

Escuta sensível na formação de profissionais de saúde (*)

René Barbier (Universidade Paris 8, CRISE)

<http://www.barbier-rd.nom.fr/>

Conferência na Escola Superior de Ciências da Saúde – FEPECS – SES-GDF

<http://www.saude.df.gov.br/FEPECS>

1. O que é *escuta sensível* : Um tipo de escuta próprio do pesquisador-educador segundo a '*abordagem transversal*' (Barbier, 1997)

Trata-se de um *escutar-ver* que recebe em seu significado a influência da abordagem *rogeriana* em ciências humanas, inclinando-se para a tendência interpretativa da meditação no sentido oriental do termo (Krishnamurti, 1994). A escuta sensível se apoia na **empatia**. O pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do *outro* para poder compreender *de dentro* suas atitudes, comportamentos e sistema de idéias, de valores de símbolos e de mitos.

A escuta sensível **reconhece a aceitação incondicional de outrem**. O *ouvinte-sensível* não julga, não mede, não compara. Entretanto, ele compreende sem aderir ou se identificar às opiniões *dos outros*, ou ao que é dito ou feito.

A escuta sensível afirma a **congruência** do pesquisador. Ele transmite suas emoções, seu imaginário, suas interrogações, seus ressentimentos. Ele é “presente” isto é, consistente. Ele pode se recusar a trabalhar com um grupo se certas condições ferirem o núcleo central de seus valores, sua filosofia de vida.

A escuta sensível é sempre "multirreferencial", segundo a expressão de Jacques Ardoino (Sérgio da Costa Borba, 2001).

barbier@planete.net

*** A escuta sensível não é uma rotulagem social**

Este princípio se refere à teoria sociológica do “*habitus*” na linha do sociólogo francês Pierre Bourdieu, e também à teoria dos **papéis e *statuts*** da psicologia social. Somos todos reféns de esquemas de percepções, representações e ações que nos atingem através de nossa família, de nossa classe social e que nos conduz a um conformismo social inconsciente. É certo, os papéis e *statuts* sociais que desempenhamos nas diversas organizações onde nos encontramos inseridos nos constroem a não desarranjar a ordem estabelecida, e nos garantem uma estabilidade ilusória ligada frequentemente a um poder que nega nossa angústia de morte, como bem o perceberam os psicossociólogos franceses Eugène Enriquez e Max Pagès. Sem dúvida, deve-se saber apreciar o “lugar” diferencial de cada um dentro de um campo de relações sociais para se poder escutar sua palavra ou sua aptidão criadora. Mas a escuta sensível se recusa a ser uma obsessão sociológica fixando cada um em lugar e lhe negando uma abertura a outros modos de existência além daqueles impostos pelos *papéis* e pelo *status*. Ainda mais, a escuta sensível pressupõe **uma inversão da atenção**. Antes de *situar* uma pessoa em “seu lugar” começa-se por reconhecê-la em “seu ser”, dentro da qualidade de pessoa complexa dotada de uma liberdade e de uma imaginação criadora.

*** Escuta sensível e multirreferencialidade não são a projeção de nossas angústias ou de nossos desejos**

Não é muito fácil. Mesmo Freud não escapou desta. Lembremo-nos da relação entre ele e Jung e da circunspeção deste ao submeter a Freud sonhos cujas interpretações contrarreferenciais que o “pai da psicanálise” iria propor sistematicamente Jung já conhecia por antecipação.

barbier@planete.net

A escuta sensível propõe, então, um **trabalho sobre o eu-mesmo**, em função de nossa relação com a realidade, com o auxílio eventual de um terceiro ouvinte (psicanalista, psicoterapeuta, ou *sábio* no sentido oriental do termo etc).

*** Escuta sensível e multirreferencialidade não se fixa sobre interpretação de fatos**

Por definição, um ideólogo é alguém que interpreta fatos, fenômenos, a partir de uma posição teórica supostamente rigorosa e indiscutível. A escuta sensível começa por **não interpretar**, por suspender todo julgamento. Ela procura compreender, por “empatia”, o sentido que existe em uma prática ou situação, segundo o “algo mais” (o “surplus”) rogeriano. Escuta sensível aceita **surpreender-se pelo desconhecido** que, incessantemente, anima a vida. Por isso, ela questiona as ciências humanas e continua lúcida sobre suas fronteiras e zonas de incertezas. Neste caso, ela é mais **uma arte** que uma ciência, pois toda ciência procura circunscrever seu universo e a impor seus modelos de referência, *até que se prove o contrário*. É como a arte de um escultor sobre a pedra, que para fazer aparecer a forma, deve antes passar pelo trabalho do *vazio* e retirar todo o excesso para que a forma surja.

Somente em um segundo momento, após o estabelecimento de uma confiança estável do indivíduo em relação ao terceiro ouvinte, as **proposições interpretativas** poderão ser feitas com prudência. Trata-se de *emprestar* um significado, e não de o impor: e *empréstimo* pressupõe *capital*, o que tanto o pesquisador como o clínico possuem, evidentemente. Esse *capital* é constituído por sua experiência, por sua formação e por suas leituras em ciências antropológicas, as quais podem ser colocadas à disposição da pessoa, se esta o desejar. Mas deve-se saber que cada experiência pessoal é única e irredutível a qualquer modelo.

*** A escuta sensível se apóia sobre a totalidade complexa da pessoa: os cinco sentidos.**

barbier@planete.net

A postura que se requer para uma escuta sensível é uma abertura holística. Trata-se na verdade de se entrar numa relação de totalidade com o outro, tomado em sua existência dinâmica. **Alguém só é *persona* através da existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão e de uma afetividade, todos em interação permanente.** A audição, o tato, a gustação, a visão e o olfato se aplicam à escuta sensível. Pode alguém, portador de fobias de contactos corporais, ser psicossociólogo clínico? Em nossos dias, alguém que não suporta o olhar de outrem, como Freud, pode ser psicanalista? Talvez esse tipo de neurose o fez inventar o divã. Será que alguém que nega sentido à meditação acredita que realmente compreende um paciente que fala de alterações de sua consciência? Há uns dois decênios, “a pele e o tato”, segundo Ashley Montagu, se tornaram pontos de referência no desabrochamento do potencial humano. Dizem que nos Estados Unidos dezenas de milhões de pessoas já participaram de grupos de massagem de todos os tipos, e na Europa esta moda se expande também.

*** A escuta sensível é, antes de tudo, uma presença meditativa**

A meditação não tem nada a ver com um êxtase exuberante ou transe possessivo. Meditação é simplesmente a plena consciência de *se estar* com aquilo *que é*, aqui e agora, no mínimo gesto, na mínima atividade da vida quotidiana. Meditação exige um outro tipo de *época* (Husserl): uma suspensão não somente de toda teoria, de conceptualização e de toda representação imaginária do mundo. Sublinhemos um fato da experiência. A pessoa que está neste estado meditativo está em um estado de hipervigilância, se suprema atenção, ao contrário de estar em um estado de consciência dispersivo. Por esta razão, a escuta, neste caso, é de uma sutileza inigualável. A escuta é sempre uma *escuta-ação* espontânea. Ela age sem mesmo pensar que o faz. A ação é completamente imediata e se adapta perfeitamente ao evento.

barbier@planete.net

A escuta sensível em educação para a saúde coloca a questão do significado em três polos:

- **Direção:** da cura, ou pelo menos do alívio do sofrimento
- **Significação:** Qual o significado da enfermidade para o doente, qual é o significado de sua vida, quando ela se esvai?
- **Sensação:** Qual é a relação do doente com seu próprio corpo, como vive ele o sofrimento?

2. A escuta sensível toma consciência da instituição hospitalar.

O hospital pode ser considerado como uma empresa de serviços cujo objetivo é produzir tratamento, levando em conta as leis econômicas, sociais, culturais e o estado científico e tecnológico do mercado. Como tal, o hospital está diretamente ligado ao que se chama de “cultura de empresa”.

2.1. O hospital como organismo de um sistema de papéis.

Nas organizações hospitalares intervêm certos atores cujos papéis diferem e às vezes se atritam. Os dirigentes de um hospital pertencem a vários mundos: mundo administrativo (funcionários provenientes da administração direta seja municipal, estadual ou federal) ; mundo médico e mundo universitário (clínicos ou cirurgiões mais ou menos renomados, professores de medicina...). Nem todos os dirigentes de um hospital têm o mesmo objetivo. Os diretores administrativos têm orçamentos para serem administrados, e devem intermediar as injunções político-administrativas locais pertinentes. Os diretores médicos desejam serviços modernos, tecnicamente bem equipados. Estes dois pontos de vista, teoricamente ancorados no bem estar do doente, não se desenrolam sem conflitar-se. Conforme enfatiza P. Morin, “*a hierarquia dentro*

barbier@planete.net

de um hospital lembra em vários pontos aquela das forças armadas. Se os dirigentes administrativos e médicos correspondem aos oficiais gerais, identifica-se facilmente dentro de um hospital os oficiais superiores, os oficiais e os sub-oficiais". Por outro lado, não se fala de “enfermeiras-superiores”? Envolvidos pela carreira médica e na corrida pela notoriedade, os dirigentes médicos procuram aumentar os equipamentos técnicos e o consumo de tratamentos em seus serviços. Sabendo do controle dos dirigentes administrativos, eles se beneficiam e jogam com suas exclusividades médica e técnica e com o medo da doença para exigir sempre mais, segundo a lógica do círculo vicioso burocrático bem descrita por M. Crozier. Esta luta entre os dois grupos dirigentes leva os médicos, únicos abalizados a emitir pareceres tecnicamente fundamentados, a ter um dado comportamento: privilegiar o superconsumismo de equipamentos médicos em nome do conforto humano do paciente-cliente, embora esse conforto não provenha nem de equipamentos nem de medicamentos. Além disto os médicos se servem de sua posição para se auto-afirmar em sua carreira, altamente competitiva, diante de seus colegas: ser o primeiro a deter tal equipamento de ponta, a ser bem sucedido em tal procedimento de prestígio etc. Essa atitude rende paralisias organizacionais e reações de certas categorias, e tornam mais difícil a colocação das verdadeiras vantagens quando da tentativa de introdução de novos procedimentos terapêuticos que mexem com o habitual. Quanto mais um hospital se envereda pelo burocratismo tanto mais se terá tendência de minimizar o custo psicológico inelutável do tratamento. Uma lógica organizacional imperturbável leva o paciente a se tornar um meio de fazer funcionar a organização hospitalar.

Todavia, parece que as coisas estão mudando. Nos serviços de pediatria, por exemplo, as portas se abrem, e as visitas dos pais não são mais regidas por regulamentos impessoais, por ordens raras e frias. Os trabalhos de pesquisa clínica sobre hospitalização (Spitz) ou sobre o apego (Bowlby, Zazzo) evidenciaram os efeitos

barbier@planete.net

dramáticos da separação dos bebês de suas mães, enquanto que estudos estatísticos provaram que a presença de pais nos hospitais, bem informados sobre regras elementares de higiene, não aumentaram os riscos de contaminação microbiana. O hospital é um lugar por excelência onde está em jogo a questão do poder e de suas resultantes lutas. O duplo sistema de poder de que acabei de falar foi recentemente estudado nos Estados Unidos por Smith: um sistema que se repercute sobre todos os profissionais do hospital e sobre o conceito que o público pode ter das diferentes categorias de profissionais de saúde. Muitos estudos foram realizados sobre o pessoal de enfermagem (enfermeiras-padrão, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem), sendo comparados com os trabalhadores da indústria (operários e técnicos especializados). Com a evolução tecnológica do hospital e sua complexidade organizacional, o papel e o *status* do pessoal de enfermagem tende a se modificar. A enfermeira, no imaginário social, se define por um ideal de serviço dedicado, de consolo, de aconselhamento, sem exclusão da competência técnica. Sua imagem reserva-se a ser tanto um meio de promoção social que lhe confere um *status* de executivo médio como um trabalho rico de contactos humanos com valor terapêutico. Mas a degradação das condições de trabalho e a tecnização extrema dos serviços acentuam permanentemente a defasagem entre aquele ideal de serviço e a realidade do funcionamento institucional. Como disse uma enfermeira: *“foi-se o tempo quando um médico gastava uma hora por paciente, e a enfermeira tinha sob seus cuidados, permanentemente, seus trinta pacientes”*. S. Mallet, Rodriguez e Collin reproduziram em seu relatório sobre o Hospital H. Mondor a escala gráfica de avaliação do pessoal de enfermagem: as qualidades pessoais e morais em número de dezoito (cuidado, pontualidade, assiduidade, discrição, lealdade, auto-confiança, conhecimento do trabalho, precisão, limpeza e ordem, eficácia etc). Essa grade mostra a tendência de submissão à hierarquia que se espera da enfermeira.

barbier@planete.net

2.2. O hospital como instituição e imaginário social de saúde.

O hospital é uma organização de produção de tratamento onde se inscreve diariamente, dentro de um processo tanto de reprodução como de criação, a instituição imaginária da sociedade no que se refere à saúde. Refiro-me aqui à concepção de instituição segundo C. Castoriadis e a corrente de Análise Institucional de Lourau e Lapassade. Não se saberia falar de “saúde humana.” sem se levar em conta o homem como dimensões biológica, psicológica e social. Em todo o caso, é como tal que a tem definido a Organização Mundial da Saúde: “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste somente na ausência de enfermidade ou doença.*”. Pacientes, médicos, pessoal de hospital, agentes administrativos vários, envolvidos na relação de saúde, dependem de uma gama de significações imaginárias sociais que uma sociedade desenvolve ao longo de sua história. Estudos antropológicos demonstram que essa relação varia segundo etnias, regiões, culturas e classes sociais. A maior parte das sociedades primitivas interpretam a doença como um fenômeno cujas causas se encontram na sociedade, e as tratam acentuando as relações interpessoais; enquanto isso, a medicina social legítima rompeu com as práticas mágicas e imaginárias (mas não irracionais) apoiando-se sobre ciências rígidas como a física, a química, e hoje, a biologia, desenvolvendo a função instrumental e tecnológica para o tratamento, e se distanciando da dimensão psicológica. No ocidente, o que caracteriza as idéias atuais de doença, entre os médicos, e por conseqüência, entre o povo em geral, é a noção de causalidade específica. Conforme escreve F. Laplantine: “*O pensamento médico contemporâneo é um pensamento gerido por um estrito especificismo etiológico. Esse pensamento não para de pesquisar, detectar, designar, prevenir, e dominar ‘a causa da doença’.* A doença é o resultado da penetração de um elemento externo, hostil, dentro do corpo ou do espírito do enfermo. Mas, como mostra F. Laplantine analisando algumas obras literárias e cinematográficas, é possível um outro modelo onde a doença

barbier@planete.net

não é vivida pelo enfermo como uma realidade estranha : *“ela vem dele, e tem uma função importante, ou pelo menos ambivalente, que deve ser decodificada como um componente inelutável de si mesmo.”* Este estado de espírito nos conduz a integrar de forma singular nossa relação com o tempo, com o sentido e com o contra-senso, e com a natureza. Nós somos dirigidos por um modelo largamente dominante que determina nossos comportamentos individuais e coletivos. *“Nós somos a única sociedade – escreve Laplantine – na qual se considera a doença como radicalmente má e a saúde como o bem mais precioso de todos os bens. Somos a única sociedade na qual perturbações patológicas, consideradas acidentais, não consideram verdadeiramente o sujeito em sua integralidade, e ainda menos sua relação com o social (em sua ortodoxia, a medicina não tem nada a fazer neste caso), mas somente uma parte de seu corpo. Nos somos, enfim e sobretudo... a única sociedade na qual a cultura médica - que dispõe de meios sem precedente na história médica e obtém sucessos consideráveis, principalmente contra a mortalidade infantil e contra doenças infecciosas – está em vias de se tornar uma ‘cultura bitolada’.”* Ora, trata-se aí de um arbitrário cultural que não se explica por uma lógica “científica”, mas por um componente imaginário do mesmo valor que a imagem-crença da bruxaria. Esse imaginário social de nossa medicina nos impõe o mau conhecimento do sentido da doença e da saúde em uma outra cultura: como compreender, por exemplo, a resistência que um muçulmano impõe a uma intervenção cirúrgica ou a uma retirada de sangue, se nós ignorarmos que para ele, a cura valoriza, antes de tudo, um processo de purificação externa (abluções), adjunções e adições (plantas medicinais cujo conhecimento foi particularmente desenvolvido no circuito dessa civilização) em vez da extração de órgãos. Do mesmo modo que na Europa, em certa época, a sangria era considerada um procedimento terapêutico supostamente milagroso, o islã considerava (e ainda considera) que o muçulmano se torna impuro quando ele perde seu sangue. A população magrebina hospitalizada prefere *receber* (medicamento, injeção, termômetro...) a ver *ser levado* o

barbier@planete.net

sangue, a urina ou qualquer parte do corpo. A obsessão pelo “visível”, pela “causa” do mal que se pode *delimitar, atacar de frente*, e depois *eliminar* após um “duro combate”, uma “guerra sem piedade” - graça aos ‘heróis’ médicos especialistas e à gentileza da ‘enfermeira dedicada’ diante de um ‘bom doente’ gentil e dócil que se entrega de corpo e alma à ciência médica - não permite de forma nenhuma *apreender* o doente terminal. Isso se torna, dentro da lógica da *necessidade de cura* uma incompreensão quase total da parte do pessoal de saúde hospitalar. A dimensão institucional da *escuta* do paciente terminal surge como um componente prioritário entre as ações formativas nesta direção. O contexto organizacional dentro do qual se difunde a instituição de saúde no hospital impõe uma lógica do não-dito absoluto. O ser humano que vai morrer aparece inexoravelmente aos olhos dos profissionais de saúde como um fracasso insuportável, agravado pelo risco possível de erro iatrogênico. Além disto, como bem enfatiza Hans O. Mauksch, “*no caso de pacientes terminais, a cultura hospitalar atual, que dá ênfase ao processo da doença e ao órgão enfermo, opõe-se às suas necessidades. Morrer é uma experiência total, e no momento da morte o órgão enfermo deixa de ser seu problema primordial.*” O enfermo, ao morrer, incomoda profundamente as rotinas parceladas dos diferentes especialistas do hospital. As rotinas comuns que funcionam tão bem para os outros são ineficazes para o moribundo e, ao mesmo tempo, são questionáveis quanto à plenipotência de suas eficácia. É a razão pela qual todos se unem para que o moribundo se cale sobre seu estado. Outrossim, diz ainda Mauksche, no hospital, os pacientes não morrem, eles “expiram” ou “ficam na mesa de operação”. A injunção ao silêncio do moribundo impõe a este de calar sua coléra – estado, entretanto, de sua evolução, como o mostra E. Kübler-Ross. Desde o início de sua hospitalização todo doente é lançado dentro de um “processo de desnudamento”, conforme o chama E. Goffman, no qual o indivíduo como um todo é apossado pela instituição hospitalar, seus procedimentos e rituais, suas injunções de fazer e deixar de fazer, de uma forma total, ao ponto de ele perder sua identidade, sua autonomia, e seu *status* próprio. Toda a

barbier@planete.net

estrutura hospitalar o impede de formar com os outros uma comunidade de pacientes capazes de reclamar. A espera, sempre imposta como uma das normas habituais, na recepção, nas consultas, impõe-lhe uma inibição de ação, que resulta em um sentimento de dependência e de frustração. Despir-se de suas próprias roupas e vestir um pijama – às vezes o do hospital – impõe-lhe um comportamento inabitual de limitação de seus deslocamentos e de suas atividades. Na internação, ele ali deve deixar os medicamentos prescritos por seu médico, e ele pode muito bem se perguntar se o velho diagnóstico e a velha prescrição ainda são válidos. Ele deverá aprender rapidamente a medir suas solicitações diante das enfermeiras freqüentemente sobrecarregadas de trabalho. Ele procura logo descobrir quais recompensas e quais punições seu comportamento no hospital poderá produzir. Para os pacientes cuja vida esteja manifestamente em perigo (como no caso dos infartados, por exemplo) uma lógica inconsciente começa a operar, segundo a qual a necessidade de não desagradar é sua garantia de atendimentos rápidos e eficazes, é sua garantia de sobrevivida, portanto. Minha própria mãe, internada em um serviço de reanimação cardiológica, me surpreendeu, com sua hesitação de tocar a campainha para chamar a enfermeira, até mesmo para ajudá-la em caso de necessidades fisiológicas. Aparelhagem, febre, ou dor evidente, tornam-se paradas importantes nesta luta entre dependência e ajuda legítima. Compreender-se-á facilmente a que ponto os doentes idosos são colocados, mais que os outros, nesta relação de submissão. De um modo geral, a sociedade não é terna para com aqueles que potencialmente podem transmitir uma epidemia mortal, seja em um vilarejo da Nigéria seja em uma grande metrópole ocidental. Como diz N. Elias *“a couraça da cultura civilizada se desagregaria rapidamente, se em seqüência de uma mudança brusca na sociedade, nós caíssemos em um grau de insegurança como o que existia antes, e se os perigos voltassem a ser tão ilimitados como eles eram antes. A associação dos medos transbordariam seus limites de hoje.”* O exemplo de doenças como a SIDA leva os doentes a aceitar, em alguns casos, a servirem como cobaias de laboratório *“embora*

barbier@planete.net

seja preciso que eles encontrem entre os médicos motivação e interesse por eles como pessoas tanto como por suas enfermidades”. Ora, como assinala M. Pollak, as experimentações médicas de ponta são às vezes ligadas mais aos jogos institucionais da carreira médica, em detrimento do interesse da pessoa humana.

3. Por que uma formação outra – a escuta sensível – para os profissionais de saúde?

Em decorrência da mestissagem generalizada nas sociedades modernas, cada vez mais os profissionais de saúde devem expandir seus conhecimentos antropológicos e abrir-se às abordagens de saúde em outras culturas do mundo, principalmente na África, na Ásia e nas regiões ameríndias.

3.1. Um exemplo : a morte em outras culturas – o caso africano.

Talvez pelo fato de viver tão próximo à morte, o africano aprendeu, por viés imaginário, a considerá-la como algo de não-essencial, jogando a sobrevivência para o além, para a reencarnação, para a ancestralidade garantidora da perenidade do grupo. A morte individual é sem grande importância em uma concepção de mundo regida por um tempo circular e repetitivo, sob a égide da plenipotência do mito e sob o controle dos ancestrais. O mito remete a dois tipos de morte. No tema da morte primeira, ou morte útil, remete-se aos tempos primordiais, pré-míticos. Trata-se aqui da “boa morte” fonte da vida, desejável (comprada, escolhida, aceita). O outro tema nos leva ao cerne do drama da condição humana e remete às noções de punição ou de fatalidade. À maneira da história bíblica de Jó, são mitos da morte punitiva do indivíduo ou da espécie, pela violação de proibições e pelo distanciamento de Deus, do roubo, da mentira, da omissão de socorro, das discórdias familiares. Mas esta também é a via inelutável do acesso ao

barbier@planete.net

conhecimento. Os temas da morte-fatalidade são mais edipianos, notadamente aqueles da "mensagem não-dada" sobre a imortalidade, presente em vários mitos: a mensagem da imortalidade não chega, ou chega tarde demais, ou foi truncada, invertida ou alterada; o desfecho é invariável: a palavra que chega ao destino é de morte certa. A morte representa sempre o "preço a pagar", em um processo tradicional onde a *graça* não anda sem a *desgraça*, para encontrar comida, mulher ou ter filhos. O que caracteriza a mentalidade africana é que, *tudo que existe vive*, de alguma forma. Esta crença caminha junto com a idéia de uma "*natureza onde circula um jogo de forças, ou de um mundo construído à imagem do homem, ou mesmo do qual o homem (ou antes seu sexo, sede de sua potência e fecundidade) seria o centro*" (L-V.Thomas). Assim, os defuntos vivem: eles comem, bebem, amam, odeiam, respondem a questões que lhes são postas, engravidam as mulheres, fertilizam os campos e os rebanhos. Eles se comunicam com os vivos particularmente pelas refeições que lhes são oferecidas (oferendas). Morte e separação estão presentes desde o nascimento e exercem toda sua força nos ritos de iniciação onde *o iniciando* é simbolicamente submetido à morte e "engulido" pelo ancestral. Ele morre, portanto, para seu "*gbeto*" (seu 'eu') para nasceu para seu "*vodun*" (gênio do clã), segundo o povo do Beni. Enfim, "no imaginário africano vida e morte fazem parte do mesmo tecido, o qual eles se recusam a desfilar". As sociedades africanas são holísticas, nas quais a noção de um todo sem fendas surge como fundamental. Para o africano, a "boa morte" é a de quem deixa traços na terra, de quem morre em seu lugar e a seu tempo, na condição de senhor de sua morte. Isso não exclui o horror que a morte inspira nem a dor da separação. As atitudes diante da morte diferem segundo a idade, o sexo, as situações gerais e particulares, mas o africano parece mais apto que o ocidental a encarar a morte, como assinala D. Zahan em seu livro *Sur Religion, spiritualité et pensée africaines* (Sobre a religião, a espiritualidade e o pensamento africanos). A assistência ao moribundo é realizada em um ritual preciso que requer atenções cuidadosas. Uma vez sabido que a morte é inevitável, não se faz mais nada para retardá-

barbier@planete.net

la, bem ao contrário. Geralmente, o moribundo é estimulado a expressar seus últimos desejos; alguém lhe assegura o valor das exéquias que lhe serão prestadas, a ele são confiadas mensagens (para o além); as mulheres se fazem bem presentes nesse momento: mãe, esposa, irmãs e cunhadas o assumem *maternalmente* e o asseguram. Entre os povos Anyi, o moribundo é assentado entre as pernas de uma mulher que o apóia em seu peito, no recôndito de seus braços, como se se tratasse de uma criança. Uma outra unta sua face e lhe fala palavras de afeição e ternura, sustendo-o com firmeza para que ele não se debata “como se fosse um animal degolado”. As mulheres do Zaire acariciam o agonizante e untam sua cabeça com uma loção, *nyumba*, à base de menta. No momento da morte, podem se fazer interferir técnicas simbólicas que ajudam o princípio vital a deixar o corpo: arrancar um cabelo no meio do crânio, manter a boca aberta, puxar o lobo da orelha. Uma vez morta a pessoa, as mulheres emitem gritos de desespero, enquanto se fecham os olhos e a boca do defunto. Na região dos pigmeus (África Central), a força vital, *mègbé*, se dicotomiza: uma parte se integra ao *animal totêmico*; a outra é recolhida pelo filho primogênito que se debruça sobre o pai, com a boca aberta, para absorver seu último suspiro. Mesmo após o desenlace final, a morte é alvo de uma grande e respeitosa solicitude.

3.2. A reivindicação ativa dos doentes

- Os doentes idosos e sua "autorização"

Consideremos, por exemplo, as pesquisas conduzidas no caso da pandemia SIDA. Françoise Nédelec faz algumas reflexões importantes a propósito do *pesquisador implicado* neste tipo de pesquisa, na conclusão de uma tese, abordando a vivência cotidiana do indivíduo soropositivo e do idoso. Ela mostra bem toda arte da escuta e do encontro, todo o humanismo sutil aberto à confiança recíproca que o pesquisador deve desenvolver dentro desta perspectiva. O objeto de pesquisa irrompe-se no psiquismo do pesquisador sob a forma de imagens ameaçadoras: “que a SIDA envolve de múltiplas

barbier@planete.net

maneiras o pesquisador, compreende-se facilmente se se leva em conta o quanto esta nova erupção da morte e do mórbido no mundo de hoje é, em suas manifestações, surpreendente, uma vez que o sangue e o esperma – símbolos da eclosão da vida – são aqui veículos da transmissão viral. Através dos mitos de Eros e de Tântatos o homem é mais uma vez lembrado de sua condição de mortal” (Nédelec, 1993, p.368). Dois outros pesquisadores trabalhando sobre o mesmo assunto notam o “desconforto científico” que devem enfrentar as ciências humanas e sociais a este propósito. Nossos paradigmas epistemológicos tradicionais, nossos métodos de pesquisa assegurados, nossas relações circunscritas entre pesquisadores e objeto de estudo, são profundamente questionados. Um ponto completamente novo: a emergência inelutável do sujeito concernido pela pesquisa no universo filtrado dos pesquisadores (os laboratórios, os congressos...) Os sujeitos não são mais ratos de laboratório, mas pessoas humanas que decidiram compreender ou lutar e que não aceitam ser desinformadas dos resultados das análises relacionadas às informações comunicadas aos pesquisadores e diretamente extraídas de suas tragédias cotidianas. Eles desejam saber e participar. É nesta condição que eles fazem sua presença na conferência internacional da SIDA em Amsterdam em julho de 1992. Seu desejo é ter também legitimamente a palavra. Esta nova conjuntura produz um curto-circuito tanto na neutralidade desejada pelo cientificismo positivista como na tradicional distância do pesquisador face a seu *objeto* de estudo: este se tornou também um *sujeito* que reivindica seu direito à palavra ativa e que exige um retorno pragmático e concreto dos resultados da pesquisa.

3.3. Para uma formação específica em escuta sensível

- Sair do "eu sei" absoluto para reconhecer o "eu não sei" relativo, em particular a tudo que concerne a vida afetiva e imaginária de si mesmo e do outro
- Levar tempo escutando o doente, sem intencionalidade, nos momentos cruciais de evolução da enfermidade

René Barbier, L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé - <http://www.saude.df.gov.br> Brasília, juillet 2002

16

barbier@planete.net

- Portar sempre a “palavra certa”, evitando tratar o paciente como criança
- Nunca esquecer a influência da família sobre o estado de espírito do doente
- Nunca esquecer a *cultura específica* do paciente
- Usar tempo para falar com toda a equipe de saúde, inclusive o pessoal subalterno
- Buscar a participação de um especialista de ciências humanas (psicólogo, psico-sociólogo clínico, assistente social, ou até mesmo antropólogo)
- Reconhecer que ciências humanas pertencem a uma dimensão diferente das ciências da natureza

(*) Traduction p/ Davi Gonçalves

BIBLIOGRAFIA

BARBIER R., *La recherche-action*, Paris, Anthropos, 1996 (traduction en brésilien *A Pesquisa-Ação*, Brasília, Plan, 2002)

BARBIER R., *L'approche transversale, l'écoute sensible en sciences humaines*, Paris, Anthropos, coll. Exploration interculturelle, 1997, 357 p.

BOWLBY J., *Attachement et perte*, Paris, PUF, 1978, 3 tomes

CASTORIADIS C., *L'institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 1975

CHAIEN C., Bébés hospitalisés : les parents mieux acceptés, *Le Monde de l'Education*, avril 1987, pp.27-29

DA COSTA BORBA S., *Multirreferencialidade, na formação do "professor-pesquisador" ; da conformidade à complexidade*, Maceio, Edufal, 2001 (2^e éd.), 190 p.

DELUMEAU J, LEQUIN Y., *Les malheurs du temps, histoire des fléaux et des calamités en France*, Paris, Flammarion, 1987

ELIAS N., *La solitude des mourants*, Paris, Ch.Bourgois, 1987, p.24-27

ELIAS N., The Civilizing Process: the History of Manners, cité in GOUDSBLOM Johan, les grandes épidémies et la civilisation des moeurs, *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, n° 68, juin 1987, p.13, spec. épidémies, malades, médecins. voir aussi, à propos de la polarisation d'une société sur un groupe désigné comme victime émissaire en cas d'épidémie l' ouvrage de J. DELUMEAU, *Le temps des fléaux*

GOFFMAN E., *Asiles, étude sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, éditions de minuit, 1968

KRISHNAMURTI J., *De la vie et de la mort*, Paris, Les Éditins du Rocher, 1994

KUBLER-ROSS E. (coll.), *La mort, dernière étape de la croissance*, Monaco, Editions du Rocher, 1985

KUBLER-ROSS E., *La mort et l'enfant*, Genève, éditions du Tricorne, 1986

LAPASSADE G., *Groupe, organisation, institution*, Paris, Gauthier-Villars, 1966

LAPLANTINE F., *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot, 1986

René Barbier, L'écoute sensible dans la formation des professionnels de la santé. Conférence à l'École Supérieure de Sciences de la Santé - <http://www.saude.df.gov.br> Brasilia, juillet 2002

17

barbier@planete.net

LECLAIRE S., *On tue un enfant*, Paris, Flammarion, Champs, 1977

LOURAU R., *L'analyse institutionnelle*, Paris, éditions de minuit, 1970

MALLET S., COLLIN M., *Mutation des structures mentales en milieu hospitalier: l'avènement de la médecine techniciste*, Paris, CORDES, 1972

MAUKSCH Hans O., Le contexte organisationnel de la mort, in KUBLER-ROSS E., *La mort dernière étape de la croissance*, Paris, France-Loisirs, 1985, pp.31-50, cit. p.32

MORIN P., L'hôpital, c'est aussi une entreprise et une bureaucratie, *Psychologie*, Janvier 1979, p.60

NÉDELEC F., *Sociétés*, Paris, 1993, p.368

POLLAK M., Identité sociale et gestion d'un risque de santé, les homosexuels face au SIDA, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 68, op.cit., p.97

Projet, Renouveau des cultures d'entreprise, Paris, n°183, mars 1984

SMITH H.L., Un double système d'autorité : le dilemme de l'hôpital, in C.HERZLICH, *Médecine, maladie et société*, Paris, Mouton, 1970, pp.259-262

STEUDLER F., *Sociologie médicale*, Paris, A.Colin, coll U2, 1972, p.11

THOMAS L-V., *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot, 1975

THOMAS L-V., *La mort africaine, idéologie funéraire en Afrique Noire*, Paris, Payot, 1982

VAN DER BRUGGES H., L'arabe musulman. Quelques aspects anthropologiques des soins infirmiers, *Soins*, T.21, n°23-24, Paris, 5 et 20 décembre 1976

ZAHAN D., *Religion, spiritualité et pensée africaine*, Paris, Payot, 1970

ZAZZO R., *L'attachement*, Paris- Neuchâtel,, Delachaux et Nietslé, 1979