

## Alteridade da dor nas práticas de Saúde Coletiva: implicações para a atenção à saúde de pessoas idosas

'Otherness' of pain in Collective Health practices: implications for healthcare for the aged

Wagner Jorge dos Santos <sup>1</sup>  
Karla Cristina Giacomin <sup>2</sup>  
Josélia Oliveira Araújo Firmo <sup>3</sup>

**Abstract** *This article seeks to understand the significance attributed by the elderly in the community to their experiences of pain based on the approach given to pain in collective health practices. The survey adopts a qualitative approach of an anthropological nature, grounded on the prerequisites of ethnography. Individual interviews were held, using a semi-structured script, with a universe of 57 elderly people. The Signs, Meanings and Actions methodology oriented the collection and analysis of the data, making possible investigation of the representations and concrete behaviors associated with the experience of pain. There was the sense of the experience of pain in the practice of public health in relation to two analytical categories associated with the health / disease process and care relationships in public health services. The experience of pain modulates the concept of health / disease of respondents and mediates the production of otherness in collective health practices, showing the need of a other-related dialogue that does not always established with the professional care. It is essential that this dialogue happens to be transmuted into care that soothes and comforts.*

**Key words** Pain, Alterity, Elderly, Public health services

**Resumo** *A dor é vivência solipsista que acontece sem a mediação do outro no seu mal-estar, enquanto o sofrimento configura uma experiência alteritária de quem sofre e dirige ao outro sua demanda. Este artigo busca compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade sobre sua vivência algica a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva. A pesquisa foi desenvolvida na abordagem qualitativa de cunho antropológico e fundamentada nos pressupostos da etnografia. Foram realizadas entrevistas individuais com roteiro semiestruturado em universo de 57 idosos. A metodologia de Signos, Significados e Ações orientou a coleta e a análise dos dados, possibilitando a investigação das representações e dos comportamentos concretos associados à experiência da dor. Observou-se o sentido da vivência da dor nas práticas da saúde coletiva em relação a duas categorias analíticas associadas ao processo saúde/doença e às relações de cuidado nos serviços públicos de saúde. A vivência da dor modula o conceito de saúde/doença dos entrevistados e medeia a produção de alteridade nas práticas de saúde coletiva, configurando a necessidade de um diálogo alteritário que nem sempre se estabelece com o profissional que cuida. É fundamental que este diálogo aconteça para que seja transmutado em cuidado que alivia e conforta.*

**Palavras-chave** Dor, Alteridade, Idoso, Serviços públicos de saúde

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas René Rachou, Fiocruz. Av. Augusto de Lima 1715/610, Barro Preto, 30190-002 Belo Horizonte MG Brasil. wagnerjorge@cpqrr.fiocruz.br

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

<sup>3</sup> Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Fiocruz.

## Introdução

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tissular – real ou potencial –, e descrita em termos de tal dano<sup>1</sup>. Com o envelhecimento da população, os serviços de saúde precisam responder predominantemente a demandas de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, tais como a artrite, o acidente vascular encefálico, o diabetes. Tais condições, frequentemente associadas às queixas de dor crônica<sup>2</sup>, podem comprometer consideravelmente a autonomia no desempenho em atividades básicas de vida diária, com repercussões na funcionalidade, independência, autoestima e qualidade de vida do sujeito<sup>3</sup>.

Por se tratar de uma vivência, a percepção da dor é caracterizada como uma experiência multidimensional, cuja qualidade e intensidade sensorial são afetadas por diferentes variáveis afetivo-motivacionais<sup>4</sup>. Essa vivência constitui-se em dupla inscrição: objetiva na concretude biológica do corpo<sup>5</sup>, mas genuinamente subjetiva e pessoal, estando sujeita à interpretação a partir do universo de significados de sua própria singularidade<sup>5,6</sup>. A dor é o sintoma mais subjetivo, cuja visibilidade e mensuração dependem do relato de quem a experimenta, não havendo exames de imagem ou de laboratório que possam constatá-la<sup>7</sup>.

Nas Ciências Humanas e Sociais, o corpo e a dor são definidos como construções simbólicas, constituídas no cerne da relação do sujeito com o mundo social e de sua vivência, ultrapassando, portanto, as configurações do signo clínico, propostas pela medicina<sup>5</sup>. Pesquisas etnográficas sobre dor, sofrimento e emoções, atestam a diversidade cultural dessa experiência humana<sup>6</sup>, pois, não apenas sentir, mas expressar a dor, implica códigos culturais que sancionam as formas de manifestação dos sentimentos, no sentido de uma experiência inscrita social e culturalmente<sup>6</sup>.

Além disso, cabe refletir sobre a distinção entre dor e sofrimento proposta por Joel Birman<sup>8</sup>. Nela a dor é uma vivência marcadamente solipsista, em que a subjetividade se fecha sobre si própria, não havendo lugar para o outro no seu mal-estar. Tampouco existiria qualquer dimensão alteritária, pois a interlocução com o outro ficaria prejudicada ou reduzida, restringindo à dor a expressão de um murmúrio ou lamento, por mais aguda e intensa que fosse. Enquanto o sofrimento se constitui em uma experiência essencialmente alteritária, na medida em que a subjetividade de quem sofre dirige-se ao outro como apelo e endereçamento de sua demanda.

Dessa forma, diferentemente da dimensão solipsista da dor, Birman<sup>8</sup> inscreve o sofrimento em uma dimensão de atividade, pois é no encontro e na interlocução entre pares que ele é registrado.

Assim, reconhecendo que a integralidade da atenção à saúde, mais do que a mera produção de consultas e atendimentos, se faz pelo encontro entre pessoas, é fundamental compreender como se dá a abordagem do sujeito idoso com dor nas práticas de saúde coletiva. Além disso, dado o acelerado envelhecimento populacional e a transição epidemiológica por que passa o Brasil, é necessário conhecer melhor a repercussão de ambos os fenômenos na produção do cuidado desenvolvido nas ações e serviços de saúde pública. O objetivo desse artigo é compreender o significado atribuído pelos idosos da comunidade sobre sua vivência algica e discuti-lo a partir da abordagem conferida à dor nas práticas de saúde coletiva.

## Quadro Teórico

O presente trabalho foi desenvolvido na perspectiva da abordagem qualitativa, de cunho antropológico, e está fundamentado nos pressupostos da etnografia, com influências da filosofia hermenêutica de Gadamer<sup>9</sup> na sua concepção e prática de saúde e cuidado. Uma das contribuições da hermenêutica é o conceito de *diálogo*, que não se refere ao recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento na narrativa da anamnese clássica, mas sim a uma fusão de horizontes<sup>10</sup>, isto é, um encontro e uma permuta de duas visões do mundo que se confrontam<sup>11</sup>. O *diálogo* descreve-se como produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Dessa forma, na relação profissional/usuário nos serviços de saúde é importante que se estabeleça o diálogo, não bastando apenas fazer o usuário falar sobre aquilo que o profissional pensa ser relevante saber, mas ouvir a pessoa idosa que demanda o cuidado de si na dor e no que ela percebe ser indispensável, para que ambos saibam como colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados<sup>10</sup>.

Além disso, também serviram como base de reflexão do presente estudo três grandes contribuições da antropologia para saúde:

- o conceito de *cultura* de Geertz<sup>12</sup>, para quem a cultura constitui um universo de símbolos e significados, que permite aos sujeitos de um

grupo interpretar suas experiências e guiar suas ações. Nele, a cultura é entendida como o contexto que confere inteligibilidade às situações e acontecimentos da vida, estruturando o campo social em um tecido semântico. A cultura é, portanto, um texto interpretável no qual os idosos constroem psicossocialmente sua experiência singular de envelhecer e adoecer, produzindo a partir dos dados da cultura local a sua própria experiência álgica;

- a perspectiva *êmica*<sup>13</sup>, quadro conceitual e metodológico inovador em que a interpretação do cientista é construída a partir da perspectiva dos entrevistados, e não na visão do pesquisador ou da literatura. Assim, para investigar a temática proposta do presente estudo, a pessoa idosa foi convocada a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde e experiência de dor, possibilitando ao pesquisador o mergulho no ambiente local e cultural dela; e ainda,

- a *alteridade*, conceito central da Antropologia<sup>14</sup>, compreendida como estado, qualidade daquilo que é outro, distinto<sup>15</sup>, configurando a posição do não-eu, cujos sentidos e lugares são investigados para mostrar o outro como diferença, desvendar suas características e especificidades<sup>16</sup>, bem como incorporar a noção de uma humanidade plural. Isso rompe com a ideia da existência de um centro do mundo e amplia a possibilidade do saber na diversidade de culturas com suas próprias complexidades<sup>17</sup>, inclusive na saúde pública. Dessa forma, no âmbito da saúde coletiva, a experiência de alteridade configura o lugar do encontro entre humanos reconhecidos a partir das suas diferenças.

### Percurso Metodológico

O presente estudo é parte do projeto “Abordagem Antropológica da Dinâmica da Funcionalidade em Idosos”, conduzido na cidade de Bambuí, localizada a oeste de Minas Gerais. Os critérios de inclusão dos idosos (idade  $\geq 60$  anos), cadastrados nas seis Unidades Básicas de Saúde do município, assistidos pela Estratégia Saúde da Família buscaram garantir a heterogeneidade dos participantes quanto a: território das equipes, gênero, idade e condição funcional. Somente foram entrevistadas pessoas idosas sem alterações cognitivas, que impossibilitassem a realização das entrevistas, e o critério de saturação regulou o tamanho do universo pesquisado, constituído no escopo geral do projeto em 57 idosos entrevistados.

O modelo de *Signos, Significados e Ações*<sup>18</sup> orientou a coleta e análise dos dados. Este modelo apresenta-se como um instrumento privilegiado de investigação antropológica das representações e comportamentos concretos relativos à saúde/doença predominantes na cultura local. Ele possibilita um conhecimento sistemático acerca dos elementos contextuais que intervêm na construção de comportamentos concretamente adotados (maneiras de agir), bem como o acesso a lógicas conceituais (maneiras de pensar) privilegiadas por uma dada população<sup>19</sup>, para compreender e explicar uma determinada condição<sup>20</sup>; na presente pesquisa, a dor.

Nessa perspectiva, a proposta metodológica escolhida<sup>21</sup> inverte o procedimento geralmente utilizado nos estudos sobre representações e parte do nível pragmático para remontar ao nível semântico. O modelo *Signos, Significados e Ações*<sup>18</sup> parte dos comportamentos concretos de indivíduos para identificar as lógicas conceituais que lhes são subjacentes e os diferentes fatores que intervêm na concretização destas lógicas em situações particulares<sup>22</sup>, permitindo a sistematização do pensar e agir singular no contexto da cultura local<sup>19</sup>. Essa especificidade da construção cultural de cada comunidade em conceber o seu próprio universo dos problemas de saúde sustenta certa continuidade entre a maneira de perceber e interpretá-los, e conseqüentemente, desenvolver procedimentos típicos de enfrentamento<sup>21</sup>.

A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista individual, no domicílio, com roteiro semiestruturado, para ampliar o campo de fala dos idosos. As entrevistas foram gravadas e transcritas, permitindo a leitura atenta para identificação das categorias analíticas e a interação entre elas, bem como sua articulação com o contexto sociocultural vigente<sup>23</sup>.

A análise dos dados incluiu trabalho: (a) descritivo de organização, leitura panorâmica, identificação das categorias, leituras em profundidade, modificações nas categorias; e (b) teórico de relações com outros achados e interpretações presentes na literatura e em dados secundários.

As categorias analíticas percebidas como representações da vivência da dor são culturalmente constituídas, produzindo uma análise centrada no seu significado<sup>24</sup>. Nessa perspectiva, as vivências de dor no cotidiano de envelhecer, com incapacidade funcional, são articuladas com o seu contexto de produção material e simbólica, expresso nas narrativas individuais e intersubjetivas, e com as lógicas do campo social e cultural.

### Aspectos Éticos

Este Projeto de Pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos do Centro de Pesquisa René Rachou. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, em acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

### Resultados e Discussão

O universo pesquisado foi composto por 27 homens e 30 mulheres, com idades entre 61 e 96 anos, assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Quanto ao estado civil, 24 eram casados, sete solteiros, 25 viúvos e um vivia em união estável; a maioria com filhos. No grupo, prevalecem baixa escolaridade, forte predomínio da religião católica e origem rural, sendo principais razões de mudança da área rural para a cidade a maior proximidade com o serviço de saúde e/ou com a escola dos filhos.

Após várias leituras sob um olhar cuidadoso e específico acerca da vivência da dor nas práticas da saúde coletiva emergiram da análise duas categorias: “A vivência da dor na saúde e na doença” e “A dor e o cuidado nos serviços públicos de saúde”.

#### A vivência da dor na saúde e na doença

Indagados por que acham que a saúde está boa, uma mulher e um homem respondem, respectivamente: *Eu não sinto nada, minha filha! Graças a Deus! Eu sou tão forte que todo mundo fala assim: ‘eu não guento minha coluna!’. Eu falo: ‘eu não tenho coluna!’ Graças a Deus, eu não sinto.* (M5, viúva, 77 anos). *Eu tô saudável. Eu não tô sentindo nada.* (H18, 65 anos, casado). Para outro homem, o construto de saúde boa está fundamentado no fato de não precisar de consulta médica nem de remédios por não sentir nada: *Eu passo ano sem dar uma consulta, eu não tomo remédio, não tem remédio. Eu só tomo um remédio direto pra pressão, mas é só também. Eu não consulto, não sinto nada assim de precisar de remédio* (H45, 90 anos, viúvo).

Por sua vez, outra idosa explica porque não está bem de saúde: *Não. Tem uma dor aqui nas costas, menina. Uma dor aqui no peito, no braço, atrás. Fico ruim* (M31, 77 anos, viúva). Da mesma forma, perguntado como está a saúde, um senhor responde: *Agora, no momento, não anda bão, não*

*anda bão, muito bão não. Essa dor nas pernas e... dói nas pernas, dói nas escadeiras [...] Quer dizer que agora, no momento, bão eu não tô não, mas a gente vai levando.* (H7, 84 anos, casado).

No campo de fala dos idosos, a saúde é uma vivência de ausência de dor e a doença interpretada como a dor sentida no próprio corpo envelhecido. Ressalte-se que na cultura local não se concebe a velhice sem doenças, como demonstra este relato de um homem idoso: *Só o que não tá bom é a velhice... Porque a velhice é doentia. Há um ditado que fala assim: senectus esculopus: a velhice é doentia. E é.* (H15, 79 anos, casado). Por conseguinte, os idosos pesquisados reconhecem a vivência da dor como algo próprio da velhice, conforme a narrativa deste senhor: *Tá doendo por causa já é mais minha idade, é a coluna mesmo, que a coluna dói também demais de noite quando eu acordo.* (H47, 69 anos, casado).

Porém, cada cultura ou grupo social tem uma linguagem própria e singular através da qual as pessoas enfermas demonstram para as outras os sentidos daquilo que as fazem sofrer<sup>25</sup>. Especificamente no campo de fala dos idosos pesquisados, a dor é vivência; ter saúde é *não sentir nada*, e adoecer é o *sentir* a dor do próprio corpo.

Assim, pode-se discutir o signo *sentir* sob o significado próprio de “vivência”, conforme proposto por Walter Benjamin<sup>26</sup>: o que se vivencia é individual, ligado aos sentidos, presente no consciente, vivido no cotidiano e na temporalidade imediata do momento. Para Benjamin, a vivência é a apropriação singular que o sujeito faz de um dado fato ou evento em sua história, que, embora individual, é sempre marcada por elementos, símbolos e signos presentes no contexto sociocultural<sup>27</sup>. Como o vivido nunca é só do sujeito, na individualidade dos sujeitos pesquisados, nota-se uma mediação social dos significados capturados pelo sujeito nos dados da cultura, conferindo à vivência álgica deles um significado coletivo.

Contudo, em outra perspectiva, Birmam<sup>28</sup> entende que a dor restringe a pessoa a si mesmo, configurando uma vivência solitária e sem mediação simbólica e social. Nesse caso, a interlocução com o outro fica empobrecida, limitando a dor ao registro corporal e a uma linguagem com dificuldade de expressão no campo da intersubjetividade. Essa dimensão da vivência da dor física que se limita ao registro corporal configura uma vivência solipsista<sup>28</sup>, sem a mediação social. Isso produz a sensação de isolamento da pessoa, compromete sua linguagem e objetivação verbal, dificultando a capacidade de comunicação da dor no campo social<sup>29</sup>.

Por sua vez, o signo *não sinto nada* significa a experiência de saúde, que repercute em ações no tecido social e modula as práticas de cuidado, inclusive a decisão de ir ou não ao médico e/ou fazer acompanhamentos periódicos. Para os entrevistados, as ações de precisar ou não de consultas, remédios, exames, acompanhamento médico refletem a vivência de sentir ou não a dor no próprio corpo, estando associadas à possibilidade de limitar ou impedir o mal-estar que a dor provoca, mantendo a vivência de certo modo centrada ao nível do corpo e da ação<sup>28</sup>. Para Gadamer, todo entendimento é interpretação, configurando como universal o ato hermenêutico de procura do sentido de qualquer coisa em nosso mundo sociocultural, seja o significado da vida, da saúde ou da doença, dentre outras interpretações mais comuns das ideias e situações que configuram os objetos presentes no cotidiano da vida<sup>30</sup>.

Portanto, no universo pesquisado, a percepção da vivência da dor na velhice como signo de saúde/doença produz uma interpretação da sua condição e do seu mal-estar endereçada e condicionada pelo campo social. Ademais, como *a velhice é doentia*, essa mesma ideia legitimante que associa dor, doença e velhice, presente nas interpretações<sup>30</sup> sobre o corpo e a saúde dos idosos, é condicionada e reforçada pelos códigos da cultura naturalmente aceitos a partir de estereótipos negativos em torno do entendimento da velhice como doença<sup>31</sup> e de seus agravos como “coisa da idade”<sup>32</sup>.

Essa condição semântica da cultura local está presente na narrativa dessa senhora, viúva pela segunda vez, ao ser perguntada sobre como reconheceria uma pessoa velha: *Eu acho que não tem idade pra falar aquela pessoa tá velha, não. Ela tendo saúde, ela não pensa que tá velha, não. Por exemplo, se ela sentir bem [sem dor], se ela come bem, se ela dorme bem, se ela anda, se ela conversa com todo mundo, ela tá disposta pra tudo... Agora assim, eu acho que a pessoa tendo essa disposição, não tem velhice, não. Não tem velhice, que eu casei com o meu segundo marido, ele já tava com sessenta e muitos anos também. Nós viveu 18 anos. Ele morreu com 88 anos. Ele nunca foi assim, de ficar cabisbaixo e morreu. Adoeceu e num instantinho morreu. Morreu sem ficar velho (M5, 77 anos, viúva).*

O saber biomédico produz uma cultura que mutuamente reforça a associação inexorável entre dor, doença e velhice de tal maneira que se uma pessoa não estiver sentindo nada, sem dor, e com capacidade funcional plena, ainda que em idade avançada, ela pode não ser considera-

da velha<sup>32</sup>. Se no campo de fala do universo pesquisado a vivência da dor modula a condição de doença associada ao significado próprio de ser da velhice, o grande temor do idoso ao se confrontar com sua dor é se reconhecer velho. Acolher a sua dor é acolher a sua própria velhice, configurando no campo social das práticas em saúde coletiva a produção de alteridade significada no pensamento de Hanna Arendt de que toda dor é suportável, desde que possamos construir uma história sobre ela<sup>33</sup>, entendendo a construção histórica como coletiva e produzida no espaço público.

De forma semelhante, o pensamento benjaminiano refere-se à experiência como a ação de encontro do sujeito na relação com o outro<sup>27</sup>, via capaz de ressignificar a vivência. É no momento em que se constrói uma narrativa sobre o fato vivenciado que, no processo de intersubjetividade, pode-se atribuir novas significações para suas vivências. Para que possa ser ressignificada a experiência álgica reclama a alteridade, o que muitas vezes acontece na busca por cuidado junto aos serviços de saúde. O espaço da saúde é mediado pelo coletivo, pela diferença e, portanto, pela própria alteridade<sup>34</sup>. Nas redes de serviços de saúde são sujeitos do cuidado: os usuários, os profissionais e os gestores. Na medida em que a saúde se situa na esfera social/pública, sendo produzida pelo coletivo de atores sociais e das contingências e realidades socioculturais do existir humano, é fundamental compreender a configuração da vivência da dor no olhar do sujeito idoso que procura, se cala ou é assistido pela equipe de saúde.

### A dor e o cuidado nos serviços públicos de saúde

Um senhor relata como está a saúde: *... decerto, assim mais ou menos, de uns dois meses para cá eu até consultei sentindo dor nas pernas.* (H3, 75 anos, casado). Perguntada sobre o que faz quando está com dor, esta mulher esclarece: *Vou ao médico. Agora, por exemplo, consultei já três vezes pra essa dor da perna. Nenhum deles acharam nada. Passa remédio pra tirar a dor. Tira a dor pra ver se vai descobrindo. Então, vão ver se descobre o quê.* (M19, 83 anos, viúva).

Assim, nas práticas de saúde coletiva que acolhem os mais velhos da pesquisa, a vivência da dor estabelece o conceito de saúde/doença e medeia ações de produção de alteridade. Consultar é ação de quem procura outrem que lhe dê a chance de encontrar outro lugar de si ou de reencontrar a possibilidade de *não sentir dor* e assim experimentar de novo a saúde. Nessa procura por

uma resposta e ou por algum recurso para *tirar a dor*, configura-se a perspectiva de uma vivência alteritária na busca por um possível dizer da sua dor, por uma intervenção terapêutica de alívio ou se possível pela cura.

Em seu relato, o homem mais novo do grupo justifica: *A gente fica quietinho assim, com as dores toda, mas ninguém tem culpa*. Falando sobre a fase da dor, responde: *... É muito ruim. É muito ruim pelo seguinte: pelas dores que são demais. Essa condinute causa muita dor, a gota causa muita dor, agora ainda veio essa artrose no joelho. Dá dor. Eu sinto muita dor na coluna cervical, isso embaixo da coluna. A única parte minha que eu não sinto dor ainda é nas mãos. Nos ombros, perna, lombo, eu não dou conta nem de levar a mão na cabeça. Aí eu vou suportando, aí vou levando uma vida razoável*. E explica de modo fatalista como reage a isso: *Ninguém tem culpa, então a gente tem que aprender a viver com as doenças. Se veio pra mim, eu vou ter que enfrentar até que quando eu chego*. (H43, 62 anos, união estável).

Na velhice de Bambuí, a dor compreendida como parte do processo da velhice-doença, ao invés de denotar uma forma de “resistência”<sup>35</sup>, significa o contrário, ou seja, uma desistência – é preciso aceitar sem reclamar. Logo, na cultura local, a dor não engendra a abertura ao outro, dificultando sua expressão como sofrimento, espaço marcado pela alteridade no qual a pessoa idosa estabelece a relação com o outro e delinea um horizonte de ordem intersubjetiva<sup>36</sup>. Essa dificuldade de poder dirigir ao outro o seu apelo configura na contemporaneidade a evidência de uma subjetividade essencialmente narcísica<sup>28</sup>, que condena o sujeito da nossa pesquisa ao mergulho na solidão de sua vivência de dor. Porém, especificamente no campo da saúde coletiva, o ideário individualista tem dado suporte ao modelo de clínica nas práticas dos diversos profissionais de saúde, restringindo a dor a uma figura conceitual previamente estabelecida, a uma categoria nosológica<sup>37</sup>. Para Birman, esse mal-estar contemporâneo se caracteriza principalmente como dor e não como sofrimento<sup>8,28,36</sup>.

Uma senhora narra como se confronta com sua própria dor e imagina soluções para o seu problema: *Agora mesmo tava ali deitada, falei assim: o quê que eu vou fazer com essa dor no braço? Não tenho nada pra tomar. Tava pensando que o médico vinha cá hoje pra me dar uma consulta... Tem um médico que vem aqui. Quando eu não posso ir lá, ele vem aqui*. (M53, 82 anos, viúva). Um homem explica que frequenta muito o serviço de saúde, mas tem com o profissional um diá-

logo desalentador: *Vou ao médico diário, sô. Meu Doutor é o X. X que é médico meu, aí dá aquela perrengada, ele arranja aquele remédio e fala: ‘Cê leva esse e vai tomando, acaba uma receita e pega outra e, na hora que piorar mais, cê volta*. (H23, 82 anos, casado). Outra mulher destaca a pouca disponibilidade do profissional para escutar o que ela traz como demanda: *o SUS, a gente vai lá, eles dão um remedinho, a gente... a gente não precisa falar muita coisa que eles já tão dando a receita. Então eu pago [pela consulta]*. (M55, 86 anos, casada).

Assim, a pessoa idosa reproduz um olhar para sua dor com os significados elementaristas e de fragmentação positivista presentes na cultura do saber biomédico, pois quando ela procura cuidado, o médico lhe prescreve remédios. Nessa perspectiva, a vivência da dor na velhice configura uma apropriação singular, por meio da qual o sujeito reclama a interação no campo coletivo, demarcando e provocando nos serviços de saúde ações de assistência nas relações de produção de cuidados, que possibilitem o acolhimento e a valorização das pessoas como seres humanos<sup>38</sup> em um relacionamento social<sup>25</sup>. Ao mesmo tempo em que confronta a pessoa idosa com a necessidade de estabelecer diferentes perspectivas em sua singularidade, pois o eu e o outro não se confundem, sendo que o lugar de quem sente permanece distante e separado de quem “sabe” sobre a sua dor.

Essa vivência álgica desafia os serviços públicos de saúde, particularmente em relação às tecnologias das relações de cuidado<sup>31</sup>, pois precisa encontrar na relação com a alteridade o acolhimento necessário de sua expressão – condição basilar no campo da saúde. É preciso, portanto, construir uma prática baseada no entendimento do cuidado como experiência relacional e mediadora entre a pessoa idosa e profissional de saúde inserido no horizonte de trocas interpessoais<sup>38</sup>. Além disso, muitas vezes, o interjogo de passividade domina a pessoa quando algo em si dói, esperando que alguém tome uma atitude por si na sua dor<sup>28</sup>.

Na saúde coletiva, a capacidade de perceber o outro como extensão diferente e igualmente valorizada de si mesmo implicaria em ações sucessivas de inclusão, dignificação e liberação desse mesmo outro<sup>38</sup>. Essa construção de uma relação profissional de saúde-usuário no cotidiano da produção de cuidados é composta de encontros subjetivos e atravessada por saberes múltiplos<sup>39</sup>. Porém, na percepção do universo pesquisado, o modo de acolhimento do profissional médico

do serviço público revela pressa no atendimento, comprometendo a resolutividade e a efetividade das ações em saúde<sup>31</sup>. Essa incapacidade de escuta dos profissionais de saúde é parte das reclamações dos idosos entrevistados; ao desqualificar o acolhimento, não pode ser efetiva como cuidado, pois não dialoga com o sujeito naquilo que ele demanda.

Ao refletir sobre a produção de alteridade da vivência da dor na velhice, sob o ponto de vista do sujeito idoso, algumas questões nos interpelam: os velhos procuram os serviços quando sentem algo; como o sistema de saúde cuida dos velhos quando não há sintomas que configuram o sentir do corpo? Para ser merecedor de cuidado o velho necessariamente precisa reclamar dor? Se para os idosos e para os profissionais que eles consultam a dor é parte da velhice, como o sistema de saúde cuida dos velhos cujos corpos doem? Como uma pessoa idosa é acolhida quando as ações de cuidado e assistência não reclamam a alteridade?

Entender essa vivência álgica do usuário é tarefa central para a abordagem da dor nas práticas de saúde coletiva, construindo entendimento sobre o dizer da dor pelo usuário e o acolhimento do profissional que faz de sua escuta um diálogo configurado como um ato hermenêutico<sup>30</sup>. Para que o profissional interprete adequadamente a magnitude do problema sendo capaz de tornar esse encontro um ato de cuidar e de produção de alteridade é preciso superar este impasse: a dor que o velho sente pode se misturar com os registros de quem cuida?

A compreensão da dor do velho não pode ser o registro unilateral do saber a dor de quem cuida, mas a narrativa própria de quem a vivencia. Somente quando a pessoa manifesta ao outro a sua dor é que esta tem a possibilidade de ser compreendida em seu registro pessoal e singular<sup>40</sup>. Enquanto a vivência da dor for vista somente do lado de fora pelos profissionais de saúde, o cuidado não se efetivará, permanecendo o impasse e o antagonismo entre a vertigem de isolamento de quem sente a dor e o profissional que cuida da vivência álgica na velhice naturalizando a dor nessa etapa da vida.

Na perspectiva de Gadamer, o diálogo acontece na fusão de horizontes – termo que descreve a atividade de entendimento entre os horizontes que cada pessoa representa<sup>30</sup>. Um “horizonte” é uma perspectiva de visão sobre o mundo vivido que nos remete pelo uso da linguagem ao encontro com outro horizonte, num processo de fusão que cria acordos linguísticos<sup>41</sup>. A finalidade desse encontro é que os pares entendam-se uns com

os outros<sup>9</sup>, considerando a concretude existencial dos envolvidos e tornando possível a decisão compartilhada, entre a pessoa idosa e o profissional que cuida, sobre o cuidado em saúde mais apropriado diante daquela condição específica – no presente caso, a dor. Nesse sentido, a alteridade que a dor e o diálogo provocam configura-se em uma ação pública orientada à diferença, à diversidade, incluindo identidades sociais diferenciadas que se encontram nos espaços públicos da saúde<sup>42</sup>.

Portanto, o desafio do campo da saúde passa a ser conseguir abordar, interpretar e transformar a dor como sofrimento<sup>8</sup> do sujeito que a vivencia no seu contexto sociocultural e face à alteridade, pois a dor sentida e o sofrimento manifesto estão refletidos nessa relação com o outro – neste caso, o profissional de saúde – que acolhe ou rejeita quem vivencia o processo álgico crônico, se disponibilizando (ou não) ao lugar da escuta e do encontro, seja no domicílio ou no serviço de saúde.

## Considerações Finais

O presente trabalho, ancorado na amplitude do olhar antropológico, reconhece a vivência da dor como oportunidade de constituição de relações e de encontro com a alteridade do outro, de qualificação das tecnologias das relações de cuidado e de valorização da integralidade da experiência e da história da pessoa idosa que vivencia a situação álgica.

Assim, a vivência da dor é o lugar privilegiado de reflexão sobre a cultura e as práticas de saúde coletiva que ainda compreendem como *coisas da idade* as doenças e os agravos que acontecem na velhice. Porquanto não se observa a desejada mudança de um modelo assistencial que produza vínculos por meio de um acolhimento centrado na escuta e no diálogo. Pelo contrário, o modelo que os idosos percebem e retratam escuta pouco e continua privilegiando o cuidado da doença como processo, ao invés da doença como experiência, negando o diálogo com a singularidade da pessoa idosa que vivencia a dor.

Apesar disso, é fundamental que, no campo da saúde, a alteridade da dor seja um princípio ético constituinte das relações. Quando se configura esse olhar de alteridade na experiência de cuidar da dor do outro, a pessoa idosa se torna o sujeito de sua própria experiência e de seu corpo, nota-se um acolhimento da dor transmutado em cuidado que alivia e conforta. Essa alteridade pode assumir

uma função indutora do processo de humanização dos serviços que se ofertam ao sujeito idoso, desde que o profissional compreenda a velhice como etapa natural da vida, digna e merecedora de cuidado, com, sem ou apesar da dor.

### Colaboradores

WJ Santos, KC Giacomini e JOA Firmo participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

### Agradecimentos

À FAPEMIG pelo apoio financeiro, ao CNPq (bolsa de produtividade) e à CAPES (bolsa de doutorado).

### Referências

1. International Association for Study of Pain (IASP). Pain terms: a list definition and notes on usage. Recommended by an IASP subcommittee on taxonomy. *Pain* 1979; 6(3):249-252.
2. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):753-761.
3. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Rev Dor* 2011; 12(2):120-124.
4. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-am Enfermagem* 2002; 10(3):446-447.
5. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral; 1999.
6. Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e Cultura. In: Carvalho MM, organizador. *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus; 1999. p. 159-173.
7. Minatti SP. O psicanalista no tratamento da dor. *Rev Latinoam. Psicopat. Fund.* 2012; 15(4):825-837.
8. Birman J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
9. Gadamer HG. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis: Vozes; 2006.
10. Gadamer HG. *Verdade e Método II. Complementos e Índice*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
11. Domingues JA. *Diálogo Hermenêutico*. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2009. Coleção Artigos Lu-soSofia
12. Geertz C. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books Inc. Publishers; 1973.
13. Uchôa E. Contribuições da Antropologia para uma Abordagem das Questões Relativas à Saúde do Idoso. *Cad Saude Publica*, 2003; 19(3):849-853.
14. Goldman M. Alteridade e Experiência: Antropologia e Teoria Etnográfica. *Etnográfica* 2006; X(1):161-173.
15. *Grande Enciclopédia Larousse Cultural*. São Paulo: Nova Cultural; 1998.
16. Zanella AV. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol. Soc.* 2005; 17(2):99-104.
17. Laplantine F. *Aprender antropologia*. São Paulo: Brasiliense, 2000.
18. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathologie Africaine* 1992; 24:183-204.
19. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. *Cad Saude Publica* 1994; 10(4):497-504.
20. Firmo JOA, Lima-Costa MFE, Uchôa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad Saude Publica* 2004; 20(4):1029-1040.

21. Corin E, Bibeau G, Martin JC, Laplante R. *Comprendre pour Soigner Autrement. Repères pour Régionaliser les Services de Santé Mentale*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1990.
22. Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Harnois G. *Les Attitudes Dans le Champ de la Santé Mentale. Repères Théoriques et Méthodologiques pour une Étude Ethnographique et Comparative*. Montréal: Centre de Recherche de l'Hôpital Douglas, Centre Collaborateur OMS; 1989. Rapport Technique.
23. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saude Publica* 2005; 21(5):1509-1518.
24. Gomes R, Mendonça EA, Pontes ML. As Representações Sociais e a Experiência da Doença. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1207-1214.
25. Helman CG. *Cultura, Saúde e Doença*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
26. Wu R. A experiência como recuperação do sentido da tradição em Benjamin e Gadamer. *Anos 90* 2004; 11(19/20):169-198.
27. Mitrovitch C. *Experiência e formação em Walter Benjamin*. São Paulo: Editora Unesp; 2011.
28. Birman J. Dor e sofrimento num mundo sem mediação. In: Estados Gerais da Psicanálise: II Encontro Mundial. Rio de Janeiro, 2003, p. 1-7. [acessado 2014 ago 10]. Disponível em: [http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial\\_rj/download/5c\\_Birman\\_02230503\\_port.pdf](http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/5c_Birman_02230503_port.pdf)
29. Scarry E. *The body in pain*. Oxford: Oxford University Press; 1985.
30. Lawn C. *Compreender Gadamer*. 2ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2010.
31. Santos WJ, Giacomini KC, Firmo JOA. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3441-3450.
32. Moraes GVO. *Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade* [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou; 2012.
33. Arendt H. *Homens em tempos sombrios*. São Paulo: Companhia das Letras; 1987.
34. Costa ML, Bernardes AG. Produção de Saúde como Afirmação de Vida. *Saúde Soc*. 2012; 21(4):822-835.
35. Kleinman A. Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds. In: Good M, Brodwin P, Good B, Kleinman A, organizadores. *Pain as human experience: an anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press; 1992. p. 169-197.
36. Birman J. O sujeito desejante na contemporaneidade. Notas da abertura da Conferência "II Seminário de Estudos em Análise do Discurso", em 31/10/2005, Instituto de Letras da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. [acessado 2014 ago 8]. Disponível em: <http://www.analisedodiscurso.ufrgs.br/anaisdosead/2SEAD/CONFERENCIA/JoelBirman.pdf>
37. Bernardes AG, Quinhones DG. Práticas de Cuidado e Produção de Saúde: Formas de Governabilidade e Alteridade. *Psico* 2009; 40(2):153-161.
38. Martins PH. Dom do reconhecimento e saúde: elementos para entender cuidado como mediação. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2011. p. 39-50.
39. Faria HX, Araujo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc*. 2010; 19(2):429-439.
40. Ginzburg J. Dor e Linguagem: em torno de Wittgenstein. *Com Ciência – Revista eletrônica de jornalismo científico – SBPC*. [acessado 2014 nov 9]. Disponível em: <http://www.comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=24&id=263&tipo=1>
41. Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(1):200-207.
42. Martins PH, Bezerra RS, Carvalho EL, Lima JB. Inovação, alteridade e vínculo nos processos de mediação na esfera pública da saúde: um diálogo com vistas à renovação das políticas públicas na saúde. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. *Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS; 2011. p. 68.

---

Artigo apresentado em 26/11/2014

Aprovado em 19/02/2015

Versão final apresentada em 21/02/2015

