Artigo Publicado no BIS – Boletim do Instituto de Saúde nº 41
São Paulo, Instituto de Saúde – SES/SP, abril de 2007.
ISSN 1518-1812

Imaginário Cultural, Comportamentos e Comunicação em Saúde

Regina Figueiredo[1]

Introdução

Este artigo procura tratar de situações comuns que exemplificam ocorrências que profissionais de saúde já possam ter enfrentado, com respeito às representações sociais do público e, portanto, de sua subjetividade, que repercutem na interpretação, recriação e comportamento que realizam com relação à saúde.

Foram escolhidos 'casos' recolhidos nos últimos 20 anos, anotados aleatoriamente em diversas pesquisas, observações, ou conversas com profissionais da área, que remetem à importância de se realizar uma "interpretação cultural" de seu público quando se busca estabelecer ações de promoção ou atenção à saúde.

Relato de Algumas Situações

Caso 1: ""X" foi ao ginecologista e colocou o DIU (dispositivo intra-uterino).

Pouco tempo depois, seu marido passou a ter dificuldades de ereção. Ele realizou diversos exames, que constataram o funcionamento regular de seu organismo.

O problema só foi resolvido quando "X" tirou o DIU, passando a utilizar outro método contraceptivo"[2].

Caso 2: "Um senhor negro, motorista de ônibus, acabou revelando num grupo educativo de prevenção de aids, que se sentiria ridículo caso utilizasse a camisinha, que deixa o seu pênis "branco""[3].

Caso 3: "Uma renomada indústria farmacêutica resolveu fazer uma campanha em serviços públicos para a coleta de hormônios via urina de gestantes. Afixaram cartazes dizendo "Doe urina!".

Após alguns meses de campanha, funcionários de unidades de saúde recebiam de pessoas felicíssimas, garrafas com urinas de cachorro, crianças, homens e mulheres adultas"[4].

O que todos esses casos têm em comum? O que revelam? Qual a lição que trazem para uma mudança de postura na forma de interpretação, ação e comunicação de profissionais de saúde frente a seu público?

Resumidamente, pode-se dizer que salientam que a cultura dos indivíduos "molda" o imaginário desses sujeitos, suas interpretações de mundo e seus comportamentos. Por isso, precisa ser compreendida minimamente por quem deseja realizar uma ação que os atinja, evitando desencontros, desacordos e situações, muitas vezes, ridículas, o que se aplica inclusive à área da Saúde. Aponta, também, a necessidade de que enxerguemos as características do "outro" com quem nos relacionamos e, muito mais, que vislumbremos a sua **lógica** de pensamento.

Análise dos Casos e Outros Exemplos

---

[1] Socióloga, Mestre em Antropologia da Saúde e Pesquisadora Científica do Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Contato: reginafigueiredo@isaude.sp.gov.br

[2] Caso apresentado em congresso pela ginecologista, terapeuta e educadora sexual Mari Celeste de Moraes Ferreira, de Salvador (FERREIRA, 2006).

[3] Caso relatado por Iara Guerriero, observado em intervenção educativa de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS com motoristas de ônibus da Zona Sul da cidade de São Paulo.

[4] Caso observado pela autora em serviços municipais de saúde no município de Santo André (São Paulo), em 2003.

A Antropologia vem apontado que as construções simbólicas de cada cultura formam as concepções e representações de mundo de seus indivíduos (BOURDIEU, 1989). Essas construções não são necessariamente objetivas, ou percebidas e verbalizadas pelas pessoas; podem estar refletidas na forma de organização de seu pensamento e nas formas de captação e classificação da realidade, expressas inconscientemente, como bem demonstrou Lévi-Strauss (1976a; 1976b), construindo categorias e lógicas diversas de interpretações e ações entre uma cultura e outra.

Além do pensamento e categorias de classificação da realidade, Marcel Mauss (1974) já havia observado que a cultura é responsável pela "construção" (ou "fabricação, como diria Viveiros de Castro (1979)) dos próprios corpos, da forma de ação destes, seu desenvolvimento, expressões e noções de bem e mal-estar e dor. Bourdieu (1989) adiciona a esta "engenharia" feita pela Cultura, a construção do que denomina *ethos,* ou seja, o jeito de ser das pessoas, com a sua conseqüente manifestação no mundo, posicionamento diante dos outros indivíduos, além das próprias expectativas de vida e estratégias utilizadas para alcançá-las.

Assim, a Cultura, deliberadamente, nos molda, ela está "em nós", "somos ela", enquanto indivíduos que transmitem modelos de ação, interação, organização e percepção. A mudança cultural pressupõe uma mudança nos indivíduos e vice-versa, por isso é tão lenta e difícil. Há a tendência à reprodução dos modelos internalizados entre as gerações, desde a infância.

Transferindo essa noção para a análise dos casos relatados:

- Caso 1: O que se passa com o marido de "X" para que ele perca a ereção, após ela ter posto o DIU?

Poderíamos entrar numa explicação psicológica sobre a expectativa do exercício da sexualidade como geradora de vida, etc. Porém, verificando que a maioria dos maridos de mulheres que usam DIU não reflete essa mesma reação, é possível interrogar: será que foi a falta de possibilidade de engravidar a parceira que provocou tal reação?

Dado que a situação de não-ereção relatada não ocorria com o uso de pílula anticoncepcional oral e foi resolvida com o retorno a esta opção contraceptiva, aprofundamos as interrogações: o parceiro desta paciente sabe como é um DIU? Tem conhecimento de onde este dispositivo é colocado? Tem a informação de que o seu pênis não encostará no DIU e que, portanto, este dispositivo não irá machucá-lo?, afetando o principal órgão de sua virilidade? Como será que pensa o órgão sexual feminino?, a vagina?

Nesse caso, podemos lembrar que os modelos biológicos de aparelho sexual divulgados socialmente pela escola ou em folhetos têm muito pouca ligação com o órgão sexual de uma relação erótica e viva. Desta forma, esses modelos esquemáticos, construídos didaticamente, não costumam ser "transferidos" na vivência relacional e corpórea da relação sexual. Aquele desenho, aquela imagem de recorte frontal, não é um corpo, não é o lugar penetrado ou manipulado no sexo, portanto, não é a vagina de uma mulher.

Pode ser que o marido de "X" esteja inconscientemente com outra concepção sobre esta parte do corpo, ao não ter ereção. Nenhum exame físico ou médico irá constatar ou resolver esse problema, que, aliás não é só dele, mas algo percebido em várias manifestações sobre a forma como as pessoas pensam e sentem a vagina.

Em diversas situações de grupos educativos, observa-se que o pensamento popularizado concebe o órgão sexual da mulher como "muito fundo", "perigoso"; noção provavelmente que reflete nossa cultura, que tenta dificultar a masturbação, o auto-exame e a intimidade da mulher com seu próprio corpo (GIDDENS, 1993). Muita gente ainda desconhece o órgão sexual da mulher, apesar das mudanças culturais que programas educativos vêm promovendo. Esse imaginário está expresso no discurso comum, basta lembrar a incompatibilidade "real" que advoga as vantagens dos grandes pênis e execra as "grandes vaginas". Onde tais pênis caberiam?

Esse caso explicita que **a cultura, constrói a impressão subjetiva da pessoa sobre a realidade, e mais, que reflete as categorias de classificação subjetivamente construídas associadas às coisas, imagens ou seres e sentimentos, desta realidade**.

Outros exemplos podem refletir esse mesmo processo:

- a constatação de que mulheres extremamente católicas do Norte e Nordeste, absolutamente contra o aborto, usem e recomendem ervas que "fazem descer a menstruação", re-classificando

procedimentos abortivos categorizados pela ciência, por uma outra categoria aceita em seu universo de representações (FIGUEIREDO, 1995);

- a curiosa reação de algumas pessoas submetidas a apresentação de um material sobre violência que utilizava o lay-out de placas de trânsito e, portanto, com imagens sombreadas em preto, que terminou sendo descrito como "racista" pelos pré-testantes, que associaram as imagens humanas sombreadas a pessoas negras, provocando a mudança de lay-out universal de placas para pessoas azuis[5];

- a mulher de uma comunidade "isolada" do Pará que perdeu o marido por acusação de adultério, após ter tido um filho "japonês" (apesar de orientais ou seus descendentes, nunca terem ido ao lugar). Soube que seu filho tinha síndrome de down, após cinco anos, por meio de dianóstico de profissional de Saúde da Família, já que a mãe nunca havia visto essa anomalia em sua região[6]. Este e outros casos demonstram perfeitamente que **a compreensão da realidade só pode ser feita a partir de categorias pré-existentes no universo de referência do indivíduo, que classifica a realidade a partir de sua experiência cultural anterior.**

- Caso 2: Será que é absurdo o receio deste motorista negro ter seu pênis "tingido" na hora do sexo ao colocar um preservativo que tem, por padrão, de ser meio bege-transparente? O que será que esta não-adesão pode querer dizer?

Fundamentalmente, que a percepção da realidade de si e do outro, a partir da interferência cultural, já explorada no Caso 1, se transforma em comportamento. Ou seja, as pessoas guiam suas práticas a partir de seus referenciais simbólicos e representações de mundo e isso reflete um aspecto positivo em todo ser humano: o de "defender" a sua cultura, confirmando aspectos que lhe foram transmitidos socialmente por seu povo e seus antepassados. É fundamental que esse aspecto de defesa de valores, seja visto, a princípio, como algo positivo, como a expressão de uma "sócio-estima" (FIGUEIREDO, 1999).

Quando promovemos Saúde, falamos muito do auto-cuidado e da auto-estima, motor fundamental para acionar mecanismos de interesse pela prevenção, continuidade de tratamento e expectativa de cura do indivíduo. Essa auto-estima não pode existir com a subtração de valores e desrespeito aos referenciais de origem e formação do indivíduo; seria como dizer que ele constrói totalmente autônomo seu eu, sem interferências.

Como já é consenso científico que o ser humano é um animal social, que integra e troca cultura com seus iguais como estratégia de vida, é importante vislumbrar que sua subjetividade não é egocêntrica após a infância, mas social, ou seja, integra os quereres e aspectos de relativos ao seu grupo de pertencimento. Como diz Mezan (1998), nosso eu se constrói frente aos outros, "eu não sou os outros". Portanto, se a auto-estima é a individualidade situada com um bem-querer, ela dependente de uma "sócio-estima" (FIGUEIREDO, 1999), do bem querer com relação ao próprio lugar, às origens e à visão positiva dos semelhantes.

Qualquer designação de "ignorância", "desestruturação", etc (muitas vezes atribuída por profissionais de saúde à cultura popular), não pode trazer benefícios, mas sim contribuir para colocá-lo em situação de "inferioridade". Essa posição "menor" seria sugerida na relação com um outro que se apresenta como "superior", marcando a relação por uma desigualdade entre ambos atores sociais, que em nada irá contribuir para a promoção do acesso à saúde. É necessário que as diferenças sejam vistas como distintas formas culturais e nunca como estágios diferentes que precisam ser hierarquizados (LÉVI-STRAUSS, 1976a).

Ao desejar que seu pênis continue preto, o motorista quer, assim, possivelmente adotar uma atitude de confirmação de sua identidade negra, em uma das áreas mais constitutivas de sua auto-estima: sua sexualidade. O promotor da saúde, o governo, a indústria, etc., precisariam estar atentos para esse detalhe, favorecendo a adoção do insumo e, portanto, a prevenção e não procurar modificar sua compreensão racial das pessoas, mas **complementá-la** com as conquistas tecnológicas e processuais que acumulamos no campo da Saúde pela ciência, desenvolvendo um preservativo "negro", por exemplo.

Vários outros casos podem ser citados ilustrando essa falta de compreensão da atitude do "outro" quando o profissional de Saúde lida com sua clientela:

---

[5] Experiência vivida pela autora na confecção do Caderno "Prevenção à Violência", da Semina Educativa Ltda, em 2005.

[6] Caso relatado informalmente por médicos do Programa de Saúde da Família de Belém, Pará, nos bastidores do 1º Congresso Cearense de Medicina da Família e comunidade, realizado no Ceará em 2006.

- São comuns relatos de uso de vinagre, suco de limão, lavagem com duchinha ou até pular depois de uma relação sexual, buscando a não-gravidez (FIGUEIREDO, 1995). Baseiam-se no raciocínio empírico, transmitido por parentes ou amigas, de que é o esperma que engravida, portanto, provocar sua expulsão, tirá-lo da vagina, ou mesmo, limpá-lo com substâncias ácidas ou desinfetantes (já foram relatados até uso de água sanitária e álcool), impediria na sua entrada para "dentro" do corpo da mulher e, conseqüentemente, a gestação;

- A mulher que, orientada a tomar pílulas anticoncepcionais, também introduzia na vagina e dava para o marido ingerir[7]. Nesse caso ela não apenas seguiu os conselhos do médico, mas complementou com a sua noção de que "quanto mais, melhor", apesar de não revelar isso para o profissional de saúde que iria recriminá-la, desqualificando seus valores e prejudicando seus referenciais;

- O caso da mulher que, indicada por uma vizinha, comeu moela de galinha com fins contraceptivos (FIGUEIREDO, 1998); posteriormente, afirmou com naturalidade ter engravidado pelo uso da moela errada (a de granja ao invés da caipira), refletindo a importância do universo cultural na sua conduta comportamental, manifestando formas de pensar geralmente inalcançáveis aos profissionais ou pesquisadores da Saúde.

Tais exemplos demonstram que a **construção cultural das pessoas guia também seus atos.** O pensamento lógico-concreto (PIAGET, 1969), comum à maioria da população brasileira, que não desenvolve (devido a poucos anos de escolaridade) as noções abstratas de encadeamento lógico-causal inerentes ao pensamento científico, permanece vigente. A ele soma-se, muitas vezes, a construção de outras lógicas pautadas no pensamento mágico, também abstrato (LÉVI-STRAUSS, 1991), que terminam entendendo, explicando e lidando com fenômenos da realidade de forma distinta à da que profissionais da saúde estão habituados.

Essas diferentes lógicas de racionalização vão estar refletidas também na comunicação em saúde, em trocas entre profissionais e seu público:

- Caso 3:

O relato deste caso visa, substancialmente, apontar a falta de comunicação nas ações de saúde. Ao desconhecer o universo de referência alvo, portanto, as formas de pensar e agir de seu público, a campanha "Doe Urina" promoveu um grande engano nas atitudes. Com certeza, a abundância de doações de urinas diversas refletiram a mobilização de uma população de periferia, rotulada socialmente como "pedinte" e que pode, talvez pela primeira vez, ter um papel de ação beneficiente para com os outros. Baseia a compreensão da mensagem a partir de sua lógica de mundo, de seu universo de representações.

Segundo estudos de Lingüística e semiótica (ECO, 1981) a comunicação se estabece como "diálogo" entre posições ativas na troca de mensagens compostas de signos e pertencentes a códigos de comunicação. Analisar a comunicação prescinde, portanto, verificar que o sujeito-receptor **nunca** está em posição de passividade, mas atua na receptividade e decodificação do conteúdo das mensagens. Ele "filtra" e assimila conteúdos a partir de seus próprios códigos e compreensões.

Assim, para existir "realmente" a comunicação é necessário que o "outro" seja percebido como alguém que está presente e que seu universo simbólico esteja participando do diálogo, senão haverá informações "jogadas" e perdidas no "vazio", ou totalmente reformuladas (portanto distorcidas em sua meta), por meio de parâmetros de representação da realidade e categorias de quem as recebe. Essa não-comunicação não é incomum:

- A mulher que comeu moela de galinha afirmou não ter contado ao médico que fazia esse uso. Esse profissional continuou a acreditar que ela utilizava pílulas anticoncepcionais (FIGUEIREDO, 1995). Esta usuária de posto de saúde pública em Carapicuíba (estado de São Paulo), justificou sua omissão afirmando que seu ginecologista não acredita na eficácia da moela e afirmaria ser apenas uma "crendice". Isso demonstra a falta de possibilidade de diálogo com o profissional de saúde, que gera a recusa de fornecimento de informações e elaboração de mensagens;

- A enfermeira que realizou um grupo educativo de prevenção à aids, ensinando a colocação do preservativo num cabo de vassoura e que foi procurada posteriormente por uma usuária com reclamações

[7] Relato recolhido entre mulheres domésticas, em Camaragibe, Pernambuco, em 2000.

de que havia engravidado. Ela havia, igualmente, colocado a camisinha numa vassoura posta atrás da porta do quarto, quando foi fazer sexo com seu parceiro, acreditando estar protegida[8];

- Uma mulher que, com muitas feridas nas pernas, afirmou que seu médico a diagnosticou com "biopse", prescrevendo medicamentos caríssimos, que ela passou a usar um dia sim e outro não, para "não acabar"[9]. Como o tratamento não fez efeito, a paciente abandonou o serviço e o uso dos remédios e foi buscar um "pai de santo", orientada por uma amiga. Ele prescreveu garrafadas de chás para banho para resolver o problema, que seria um "trabalho de mau-olhado"; tratamento que curou inteiramente a referida mulher. Exemplo, este, que reflete com nitidez, não apenas a falta de comunicação do profissional de saúde com a usuária (já que nem o nome da doença foi compreendido e foi confundido com o exame de biopsia), mas a total incompatibilidade da orientação médica com o "mundo real" da paciente (o remédio era muito caro e ela não poderia adquiri-lo).

O último caso apresenta, ainda, a busca ativa (observada em várias situações) de soluções que tenham sentido e que venham em encontro ao universo lógico (fizeram um "trabalho" contra ela), para chegar resolução do problema, situação comum em casos de males psicossomáticos. Foi praticamente a "cura simbólica", realizada através do diálogo, que tornou passível a compreensão do problema, originando a cura psíquica (conforto de ser ouvida e assistida) e, por fim, a orgânica.

Considerações Finais

Assim, **a relação entre profissional e público, entre o serviço e seus usuários, depende do estabelecimento da verdadeira comunicação que englobe, de forma horizontal, diferentes culturas, científica e habitual.** A saúde é promovida na construção de condutas adotadas a partir de "escolhas" pautadas na compreensão do problema, portanto na troca de mensagens nas quais os símbolos e significados, são factíveis e interagem. Por fim, aponta a importância de se considerar a existência, posição, visão e, principalmente, a "razão do outro" (LYOTARD, 1986).

Referência Bibliográficas

BOURDIEU. P. A gênese dos conceitos de *habitus* e de campo. **O poder simbólico.** Lisboa: Divisão Editorial, 1989.

GIDDENS, C. Foucault e a sexualidade. In: **A transformação da intimidade.** Campinas: UNESP, 1993.

ECO, H. **O signo.** Lisboa: Presença, 1981.

FERREIRA, M. C. M. Disfunção erétil após colocação do DIU: estudo de um caso clínico. SBRASH/ PROSSEX. **Anais 13º Congresso Latinoamericano de Sexologia e Educação Sexual.** São Paulo: SBRASH/ PROSSEX, 2006. Cd room.

FIGUEIREDO, R. Observações antropológicas em uma pesquisa quantitativa**.** São Paulo: **Saúde Cultura e Sociedade,** nº 1, 1995.

FIGUEIREDO, R. **Saúde sexual e reprodutiva na Favela Monte Azul: um estudo de caso.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LÉVI-STRAUSS, C. Estrutura e dialética. In: A**ntropologia estrutural I**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1976(a)

LÉVI-STRAUSS, C. A ciência do concreto. In: **O pensamento selvagem.** São Paulo: Cia Editora Nacional, 1976 (b).

LÉVI-STRAUSS. Abertura. In: **O cru e o cozido.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1991.

LYOTARD, J. F. **O pós-moderno.** São Paulo: José Olimpo, 1986.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do "eu"". In: **Sociologia e antropologia 1**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974 (1934). ()

---

[8] Caso relatado em discussão realizada no COAS Henfil, na Zona Norte do município de São Paulo, e anotado pela autora, em 2000.

[9] Situação levantada pela autora em trabalho de campo entre vizinhos da região do Cemitério da Lapa, em São Paulo, em 1997, para uma disciplina do curso de Pós-Gaduação em Antropologia Social.

MEZAN, R**.** Identidade e Cultura. In: A **vingança da esfinge – ensaios de psicanálise.** São Paulo: Brasiliense, 1998.

OLIVEIRA FILHO, J. P. **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 1979.

PIAGET, J. **Psicologia e Pedagogia.** Rio de Janeiro: Forense, 1969.

VIVEIROS DE CASTRO. E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. OLIVEIRA FILHO, J. P. **Sociedades Indígenas e. Indigenismo no Brasil.** Rio de Janeiro: Museu Nacional/UFRJ, 1979.