

Notas etnográficas sobre a humanização em saúde: Corpo e mediação¹

Cristina Dias da Silva²

Resumo

O artigo apresenta e discute dados etnográficos em torno de um projeto de humanização em saúde, a partir do cotidiano de dois fisioterapeutas e coordenadores das novas práticas terapêuticas. Inspirados no debate francês sobre o estatuto do corpo nas formações disciplinares biomédicas, a fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty era o ponto de partida para realizar uma crítica construtiva das interações face a face entre profissionais de saúde e pacientes. Parte de um movimento mais abrangente, designado genericamente como 'humanização em saúde', o grupo possuía um ponto de convergência com outros: a reincidente oposição às

¹ Essa pesquisa foi realizada com suporte de bolsa de mestrado fornecida pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) entre 2004 e 2006.

² Professora Adjunta da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Endereço: Instituto de Ciências Humanas. Departamento de Ciências Sociais. Rua José Lourenço Kelmer, s/n, Campus Universitário, São Pedro, 36.036-330 Juiz de Fora – MG. E-mail: crisdiasi@yahoo.com.br

práticas biomédicas como se fossem práticas, *a priori*, desumanizadas. Partindo desta discussão mais ampla, o artigo busca compreender a relação entre corpo e mediação sustentada pelo grupo estudado como elemento central de seu projeto de humanização.

Palavras-chave: humanização; corpo; mediação; etnografia.

Abstract

This paper discusses data from ethnographic fieldwork around a project of humanization in healthcare assistance, from daily life of two physical therapists and coordinators of the new therapeutic assistance. Inspired by the French debate on the status of the body in biomedical disciplinary backgrounds, the phenomenology of perception of Merleau-Ponty was a starting point for a constructive criticism over biomedical body conception, and for reformulating face-to-face interactions between healthcare professionals and patients. Part of a larger movement, known generically as 'humanization in healthcare', the group had a fundamental point of convergence with others: the recurrent opposition to biomedical practices as if it were, *a priori*, dehumanized practices. From this broader discussion, this article seeks to deepen the relationship between body and mediation as a central thought to the project of humanization supported by the studied group.

Keywords: humanization; body; mediation; ethnography.

Introdução

A humanização em saúde vem se desenvolvendo no Brasil sob uma considerável polissemia de concepções e práticas. Dentre as diversas correntes e estilos de humanização no campo da saúde coletiva, destaca-se uma perspectiva de reformulação do modelo de comunicação médico/paciente (Caprara & Franco 1999, Uchôa 2003, Costa 2004, Ayres 2004, 2005, Teixeira 2005). Nesse sentido, os projetos de humanização têm

agregado valor à relação entre os profissionais de saúde e os doentes como parte indissociável do processo de reabilitação. Essa condição geral das perspectivas em humanização parece nos indicar que existe, subjacente à sua polissemia, uma leitura mais ou menos consensual sobre a dificuldade das formações disciplinares biomédicas (medicina, enfermagem e outros) em aludir às concepções de reabilitação enquanto atos comunicativos, através dos quais a cura resultaria de um processo amplo e aberto para falar sobre si e sobre as emoções ou sensações suscitadas na experiência do processo saúde/doença.

O conceito de corpo como receptáculo (função reativa apenas) ou do corpo como objeto do olhar do anatomista (separação e isolamento dos órgãos) se tornaram elementos de oposição e contraste que dimensionam, mas não esgotam, a experiência da humanização em relação ao universo das práticas biomédicas. A maneira como tais experiências têm sido vivenciadas, isto é, enquanto medicinas alternativas, aponta para a instituição de um diálogo marcado sobremaneira pela disputa de espaços, ideias e práticas dentro das instituições hospitalares.

Por tal razão, o movimento de humanização em saúde poderia ser descrito como um dos processos através dos quais diversas medicinas vividas como alternativas são continuamente inventadas e reinventadas pelos profissionais de saúde que integram os mais diversos projetos, grupos e outras iniciativas correlatas. Entretanto, trata-se menos de averiguar a verossimilhança entre o movimento da humanização em saúde e outras concepções de medicina do que compreender como tais concepções podem servir de referência à constituição das relações de oposição que diferenciam e qualificam a ponto de vista destes interlocutores e de seu lugar de ‘dissidência’ no campo da biomedicina. Assim, a questão se apresenta sob um olhar investigativo que propõe um estranhamento metodológico à humanização, atentando para a polissemia de sentidos que tal emblema pode abrigar. Desse modo, o desafio proposto nessa pesquisa foi o de realizar uma etnografia sobre um grupo de profissionais de saúde que praticavam certos conceitos vividos como práticas humanizadas em saúde, e que se destacavam como referência alternativa ou complementar a uma medicina oficial percebida como intrinsecamente ‘não humanizada’ em seus pressupostos e ações. Não pretendemos, portanto, realizar um estado da arte das diversas filosofias que podem ser classificadas sob o rótulo da humanização em saúde no Brasil, mas de

entender como certo grupo de profissionais de saúde foi capaz de constituir uma rede de pessoas e ações considerada humanizada pelos mesmos e quais eram as referências e experiências que lhes proporcionavam tal lugar de fala no contexto hospitalar onde estavam inseridos.

O artigo está baseado em pesquisa de campo com duração de três meses, na qual se realizou etnografia junto a um grupo de profissionais de saúde – médicos, fisioterapeutas e enfermeiros – protagonistas de um projeto piloto de humanização em um hospital de caráter filantrópico, localizado na região do ‘meio-norte’ de Goiás. O grupo de profissionais era oriundo, entretanto, de uma diversidade de lugares: Belo Horizonte (MG), Brasília (DF), Goiânia (GO), além de franceses, belgas, italianos e suíços. Com formações acadêmicas predominantemente na área de medicina e fisioterapia, o grupo se reunia em torno de um método criado por Jean-Paul Rességuier (2003)³, fisioterapeuta francês que idealizou o modelo de humanização do atendimento, inicialmente, em consultas particulares de fisioterapia, em meados dos anos 1980, na França. A partir dos anos 1990, a expansão da rede de profissionais de saúde em torno do método deu início a uma consolidação de suas bases teóricas para procedimentos de rotina de ambulatorios e hospitais. O principal aspecto teórico do método Rességuier, que permite a fácil reapropriação em outros contextos, é a ênfase na relação profissional de saúde/paciente e a noção de corpo como elo comunicativo do processo de reabilitação e convalescência.

Tendo tais dados como base, propomos discutir a construção cotidiana do sentido particular de humanização referido pelo grupo analisado. A análise dar-se-á através da hipótese de que tal grupo se insere num movimento mais abrangente, designado genericamente como ‘humanização em saúde’, e que possui um ponto de convergência fundamental: a reincidente oposição às práticas biomédicas como se fossem práticas, *a priori*, desumanizadas (Ayres 2005). Assim, uma parte destas reflexões apresenta certa concepção convergente no campo da humanização em saúde, enquanto outra parte busca aprofundar a relação entre corpo e mediação sustentada pelo grupo como central ao seu projeto de

³ Vale citar o único artigo em português de Jean-Paul Rességuier, traduzido e publicado em 2003, e que se constitui como referência para os profissionais de saúde brasileiros.

humanização.

No debate antropológico em torno do processo saúde/doença como um objeto de estudo (Queiroz & Canesqui 1986, Langdon 1988, Alves & Minayo 1994, Canesqui 2003), entendemos que a dinâmica da relação entre profissionais de saúde e os sujeitos/pacientes diz respeito a experienciamento de valores e ideias específicos sobre o adoecer (considerando as diversas abordagens teóricas, de cunho representacionista ou fenomenológico), tendo implicações diretas nos processos de tomadas de decisão delineado durante as possibilidades terapêuticas que se lhe apresentam. Este processo inclui tanto a relação médico/paciente quanto a relação do doente com seus familiares e amigos – para quem a experiência da doença implica emoções consideradas ‘fortes’ e vividas como índices de dor e sofrimento que integram o processo saúde/doença do sujeito social. As perturbações físico-morais (Dias Duarte 2003) seriam, desse ponto de vista, as matrizes definidoras da experiência da doença e da saúde, tendo o caráter de salientar a vida moral, os sentimentos e a autorrepresentação do sujeito doente (Dias Duarte 2003:177).

Se a própria maneira de representar a experiência da doença pelo doente e sua família estava em jogo nas disputas em torno do significado de humanizar, a experiência do profissional de saúde – seu comportamento e suas atitudes – integrava as preocupações cotidianas dos coordenadores do projeto. Assim, o significado que a ideia de humanização adquiriu entre os interlocutores da pesquisa dependia não apenas da concepção de um atendimento humanizado, mas de como diversas formas de ser ‘humanizado’ estavam sendo disputadas pelos profissionais de saúde ‘de dentro’ e ‘de fora’ do referido projeto.

A impossibilidade de falar sobre ‘a humanização’ de maneira generalista foi ganhando força em nossa análise na medida em que se aprofundava a compreensão dos valores e das referências teóricas utilizadas e vividas pelos agentes do projeto. Falar de humanização como relação de amor fraternal, por exemplo, era um dilema para o grupo, que fazia todos os esforços possíveis para se distinguir de ações e grupos de assistência social comuns em meios hospitalares. A trajetória famosa de médicos como Patch Adams – cuja principal bandeira é o ‘amor ao pró-

ximo⁴ – ofuscava a dimensão da experiência com a qual o grupo se identificava.

Em que pese as concepções e práticas do grupo, tais diferenciações estão a reproduzir uma dicotomia particularmente presente no campo de formação da medicina, da enfermagem e de outras disciplinas biomédicas. Trata-se da dicotomia entre *caring* (cuidar) e *competence* (saber/fazer) discutida por Good & Good (1993), ao analisarem o processo de socialização do saber durante a formação de acadêmicos em medicina. Os autores pontuam que se no início do curso as preocupações com os cuidados em torno do paciente eram prevalentes na fala dos estudantes, ao final, apenas se destacavam as competências especializadas nos discursos dos recém-formados, dando lugar ao manejo habitual de um conceito de *competence* em detrimento ao de *caring*. A elaboração dessas duas esferas da experiência, como não apenas distintas, mas diametralmente opostas, é percebida pelos autores como um elemento-valor nas formações disciplinares biomédicas e que estão, portanto, a nos informar sobre o sentido das disputas em torno dos significados de humanizar. O ponto de convergência entre as diversas propostas de humanização, portanto, parece estar voltado para o remanejo (não necessariamente a superação) dessa dicotomia.

E, nesse sentido, a marcação de uma distância social em relação a outras categorias de profissionais de saúde se tornava tão importante quanto o próprio aprendizado da disciplina médica. Quer dizer, tornar-se médico implicava manejar uma oposição entre saber-fazer (*competence*) e cuidar (*caring*), cujos significados eram acionados e explicitados de acordo com as posições sociais dos sujeitos em interação. A separação entre *caring* e *competence* – inerente ao processo de formação disciplinar de médicos, mas também de fisioterapeutas, de enfermeiros, de nutricionistas, entre outros – nos permite entrever a tensão constitutiva de concepções e práticas no campo da saúde, sendo um aporte analítico

⁴ Assisti a uma palestra do médico em julho de 2005, na Universidade de Brasília. Diante de um auditório lotado de estudantes da área da saúde, entre muitos outros, Patch Adams fez uma exposição de seu trabalho e comparou a medicina à missão de levar felicidade e alegria às pessoas através de uma ‘terapia do riso’. A positividade do trabalho voluntariado aparece como uma marca fundamental desse modo de fazer medicina.

essencial ao contexto hospitalar no qual o projeto de humanização se desenrolou. Sendo pensada como um *habitus*, tomando de empréstimo a definição própria de Mauss (2003:404), a dicotomia entre *caring* e *competence* não se cristaliza em atitudes mentais, mas constitui a obra de uma razão prática.

Por isso, devemos estar atentos para as representações sociais em torno das categorias profissionais no campo da saúde e sua composição de hierarquias sociais (Bourdieu 2009), pois tais índices fazem diferença na hora de compreender a humanização da relação entre profissionais de saúde e pacientes durante o processo saúde-doença. O questionamento sobre a diversidade interna na formação e experiência cotidiana de médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, etc. nos permite abordar a polissemia de sentidos na humanização em saúde a partir de uma densidade de perspectivas que, ao buscarem remanejar a dicotomia fundante nas práticas biomédicas (*caring* e *competence*), repensam hierarquias funcionais como elementos intrínsecos deste processo.

A humanização como um saber-fazer: O cotidiano do Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT)

O hospital em que se realizou o projeto de humanização comportava atendimento de nível secundário, foi fundado na década de 50 e era a única instituição local que possuía convênio com o SUS. Sua história esteve intimamente relacionada com os movimentos populares, nas décadas de 70 e 80, junto ao trabalho das pastorais católicas da Diocese de Goiás, que o tornou uma referência no atendimento à população pobre da região.

Este compromisso de diálogo com a comunidade sempre teve impacto positivo na forma como o hospital era visto. Os interesses em eliminar doenças típicas da localidade e a forte ênfase na saúde da mulher foram elementos da composição de um cenário que, anos mais tarde, veio a ser reconhecido através de uma memória institucional que vinculava a atuação do hospital com práticas humanizadas em saúde. O estabelecimento dessa trajetória teve, nos anos 90, um caráter oficial através

do recebimento de títulos como: ‘Hospital amigo da criança’, em 1994, Prêmio ‘Galba de Araújo’, em 1999, e o de ‘Maternidade segura’, em 2000⁵.

A pesquisa de campo foi realizada ao longo do ano de 2005 e teve como foco as concepções e práticas de humanização desenvolvidas pelo Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas (CHPT) do hospital criado pelo fisioterapeuta Jean-Paul Ressayguier em 2001, o qual viveu no Brasil durante quase dez anos. O centro fora idealizado como um local de referência para o grupo, com biblioteca e secretarias próprias, além de ser um centro de convivência. Os congressos e outros eventos que buscavam discutir o desenvolvimento do método continuaram a ocorrer no Brasil, a exemplo do II Congresso Internacional do Método Ressayguier realizado em 2005 em Curitiba (PR). As atividades cotidianas do CHPT eram coordenadas por dois fisioterapeutas, sendo uma brasileira e um belga.

Inicialmente me indaguei sobre as possibilidades de um modelo de atendimento desconhecido por aqueles que trabalhavam no hospital e não participavam diretamente das atividades do projeto, além de ser desconhecido pelos pacientes. Nesse sentido, a palavra humanização era utilizada para agregar valor à concepção alternativa do grupo em relação à biomedicina. Entretanto, nesse processo se imiscuíam significados diversos atribuídos pelos outros (fossem outros profissionais de saúde ‘de fora’ ou pacientes) sobre humanização, sobretudo porque no histórico do hospital havia uma forte relação com a comunidade local que também era vivida enquanto práticas de humanização em saúde. O hospital já gozava de um amplo reconhecimento regional por ações de solidariedade e caridade, dois valores facilmente identificados com movimentos de humanização em saúde no Brasil, cujo diálogo com o Serviço Social é preponderante pela explícita valorização de uma abordagem socioeducativa, isto é, pela ideia de se criar uma “nova cultura de atendimento” (Silva & Arizono 2008).

⁵ Os três títulos foram conferidos pelo Ministério da Saúde. O primeiro, pelo apoio e promoção do aleitamento materno, o segundo, por ações humanizadas na assistência ao parto e nascimento, e o terceiro foi oferecido em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

O grupo do CHPT buscava construir a humanização como um saber-fazer, isto é, como uma competência incorporada e que, por sua vez, reivindicava posição no polo oposto ao dos cuidados pensados enquanto complementos. Assim, o conjunto de concepções e práticas do método Rességuier se centrava na releitura dos protocolos biomédicos à luz do paradigma da intersubjetividade/intercorporeidade. Utilizando referências majoritárias das teorias francesas sobre o processo saúde/doença e sobre o corpo, o grupo do CHPT se destacava pela proximidade com a concepção de corpo de Merleau-Ponty, especialmente sua noção de intercorporeidade (Coelho Jr. 2003). Dentro desse escopo teórico, a oposição mente/corpo seria reelaborada, seus polos seriam invertidos e o corpo assumiria um poder que transcende à consciência tendo, assim, sua agência redefinida. A apropriação dessa noção de corpo através da intercorporeidade e a subsequente maneira de conceber a relação entre corpo e experiência – muito bem discutida em Rabelo & Alves (2004), que fazem uma releitura das principais contribuições da fenomenologia – compõem um aporte importante para a ideia de mediação corporal que os profissionais de saúde do centro de humanização pretendiam tecer, isto é, uma mediação possível agenciada por um corpo que transcende a consciência do sujeito moderno, que se acredita autônomo e racional (Rabelo & Alves 2004:183).

Os atos comunicativos entre paciente e os profissionais de saúde eram compreendidos como manifestações que não podiam estar relegadas apenas a um plano intelectual ou de linguagem verbal. A intervenção ‘humanizante’ era o adjetivo preferencialmente utilizado pelo grupo para indexar o sentido corpóreo da relação entre as subjetividades, estivesse o paciente em consulta no ambulatório ou na sala de cirurgia. Nesses cenários diversos eram os reajustes constantes na postura do profissional que constituíam a interação com os pacientes. A riqueza etnográfica desse conceito de corpo se tornava clara ao analisarmos o cotidiano dos fisioterapeutas, que praticavam esta noção do corpóreo como mediação, comunicação e potencial de cura, em detrimento da primazia da consciência, na qual o sujeito mental é a unidade básica e central. E, nesse sentido, o corpo comportava elementos que transcendiam o plano da consciência/intelectual.

Tive oportunidade de acompanhar os coordenadores do CHPT diariamente nas seguintes atividades do projeto: assistência aos pacientes

internados, palestras para os profissionais de saúde do hospital e formulação de estratégias de implantação do método. Conforme relatado em conversas informais e entrevistas com os fisioterapeutas responsáveis, o projeto estava inserido numa tradição de pensamento europeia vinculada aos primeiros trabalhos na área da biomedicina sobre a noção de corpo/totalidade – derivados de filosofias orientais como o budismo e a medicina chinesa⁶ – *versus* o corpo/fragmentado das especialidades médicas ocidentais.

Um exemplo bastante difundido dessa busca por concepções de corpo alternativas é o método Mezières (de Françoise Mezières), iniciado por volta da década 40, na Europa, de onde surgiram muitas outras escolas dentro da prática fisioterápica. Sua prática buscava relacionar as partes do corpo com o funcionamento de todo o organismo para o desenvolvimento de novas formas de tratamento. Este método ficou conhecido no Brasil como RPG (Reeducação Postural Global) e o método Rességuier seria um descendente direto dessa filosofia, renovando seus princípios com novas inserções práticas. Sua prática principal era conhecida como *acompanhamento*⁷, tema do próximo subtítulo. Por sua centralidade para os membros do grupo, o *acompanhamento* ganhou contorno particular no conjunto de dados, seja pela sua ‘síntese corpórea’ da concepção de corpo nativa, seja pela sua densidade etnográfica.

Ao acompanhar a rotina diária dos *acompanhamentos*, evidenciou-se a importância de ressaltar que a trajetória pessoal também compunha a prática ‘humanizante’. O projeto tinha como eixo fundamental criar *formas de interação diferenciadas*, na qual a postura corporal/mental do profissional de saúde fosse transformada e adaptada. Os sintomas da doença eram relidos como sensações corporais próprias e reveladoras do sujeito e de seu *self*. Assim, a auto-representação do sujeito em torno da sua doença era parte intrínseca do encontro clínico, pensado como um ato

⁶ Vale a pena lembrar o trabalho de Said (2007) sobre o orientalismo, pois nos permite estar atentos ao fato de que estas reinvenções do Oriente são, de todo modo, uma visão ocidental sobre o outro.

⁷ Acompanhamento era uma prática/conceito própria ao grupo, e utilizei itálico para indicar esta relação. A atividade ocorria nas situações de interação face a face e era focada numa série de práticas corporais seguidas pelos profissionais de saúde integrados ao projeto.

comunicativo cujos corpos (do profissional de saúde e do paciente) eram protagonistas da interação. O corpo se mantinha, contudo, como um meio de manifestação do inconsciente e, por isso, sua complementaridade com o que a consciência do sujeito não lhe permitia ver sobre sua própria doença era o que agregava valor prático ao conceito de corpo/mente como unidade dinâmica. Não podemos deixar de notar que a ideia do corpo como produtor de significados que operam inconscientemente enseja uma noção de essência do ser humano e, portanto, não estamos tão longe do ponto de vista universalista da própria Biomedicina e da relação cartesiana sujeito/objeto. O que muda aqui são os objetos/sujeitos dessa universalização. Nas correntes da humanização, a relação entre profissional de saúde e paciente é, por sua vez, o objeto de tendência universalizante, assim como o é a relação entre organismo biológico e doença para a epidemiologia (Sevalho & Castiel 1998).

Conforme essa visão, a prática dos *acompanhamentos* realizada pelos fisioterapeutas era um elemento do encontro clínico tão importante quanto o prognóstico, o diagnóstico e a prescrição realizada pelos médicos. As estratégias de convencimento e divulgação dessa prática eram realizadas por meio de palestras, conversas informais com médicos e enfermeiros, ensinamentos de posturas corporais aos profissionais da enfermagem e, acima de tudo, através da prática dos *acompanhamentos* executada pelos próprios fisioterapeutas coordenadores do projeto. Apesar da noção de corpo ser central aos objetivos do projeto, nunca presenciei aulas de postura corporal para médicos, mas apenas para enfermeiros e, mais comumente, para técnicos de enfermagem. Ao focar a etnografia no encontro clínico realizado pelos fisioterapeutas, isto é, nos *acompanhamentos*, a análise dos dados nos orientou para o remanejo (e não a superação) da oposição entre corpo e mente nas disputas sobre os significados da humanização em saúde e de como tais estratégias agenciavam vínculos de hierarquia social. Um bom exemplo disso é que os fisioterapeutas consideravam o *acompanhamento* uma maneira pragmática e simples, como costumavam dizer, para conjugar as diferenças sociais e para valorizar a alteridade no processo comunicativo – mas, ao mesmo tempo, reproduziam a escala entre *competence* e *caring*, posicionando socialmente cada profissional de saúde ao eleger estratégias distintas de interação e convencimento.

A humanização proposta pelo grupo estava baseada numa mudança estrutural da forma de interagir com os pacientes, ressignificando o evento comunicativo e privilegiando meios não verbais, como a audição, o tato e a visão (contemplação). As pausas (silêncio) entre as falas também constituíam o ato comunicativo e eram, às vezes, mais importantes do que o dito para o *acompanhamento*.

Buscando pontuar tais concepções e práticas, a forma comunicativa dos *acompanhamentos* elegia o exercício do silêncio como um enquadramento (*frame*) na interação face a face (Goffman 1971). O *acompanhamento* era vivido pelos profissionais de saúde como um contexto de significados composto por enquadramentos que indexavam uma série de descontinuidades, anunciando e confirmando constantemente a dimensão múltipla da interação.

Diante dessa complexidade, as emoções/sensações eram vividas como índices da produção da realidade subjetiva do outro/paciente, e a atitude tomada pelo profissional de saúde era a da contemplação, afastando-se da percepção da emoção como elemento residual (no caso dos protocolos da Biomedicina) ou como índice de necessária intervenção por parte do profissional de saúde (perspectiva da abordagem socioeducativa da assistência social, conforme descrevem Silva & Arizono 2008).

A elaboração de procedimentos específicos para elaborar esses conceitos de maneira pragmática fazia parte do trabalho diário dos fisioterapeutas. Assim, aliadas aos processos terapêuticos tradicionais, as ‘atitudes corporais’ (de ambas as partes envolvidas) eram pensadas como formas de agência capazes de indexar significados específicos ao processo saúde/doença, que produziria uma comunicação tissular⁸, isto é, uma comunicação essencialmente não-verbal. O corpo tornava-se central à medida que era concebido como possibilidades comunicativas e expressivas – classificadas como mais ‘profundas’ que as interações verbais.

⁸ Comunicação tissular era a expressão preferida, segundo Jean-Paul Ressayier (comunicação pessoal), para descrever o tipo de interação pretendido entre profissionais de saúde e pacientes. Pesquisando as raízes deste vocábulo na língua portuguesa, vimos que tissular é uma palavra de origem francesa, *tissulair*, e significa tecidual ou textural, referente ao verbo tecer. Essa expressão foi particularmente desenvolvida na medicina francesa através de Bichat (1840), que cunhou o termo para descrever componentes anatômicos do corpo humano, chegando a sugerir 21 distinções de tecidos. Para os leitores interessados, ver Skinner (1961).

O princípio de que a comunicação não dependia necessariamente do tempo depreendido com cada pessoa fazia parte de tal concepção. À medida que redimensionava a questão sobre o tempo, o grupo permitia visualizar uma temporalidade própria ao exercício do encontro clínico que prescindia da cronologia.

A proposta era dialogar com a realidade hospitalar que os cercava, sendo adaptável a qualquer ambiente, com quaisquer profissionais de saúde envolvidos, desde os auxiliares de enfermagem até os médicos cirurgiões. Pela relação histórica e filosófica da enfermagem com teorias do cuidado, os coordenadores do projeto encontravam nos profissionais dessa área personagens importantes na tentativa de se valorizar e transformar o encontro clínico, embora estes pudessem adotar uma perspectiva socioeducativa do cuidado que não apresentava grandes semelhanças com a perspectiva dos fisioterapeutas. Não obstante isso, as enfermeiras eram comumente identificadas pelos médicos e fisioterapeutas como detentoras de um potencial humanizador, pois suas expectativas frente à doença e à convalescença seriam mais positivas, focando menos certa antecipação ‘patologizante’ dos acontecimentos. Os médicos, em geral, estariam baseados numa perspectiva em que suas antecipações (Schutz 1979) sobre um quadro clínico estariam demasiadamente atreladas ao escrutínio minucioso das possibilidades negativas projetadas para o futuro. A possibilidade de privilegiar em suas percepções e ações um sistema de relevância⁹ diferente do patologizante é que tornaria possível produzir uma interação cujo fator ‘humanizante’ não fosse um apêndice, mas estivesse incorporado ao saber-fazer (*competence*) dos profissionais de saúde – remanejando explicitamente a oposição entre corpo e mente sem, no entanto, superar a dicotomia entre saber-fazer e cuidar, estabelecida nos processos de formação disciplinar dos profissionais de saúde.

Podemos dizer que os idealizadores do projeto de humanização estavam plenamente engajados em uma concepção de corpo enquanto meio

⁹ Sistema de relevância é outro conceito de Schutz (1979) para compreender a forma de o sujeito organizar a experiência na vida cotidiana. O ponto central nesse conceito é a seletividade da maneira como produzimos conhecimento sobre o outro e sobre o mundo, marcados sempre por eventos anteriores que proporcionam um “estoque de conhecimento à mão” responsável pela nossa atuação na esfera cotidiana.

de comunicação e reabilitação, sustentada por certa tradição de pensamento europeu cultivado desde a década de 1940 e que culminou numa explosão de técnicas do corpo e modelos de terapias alternativos centrados no corpo a partir da década de 1980 no Brasil (Russo 1991). Como já dissemos, o próprio Centro de Humanização das Práticas Terapêuticas fora concebido por um fisioterapeuta francês a ensinar um método de humanização que era fruto de sua experiência profissional, cuja interface com a fenomenologia francesa se fazia notar pelo uso constante da expressão tissular para designar uma comunicação não-verbal e ‘profunda’ e pelo elogio às sensações corporais.

Temporalidade e eficácia das práticas de humanização: Uma contribuição da antropologia dos rituais

Nesta parte, pretendo aprofundar o debate sobre a sequência de atos realizada pelos fisioterapeutas durante os atendimentos cotidianos. Sendo um ato de comunicação, antes de tudo, a prática dos *acompanhamentos* manifestava substancial conteúdo performativo indispensável para a constituição de sentido e estabelecimento de uma relação dialética entre os elementos conceituais e pragmáticos requeridos pelo grupo. O *acompanhamento* era uma forma de interação que envolvia uma disposição entre os corpos, marcada por uma sequência de atos comunicativos que incluem silêncio (marcação de pausas), falas específicas (perguntas/respostas) e toque físico sutil (o profissional de saúde mantém uma das mãos apoiada no abdômen do paciente durante o *acompanhamento*).

Minha experiência com as pessoas atendidas se dava sempre junto aos fisioterapeutas, permanecendo atenta às situações vividas para compreender, por exemplo, a ideia sustentada pelo grupo de que “não havia necessidade de conversar longamente”.

O foco nesse percurso cotidiano dos fisioterapeutas permitiu remontar as sequências de atos comunicativos sob a perspectiva de uma antropologia dos rituais, que soube obter na filosofia da linguagem uma inspiração fundamental para produzir e pensar os dados etnográficos sem perder de vista a indissociabilidade da relação entre teoria e pesquisa para a antropologia, como apontada por Peirano em vários trabalhos

(1995, 2000, 2001) e neste trecho:

[...] Entendemos que rituais são tipos especiais de eventos, mais formalizados e estereotipados e, portanto, mais suscetíveis à análise porque já recortados em termos nativos. [...] Um quarto ponto pode ser explicitado: rituais e eventos críticos de uma sociedade ampliam, focalizam, põem em relevo e justificam o que já é usual nela; se há uma coerência na vida social como antropólogos acreditamos, então o tipo de análise que se aplica a rituais também serve a eventos. (Peirano 2001:8)

Considerando tal abordagem, partimos da ideia de que o *acompanhamento* é um evento que formaliza elementos fundamentais e, ao mesmo tempo, usuais da concepção de corpo e mediação do grupo do CHPT e que nos é possível salientar de forma privilegiada por meio da descrição etnográfica em face de seu recorte nativo. Por tal razão, nos próximos parágrafos o *acompanhamento* será explorado como um evento de referência para a concepção de humanização do grupo.

Como os pacientes já se encontravam deitados, posição preferencial para a realização do *acompanhamento*, a primeira atitude era uma rápida apresentação de si próprio, para em seguida, dar uma explicação sucinta do que pretendiam: “a gente desenvolve um trabalho para ajudar os pacientes na recuperação, você quer fazer?”. As respostas, em sua maioria, eram afirmativas. Esse momento inicial era marcado por certa obscuridade sobre o que iria acontecer dali pra frente. Os olhares e o semblante dos pacientes carregavam uma expectativa que só era satisfeita à medida que o *acompanhamento* avançava. A pergunta inicial que determina o início da sequência de atos compreendida como *acompanhamento* (fala/silêncio/toque) era sempre a mesma: “como você está se sentindo?”. Tal indagação buscava relacionar a doença do paciente com suas próprias habilidades de percepção, desse modo, a resposta em si não era o mais importante. Por outro lado, o ato de responder produzia com eficácia que o paciente voltasse a atenção para si mesmo. Essa era a dimensão da experiência valorizada pelos fisioterapeutas.

Durante o trabalho de campo, notei que os pacientes começavam a falar sobre diversos assuntos: sua trajetória até o hospital, quem foi que lhes trouxe, quantas vezes já tinham estado ali. Outros falavam sobre o próprio hospital, que achavam bom, ou que certo profissional era muito

bom, que já havia sido atendido por ele outras vezes. Ainda, outros mencionavam que sua doença tinha uma causa específica, relacionado ao seu modo de vida, aos sacrifícios que tinha de fazer para se manter, ao cansaço da idade. A verbalização desses relatos se constituía num passo importante para a instituição do novo estado de consciência buscado: falar de si era um fim, ao mesmo tempo em que gerava informações que eram usadas como índices da capacidade do paciente de conseguir se beneficiar do processo de *acompanhamento*. Desse modo, quando o paciente começava a falar excessivamente de outras pessoas, os fisioterapeutas buscavam um meio sutil de interromper tal relato, pois ele servia para afastar o paciente do estado de consciência almejado. Numa ocasião, uma senhora respondeu à pergunta “Como você está se sentindo?” falando sobre a filha, que a tinha conduzido ao hospital, mas teve de ir embora a deixando aflita por notícias, e, por fim, começou a relatar sobre como era sua filha. Nesse momento, o fisioterapeuta fez sinais de positivo com a cabeça por várias vezes, e pousou a mão sobre o braço da senhora. Disse algo como “Vamos começar, então?”, e o procedimento se seguiu a partir desse contexto em que a situação de dispersão da mulher era compreendida como um signo de sua baixa capacidade de voltar atenção para si. Porém, quando digo capacidade, não estou de modo algum me referindo a algo estático. Ao contrário, as percepções sobre os pacientes passavam por alterações constantes.

Nota-se que a validade performativa, como diria Tambiah (1985), não era colocada em questão, pois, enquanto ato comunicativo, o *acompanhamento* não era nunca desconsiderado. Sua eficácia estava postulada na própria ação, sua sequência preservada garantia a verdade ou ‘felicidade’ do evento. Além disso, ao usar o pronome ‘você’, em vez do nome da doença ou de uma parte do corpo, os fisioterapeutas tornavam a sequência, como um todo, dependente do contexto da interação específica entre certo profissional de saúde e certo paciente. O uso desse pronome possui um componente que se revela como um símbolo indéxico, isto é, um *shifter*, na descrição de Jakobson (1971), pois o significado só é apreensível no contexto de produção da mensagem e nunca pode ser compreendido em si mesmo.

A forma repetida, como era feita, sempre com as mesmas palavras e no mesmo momento, antes de começar o toque no abdômen, apontam para uma redundância cujo sentido está dado nessa complexidade estabe-

lecida entre uma forma específica de agir e uma ideia de *self* a ser desvelado, de induzir um tipo de consciência sobre si e sobre o mundo. A ideologia que informa essa consciência remonta ao conceito de indivíduo moderno em oposição ao conceito de holismo, como descrito por Dumont (2000), mas aqui se encontra reelaborada no contexto de novas tecnologias do corpo, problematizadas na interface entre saúde e humanização. Dentro da ênfase híbrida de um *self* reconectado ao ‘todo’, apontada nos dados etnográficos, o corpo se tornaria um elemento de ação constitutivo do mundo, mediando os preceitos entre um *self* ‘autônomo e racional’ e um universo intersubjetivo, onde a oposição consciente/inconsciente se reconstitui na forma de práticas de humanização que são, fundamentalmente, práticas corporais. Essa versão ‘holista’ do *self* era experimentada pelo grupo por uma série de componentes que os assemelhavam e cuja origem residia no corpo: através de um padrão alimentar específico (que valorizava alimentos orgânicos), de um tipo de roupas a serem usadas (cores claras, confortáveis e folgadas), de uma entonação na voz (baixa, firme e pausada) e, inclusive, através dos cumprimentos, que eram preferencialmente experimentados através do abraço. Trata-se da produção de um corpo que indica um estilo de vida e, sendo assim, durante os *acompanhamentos*, era este corpo, assim concebido e vivido, que se tornava habilitado como mediador na comunicação entre profissionais de saúde e pacientes.

Cabe também destacar o conjunto de índices criados a partir da classificação das respostas dos pacientes a pergunta ritual “Como você está se sentindo?”. Tal pergunta acionava o primeiro passo através do qual se começava a interagir com os pacientes: alinhava-se a postura do corpo, mantinha-se a coluna ereta e os pés pousados firmemente no chão. Assim, os pacientes recebiam a instrução de fechar os olhos e relaxar. Os olhos fechados possuíam uma significação para os atores do projeto: interromper esse canal permitiria que outros sentidos fossem enfatizados, sobretudo a audição e o tato. Além disso, com os olhos do paciente fechados, o fisioterapeuta poderia se ater a outros índices que não apenas o olhar do outro, isto é, ao perder contato visual um com o outro, a interação face a face era redimensionada a partir de sensações e estímulos independentes da troca de olhares. O fisioterapeuta se torna capaz de perceber a movimentação dos músculos da face do paciente, seu estado de relaxamento do corpo como um todo, a posição dos

ombros, das mãos, das pernas.

A partir daí, o fisioterapeuta se sentava num banquinho próximo ao leito ou ficava em pé e começava o toque no abdômen. O modo de tocar, com a mão espalmada, era importante porque transmitia densidade ao contato físico. Contudo, era a instauração do silêncio, da pausa, que nos levava ao ápice do *acompanhamento*. Além disso, tocar o centro do corpo indexava o sentido de atingir o ponto principal por onde se manifestaria a possibilidade da comunicação não-verbal ou tissular.

Nos primeiros minutos, a mão ficava situada na parte alta do abdômen e o fisioterapeuta percorria com os olhos todo o corpo do paciente e sua respiração era acompanhada com atenção. Geralmente, nesses primeiros minutos, ocorriam as maiores alterações na respiração do paciente. Às vezes ela se tornava mais lenta, outras vezes ela interrompia rapidamente, fazendo pequenas pausas, e era retomada a partir de algum movimento do corpo: descruzavam-se pernas, ajeitava-se a cabeça no travesseiro, arqueavam-se as sobancelhas, mexiam-se os lábios. Após esse rearranjo da respiração e da postura corporal, o fisioterapeuta aguardava alguns minutos, e em seguida deslocava sua mão da parte alta para a parte baixa do abdômen, abaixo do umbigo e seguia a mesma série de posturas descrita.

Gostaria de ressaltar que todas as ações possuíam como pano de fundo uma função fática: elas projetavam constantemente a busca por uma confirmação da presença do outro no contato¹⁰. E essa confirmação vem a partir de uma correspondência jogada numa temporalidade específica, ou seja, a partir de uma busca de sincronia entre os movimentos corporais de paciente e fisioterapeuta. Usar o silêncio indexava os movimentos corporais como meio comunicativo.

Após o cumprimento de todos os atos prescritos (fala, silêncio, toque), a mão repousava por alguns instantes no braço do paciente. Muitas vezes, nessa hora, os pacientes abriam os olhos, senão, essa atitude ficava sendo aguardada sem nenhuma interferência verbal. De

¹⁰ Jakobson (1971), no seu modelo comunicativo, sugere seis formas de apropriação da linguagem que conduzem a tipos diferentes de sentido ao contexto analisado: quando se enfatiza o receptor, o emissor, a mensagem, o código, o contexto ou o contato, este último o que usei para esclarecer qual a ênfase dada nesse momento da comunicação. Dar ênfase ao próprio canal de comunicação estabelecido.

olhos abertos, a pergunta do início se repetia: “Como você está se sentindo?”. A resposta agora adquiria um sentido diferente da primeira ocasião. Muito embora a performance estivesse dada, a referência a algumas ideias pressupostas era esperada. Por exemplo, existia uma valoração específica das sensações corporais. “Senti meu pé esquerdo um pouco quente, e depois senti minha cabeça pesada, mas aí ela ficou leve novamente e senti um bem-estar no corpo todo”. Este é um exemplo, certa vez mencionado por um dos fisioterapeutas, de um caso bem-sucedido da comunicação entre paciente e profissional de saúde. Vemos produzida uma sequência de atos corporais, através do qual a consciência, assim intermediada pelo *acompanhamento*, permitiria reconhecer.

Contudo, esse modelo ideal de verbalização de toda uma sequência de sensações corporais sofre, frequentemente, interferências de numerosos componentes considerados ‘externos’, ou seja, o paciente sempre pode optar por não querer expressar-se verbalmente, ou por dizer simplesmente que “está se sentindo um pouco melhor” ou reiniciar o assunto de que estava falando antes do *acompanhamento* começar. Para este último caso, ao perceber que pouca mudança foi produzida, ou que o canal de comunicação não se tornou consistente, mais acompanhamentos eram agendados. O fisioterapeuta se resguardava a opção de repetir as ações mais vezes, em busca da abertura de contato, sem alterar sua forma de agir, apenas recorrendo à mesma sequência.

A pergunta, apesar de ser a mesma com relação às palavras pronunciadas, tem forças diferentes a depender do momento em que é enunciada. No entanto, o ato de falar sobre si, usando uma linguagem referenciada nas sensações percebidas através do corpo, é o fio condutor a partir do qual se criam contextos específicos da avaliação de cada paciente, ou seja, o corpo funciona como um ponto de partida e chegada ao mesmo tempo. Ele pode ser uma referência da fala humanizante e indicar a presença dessa humanização sendo efetuada. Nesse sentido, o corpo é um complexo total que relaciona simultaneamente sensações físicas e capacidade de percebê-las e verbalizá-las. Trata-se, porém, de reorganizar a experiência do encontro clínico a partir de uma forma específica de valorizar as sensações corporais como expressões, e não como impressões, buscando assim objetivar o corpo como um mediador entre as subjetividades. Muitas vezes, os pacientes rapidamente dominam o significado do tipo de reação esperada, como naquela atitude de “com-

portamento convencionalizado” descrito por Tambiah (1985:132). De qualquer maneira, o ato comunicativo nessas situações podia ocorrer através do que o autor chama de “simulação da intenção” ou de “produção da espontaneidade”.

A análise de rituais, como discutida em Tambiah (1985), nos permite sugerir que se produzia um redimensionamento do corpo, elegendo-o como meio de comunicação com fins terapêuticos por intermédio de uma sequência de atos performativos. Nesse sentido, apesar de haver critérios escritos e conceitos sobre os quais era possível julgar as condições do paciente, isso criava um paradoxo para a concepção de corpo utilizada. As fichas, preenchidas pelos fisioterapeutas na tentativa de sistematizar informações para sincronizar a própria atuação como grupo era, em todo caso, completamente ineficaz na mediação que o fisioterapeuta desejava fazer durante o encontro clínico.

Os atos performativos que compunham os *acompanhamentos* produziam sentidos, tinham efeito sobre os pacientes e sobre os próprios profissionais. Tratava-se de um nível de troca comunicativa em que o imprevisível e o previsível sempre estavam presentes, assim como o físico e o intangível, a consciência e a inconsciência, a fala e o silêncio. A eficácia era constituída, portanto, a partir do jogo de sentidos indexados por essas oposições.

Considerações finais

A forma de realizar o *acompanhamento* implicava uma experiência corporal que envolvia tanto o profissional de saúde como o paciente e era acionada por técnicas simples. Aliás, sua extrema simplicidade costumava anunciar certa desconfiança entre pacientes que sinalizavam o desgosto em receber ‘assistência religiosa’. Para fugir desse dilema, os profissionais do projeto eram cuidadosos ao destacarem que o *acompanhamento* era um ato de comunicação não-verbal, parte do serviço de reabilitação integrada oferecido pelo hospital. A construção da eficácia das atitudes corporais experimentadas pelo grupo era negociada constantemente. Além da marcação do silêncio, o corpo enquanto uma possibilidade comunicativa que potencializava o processo de reabilitação não era um conceito compartilhado nem com os pares profissionais de fora do pro-

jeto de humanização e nem com os pacientes e suas famílias. Refletir sobre o caráter social da construção da eficácia terapêutica dessas atitudes corporais significa, no caso apresentado, focar nos atos de *acompanhamento* para, em seguida, pensar a humanização enquanto reinvenção da biomedicina em torno de suas dicotomias e valores fundamentais.

Assim, antes de entrar na sala ou quarto, o fisioterapeuta fazia silêncio e se dirigia à pessoa em seu leito, dando-lhe um cumprimento habitual de bom dia e realizando a apresentação nos termos descritos acima. Depois de se certificar de estar com a própria coluna ereta, os pés bem apoiados e firmes e realizar a pergunta que marca o início do evento de *acompanhar* o paciente, o fisioterapeuta apoiava sua mão espalmada sobre a barriga do mesmo. Nos minutos desse contato físico específico, que simbolizava a comunicação tissular, a experiência de contemplação do outro era tão importante quanto o toque no abdome, pois ambos configuravam o *acompanhamento* como um ato de comunicação que mediava o não dito. O contato físico regido por essa especificidade transformava o silêncio num “ato ilocucionário” (Austin 1975), cujos efeitos eram a própria valorização de meios de comunicação considerados mais ‘sutis’ como o tátil, o auditivo e o visual (aspecto performativo). Assim, diferentes atos de fala como anunciar, censurar, negar, entre outros, adquirem sentido no corpo e através dele. Dessa maneira, a sequência entre cumprimentar o paciente, fazer silêncio e efetuar um contato físico mínimo, que perdurava em torno de cinco minutos em média, se resguardava como sequência privilegiada ao desenrolar desse tipo de comunicação. A força ilocucionária dos atos podia ser sintetizada pela pergunta que marcava o início e término dos *acompanhamentos*: “como você está se sentindo?”.

Os diferentes tipos de reação dos pacientes a essa pergunta efetuada antes e depois do *acompanhamento* mobilizava o fisioterapeuta de forma particular. A expansão do significado do modelo de interação diferenciada para a diversidade de sentidos agregada pelos pacientes ao se pronunciarem era a própria matéria-prima através da qual se constituía a eficácia da reabilitação enquanto ato comunicativo: capaz de mediar diferenças culturais, hierarquias sociais e barreiras linguísticas.

Temos, assim, uma configuração de atos em que os profissionais de saúde se postulavam como mediadores do processo saúde/doença. Ao eleger o contato tátil, auditivo e visual tão importante quanto o

contato verbal, os fisioterapeutas estariam buscando indexar por meio do *acompanhamento* a concepção de um corpo enquanto meio de expressão do inconsciente. Mas se o ato expressivo pressupõe uma percepção que lhe é anterior, a fenomenologia da percepção que informaria tal noção de corpo só é possível quando pensada a partir de uma dimensão “pré-pessoal”, isto é, de ações irrefletidas pela própria dinâmica na qual o hábito arraigado se opõe ao ato de reflexão (Rabelo & Alves 2004:182-3). O corpo como universo de sensações a serem desveladas anuncia uma noção intrínseca de *self* nesse jogo comunicativo (Goffman 1981). Valorizar especificamente as sensações corporais como índices de seu *self* era o repertório através do qual as possibilidades de reabilitação de cada um poderiam ser construídas.

O processo de reabilitação humanizada se pautava num aprendizado sobre a forma de classificar as próprias sensações corporais. Quando os pacientes desviavam dessa trajetória, voltando sua atenção para outras pessoas ou para situações externas à sua volta¹¹, configurava-se uma imagem de pouca ‘capacidade’ de adesão ao tratamento. A adesão era medida, portanto, em termos de expressão verbal, potencializando uma oposição indesejada entre corpo e palavra. Era como se a humanização, apesar de produzida num nível de comunicação tissular, não estivesse à disposição de todos. Havia, assim, a contradição entre um corpo concebido como mediador universal (profissional de saúde) e os limites dessa mediação apontada pelos pacientes. Para os profissionais de saúde engajados no projeto de humanização o *acompanhamento* era um ato de mediação para uma possível cura, designando uma competência (*competence*) *vis-à-vis* aos exames clínicos, procedimentos cirúrgicos, etc. Por outro lado, para a maioria dos pacientes, o procedimento era vivido como um ato cujas antecipações podiam e frequentemente faziam referência a elementos de um cuidado (*caring*). Mesmo demonstrando-se insatisfeitos pelas constantes oposições entre saber-fazer e cuidar, e que

¹¹ Num hospital como o que descrevo, de nível secundário (capacidade de atendimento a problemas de baixa à média complexidade) as internações são feitas em quartos coletivos. Nesse ambiente, era muito comum que as pessoas internadas fizessem comparações umas com as outras sobre suas situações de sofrimento. O ato de prestar atenção nos sofrimentos alheios era entendido pelos fisioterapeutas como uma fuga do sujeito ao ato comunicativo proposto.

constituíam o cotidiano dos *acompanhamentos*, era imprescindível aos profissionais de saúde do projeto considerar as antecipações em torno dessa oposição prevalente nas práticas de saúde.

Podemos dizer que o instrumental teórico que nos permitiu descrever o *acompanhamento* como um ato comunicativo também nos permitiu compreender como era possível para esse grupo de profissionais de saúde conjugar duas noções: (1) uma noção de intercorporeidade fenomenológica – reivindicando certa economia corporal como saber-fazer ou *competence* – conjugada a (2) uma noção de *self* tipicamente associada ao individualismo moderno (Dumont 2000), na medida em que o corpo mediava subjetividades, sendo percebido dentro do marco da racionalidade e da autonomia ao supor a existência de um ‘eu inconsciente’, isto é, tomando o corpo como a representação física e visível de um inconsciente que desvela, agencia e produz relações sociais. Tratar-se-ia de uma concepção de corpo que busca mediar oposições de vários tipos: corpo e mente, consciente e inconsciente, até os limites da produção de uma intersubjetividade corporal entre o ‘eu’ e o ‘outro’ que transcenderia não apenas a oposição sujeito e objeto, mas a própria relação social como objeto exclusivo da reflexão e da produção mental/intelectual.

No decorrer do artigo, analisei os eventos do *acompanhamento* que buscavam integrar as ações dos atores com os conceitos de corpo e de mediação, constitutivos das práticas de humanização. A percepção do *acompanhamento* como um ato comunicativo não apenas logrou produzir a interação desejada entre prática e teoria, elementos que só se separam na reflexão sobre o vivido, como permitiu ir além e compreender o que pareceria contraditório num plano formal. Em suma, podemos dizer que o ‘encontro efetivo’ ocorria ‘durante a trajetória’ dos atores em relação, sendo essas ‘durações’ potencialmente reabilitadoras. O cotidiano dos *acompanhamentos* nos revelou o exercício de uma intersubjetividade corporalmente concebida e cujo principal objetivo era reorganizar a experiência do indivíduo consigo mesmo através da sua relação com o outro.

Creio que os elementos até aqui descritos são suficientes para indicar que o *acompanhamento* pode ser lido como uma série de atos performativos que – em vez de opor as concepções às práticas – intensificam a experiência ‘humanizante’ para o grupo do CHPT, dentro da qual o dinamismo é metáfora ideal da vida. Os acontecimentos são vividos como

contingentes e suas circunstancialidades são cuidadosamente significadas, apontando para as (des)continuidades entre as esferas da experiência como mais importantes do que a formalidade sequencial. Entretanto, não foi preciso descartar nem uma nem outra ao compreendê-los como partes fundamentais de um evento comunicativo vivido como um ritual, isto é, como parte de um recorte nativo que caracterizava explicitamente o *acompanhamento* enquanto experiência cotidiana e extraordinária simultaneamente. A validade performativa, para lembrar Austin (1975), está contida nesse entrelaçamento entre os atos performados, cujas intenções e ações são concebidas em termos de seu caráter ilocucionário e perlocucionário (aspecto performativo), e não a partir de uma validade constativa apenas.

Assim sendo, o ato de impostar as mãos por meio do contato físico no abdômen, central para o desenrolar dos eventos do *acompanhamento*, pode ser visto como um meio metonímico para que o paciente adquira um novo estado de consciência, capaz de reconhecer uma dimensão de existência na qual não há distinções valorativas entre sensações corporais e estados mentais. Interior e exterior, portanto, simbolizam uma experiência de estar dentro e fora de vários lugares, espaços, ideias e sensações. Não se confunde coma ideia de fora e dentro das limitações físicas do corpo.

Essa expansão de significados foi possível por meio do foco nos conceitos nativos de humanização e de uma descrição etnográfica, que teve seu percurso orientado pela prática do *acompanhamento*. Assim, podemos dizer que as dicotomias aqui expostas, como interior/exterior, corpo/mente, etc. possuem um caráter norteador, mas se expandem em diversos momentos, sendo um suporte analítico que opera relações importantes das concepções e práticas do grupo, as quais dão ênfase a momentos fundamentais da experiência, mas que não foram tomadas como critérios generalizantes capazes de totalizar as ideias e ações que compuseram a etnografia.

Como Silverstein (1997) afirma, a linguagem é muito mais do que uma mera proposição, posto que o caráter referencial é apenas um de seus atributos. Nesse sentido, os atos comunicativos aqui analisados produziram efeitos na busca de um refinamento sobre as concepções de corpo, mediação e humanização propostas pelo grupo. O que eles estavam fazendo, nesse sentido, era tocar, falar e silenciar, de maneira que

somente uma combinação específica desses atributos poderia operar um conteúdo que significaria as ações e poria pessoas em comunicação, gerando compreensão e eficácia. A temporalidade dos *acompanhamentos*, constituída na experiência dos sujeitos através das noções de corpo e mediação, se destacou na análise performativa das ações dos profissionais de saúde, cuja validade está diretamente relacionada a um fazer que, através de um percurso descritivo denso, agregou sentidos que não se limitam à reprodução de oposições clássicas à biomedicina, a qual, de certa forma, simplificaria o universo da humanização em saúde e reduziria seu visível estatuto polissêmico.

Bibliografia

- AUSTIN, J. L. 1975. *How to Do Things with Words*. Cambridge: Harvard University Press.
- AYRES, J. R. C. M. 2005. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):549-60.
- . 2004. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13(3):16-29.
- ALVES, P. C. & MINAYO, M. C. S. (org.). 1994. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BOURDIEU, Pierre. 2009 [1980]. *O senso prático*. Petrópolis: Vozes.
- CANESQUI, A. M. 2003. Os estudos de antropologia da saúde/doença na década de 1990. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):109-24.
- CAPRARA, A. & FRANCO, A. L. S. 1999. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3):647-54.
- COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. 2003. Da intersubjetividade à intercorporeidade: contribuições da filosofia fenomenológica ao estudo psicológico da alteridade. *Psicologia USP*, 14(1):185-209.
- COSTA, Ana Maria. 2004. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3):5-15.

- DIAS DA SILVA, C. 2006. *Viver em primeira pessoa: uma proposta de humanização como técnica corporal*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Sociais. Brasília: Universidade de Brasília.
- DIAS DUARTE, L. F. 2003. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(1):173-83.
- DUMONT, Louis. 2000 [1983]. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco.
- GOOD, B. & GOOD, M-J. 1993. Learning Medicine: The Constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School. In LINDENBAUM, S & LOCK, M. (eds.): *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley, Los Angeles, New York: University of California Press.
- GOFFMAN, Erving. 1974. *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper and Row.
- _____. 1981. *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- JAKOBSON, Roman. 1971. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix.
- LANGDON, Esther Jean M. 1988. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. *Saúde em debate*, número especial:12-5.
- MAUSS, Marcel. 2003 [1950]. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify.
- PEIRANO, Mariza G. S. 1995. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- _____. 2000. *A análise antropológica de rituais*. Brasília: DAN/UnB.
- _____. 2001. Rituais como estratégia analítica e abordagem etnográfica. In _____. *O dito e o feito: ensaios de antropologia dos rituais*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- QUEIROZ, M. C. & CANESQUI, A. M. 1986. Contribuição da Antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 20(2):141-51.
- RABELO, M. C. & ALVES, P.C. 2004. Corpo, experiência e cultura. In LEIBING, A. (org.): *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora NAU.

- RESSÉGUIER, J.P. 2003. *Bases da aplicação prática da reabilitação integrada*. (www.institutresseguier.com/uploads/library/bases-da-aplicacao-pratica-da-reabilitacao-integrada-1251824145-1269368941.pdf; acesso em: 30/11/2011).
- RUSSO, Jane. 1991. *O corpo contra a palavra*. Tese de Doutorado. Departamento de Antropologia, Museu Nacional. Rio de Janeiro: UFRJ.
- SAID, Edward. 2007 [1978]. *Orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- SCHÜTZ, Alfred. 1979. *Fenomenologia e relações sociais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- SEVALHO, G. & CASTIEL, L. D. 1998. Epidemiologia e antropologia médica: a interdisciplinaridade possível. In ALVES P. C. *et al.* (org.): *Antropologia e saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Relume-Dumará.
- SILVA, R. C. P. & ARIZONO, A. D. 2008. A política nacional de humanização do SUS e o Serviço Social. *Revista Ciências Humanas* 1(2):1-12.
- SILVERSTEIN, M. 1997. Language as a Part of Culture. In TAX, Sol & FREEMAN, Leslie (eds.): *Horizons of Anthropology*. Chicago: Aldine.
- SKINNER, H. A. 1961. *The Origin of Medical Terms*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- TAMBLAH, S. J. 1985. *Culture, Thought and Social Action*. Cambridge: Harvard University Press.
- TEIXEIRA, R. R. 2005. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3):585-97.
- UCHÔA, S.A.C. 2003. *Os protocolos e a decisão médica: evidências ou vivências?* Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: UERJ.

Recebido em dezembro de 2011

Aprovado para publicação em agosto de 2012

Revista ANTHROPOLÓGICAS, ano 15, vol. 22(2), 2011