHELARD, G. (1996) *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- CANGUILHEM, G. (1977) *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70.
- CANGUILHEM, G. (1990) *O normal e o patológico*. 3. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUCAULT, M. (1994) *O nascimento da clínica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- FOUREZ, G. (1994) *Alfabetización científica y tecnológica*. Buenos Aires: Colihue.
- HAZEN, R. M.; TREFIL, J. (1995) *Saber ciência*. São Paulo: Cultura.
- HELMAN, C. G. (1994) *Cultura, saúde e doença*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- HERZLICH, C.; PIERRET, J. (1984) *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*. Paris: Payot.
- MARTÍNEZ SALVÁ, F. A.; LATORRE, A. (1998) La alfabetización científica de personas adultas: un enfoque comunicativo. *Enseñanza de las Ciencias*. v. 16, n. 2, p. 251-260.
- MEDAWAR, P. (1993) *La amenaza y la gloria: reflexiones sobre la ciencia y los científicos*. Barcelona: Gedisa.
- MOLES, A. A. (1974) *Sociodinâmica da cultura*. São Paulo: Perspectiva.
- MOLES, A. A. (1995) *As ciências do impreciso*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- PACEY, A. (1990) *La cultura de la tecnología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- POSTMAN, N. (1994) *Tecnopólio: a rendição da cultura à tecnologia*. São Paulo: Nobel.
- RUTHERFORD, F. J.; AHLGREN, A. (1995) *Ciência para todos*. Lisboa: Gradiva.
- TENNER, E. (1997) *A vingança da tecnologia: as irônicas conseqüências das inovações mecânicas, químicas, biológicas e médicas*. Rio de Janeiro: Campus.

- TRIVELATO, S. L. F. (1995) Ensino de ciências e o movimento CTS (ciência/tecnologia/sociedade). Escola de Verão para Professores de Prática de Ensino de Física, Química e Biologia (1994: Serra Negra). *Anais...* São Paulo: FEUSP.
- VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (1993) *Participação em saúde, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- VALLA, V. V. (2000) Procurando compreender a fala das classes populares. In: VALLA, V. V. (Org.) *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A.
- VASCONCELOS, E. M. (1991) *Educação popular nos serviços de saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec.
- WINNER, L. (1987) *La balena y el reactor: una búsqueda de los límites en la era de la alta tecnología*. Barcelona: Gedisa.
- WOOD-ROBINSON, C.; LEWIS, J.; LEACH, J.; DRIVER, R. (1998) Genética y formación científica: resultados de un proyecto de investigación y sus implicaciones sobre los programas escolares y la enseñanza. *Enseñanza de las Ciencias*. v. 16, n. 1, p. 43-61.

## THE RUPTURE BETWEEN POPULAR AND SCIENTIFIC KNOWLEDGE IN THE HEALTH AREA

**Abstract:** The utilization of knowledge scientific by the population concerning health is discussed, taking into consideration the channels of communication between health professionals and patients. These channels may facilitate or may constitute obstacles towards the adoption of habits and attitudes in regard to measures preventive and participation in both individual and collective decision-making. In order for there to be a rupture, of the obstacle both on the part of individuals, of the specialist, in understanding and dialoguing with his/her patient, it is suggested that health programs work with these issues in the formation and education of these professionals.

**Key words:** Public Health; Health Education; Science Technology and Society

### Correspondência:

Profa. Márcia Regina Pfuetzenreiter, Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Ciências Agroveterinárias. Av. Luiz de Camões nº 2090, Caixa Postal 281 – Lages, SC - CEP: 88520-000. Endereço eletrônico: [marcia@cav.udesc.br](mailto:marcia@cav.udesc.br)