

Folkcomunicação em Saúde: Perspectivas e reflexões Sobre um novo campo teórico¹

Pedro Paulo Procópio De Oliveira Santos²

Submetido: 13/05/2024

Aceito: 08/06/2024

RESUMO

O presente estudo discute o papel da Folkcomunicação como um elemento terapêutico no acolhimento em saúde, uma vez que aproxima os profissionais da área dos seus pacientes, especialmente os mais vulneráveis sob uma perspectiva socioeconômica. Defende-se que por meio da folkcomunicação, o referido acolhimento torna-se integral, gera confiança, além da compreensão, aspectos imprescindíveis à adesão ao tratamento. O trabalho tem como base as experiências docentes do autor, somadas a estudos de caso, relatos e perspectivas, além de pesquisa bibliográfica centrada nos principais teóricos da Folkcomunicação. Essas experiências têm como eixo norteador a disciplina laboratório de comunicação, na qual os estudantes simulam atendimentos em um ambiente ambulatorial a pacientes (os quais são seus próprios pares) de estratos sociais subalternizados. Durante esse processo de ensino/aprendizagem, os discentes devem não apenas utilizar os protocolos de comunicação médica elaborados por pesquisadores das universidades de Calgary (Canadá), Cambridge (Reino Unido), Maastricht (Países Baixos), dentre outros, mas acima de tudo adotar uma linguagem folkcomunicacional, o que resultará no campo de estágio e no exercício profissional em orientações assertivas e humanizadas à população. Por fim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a saúde é o bem-estar físico, mental e social; nas discussões expostas ao longo deste *paper*, é possível inferir que a Folkcomunicação é condição-chave à obtenção dessa tríade. Com base nesse entendimento, deve emergir ao longo de anos de pesquisa em estágio de pós-doutoramento um novo campo teórico: a Folkcomunicação em Saúde.

¹ Trabalho originalmente apresentado no GP Teoria da Folkcomunicação: Fundamentos e Metodologia da XXI Conferência Brasileira de Folkcomunicação em agosto de 2023. O texto ora apresentado difere especialmente nas considerações finais daquele presente nos anais do congresso.

² Jornalista profissional, doutor em Comunicação pela Universidade Federal de Pernambuco com pós-doutorado pela mesma universidade, também psicanalista pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise Clínica, de Campinas-SP. Atualmente vem desenvolvendo o segundo estudo de pós-doutorado. Docente da Faculdade Damas da Instrução Cristã, da Faculdade Pernambucana de Saúde e Faculdade Senac-PE. E-mail: dr.pedropauloprocopio@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE

Folkcomunicação; Humanização; Saúde e Teoria.

Folkcommunication in Health: Perspectives and reflections on a new theoretical field

ABSTRACT

The present study discusses the role of Folkcommunication as a therapeutic element in health care, as it brings professionals in the field closer to their patients, especially the most vulnerable from a socioeconomic perspective. It is argued that through folkcommunication, the aforementioned reception becomes integral, generating trust, in addition to understanding, essential aspects for adherence to treatment. The work is based on the author's teaching experiences, combined with case studies, reports and perspectives, in addition to bibliographical research focused on the main theorists of Folkcommunication. These experiences have as their guiding axis the communication laboratory discipline, in which students simulate care in an outpatient environment for patients (who are their own peers) from lower social strata. During this teaching/learning process, students must not only use the medical communication protocols developed by researchers from the universities of Calgary (Canada), Cambridge (United Kingdom), Maastricht (Netherlands), among others, but above all adopt a folkcommunication language, which will result in assertive and humanized guidance for the population in the internship field and in professional practice. Finally, the World Health Organization (WHO) recommends that health is physical, mental and social well-being; In the discussions exposed throughout this paper, it is possible to infer that folkcommunication is a key condition for obtaining this triad. Based on this understanding, a new theoretical field should emerge over years of post-doctoral research: Folkcommunication in Health.

KEY-WORDS

Folkcommunication; Humanization; Health and Theory.

Comunicación popular en salud: perspectivas y reflexiones sobre un nuevo campo teórico

RESUMEN

El presente estudio discute el papel de la Folkcomunicación como elemento terapéutico en la atención de salud, ya que acerca a los profesionales del campo a sus pacientes, especialmente a los más vulnerables desde una perspectiva socioeconómica. Se sostiene que a través de la comunicación folklórica, la mencionada recepción se vuelve integral, generando confianza, además de comprensión, aspectos esenciales para la adherencia al tratamiento. El trabajo se basa en las experiencias docentes del autor, combinadas con estudios de caso, informes y perspectivas, además de investigaciones bibliográficas centradas en los principales teóricos de la Folkcomunicación. Estas experiencias tienen como eje rector la disciplina laboratorio de comunicación, en la que los estudiantes simulan la atención en un ambiente ambulatorio a pacientes (que son sus propios pares) de estratos sociales más bajos. Durante este proceso de enseñanza/aprendizaje, los estudiantes no sólo deben utilizar los protocolos de comunicación médica desarrollados por investigadores de las universidades de Calgary (Canadá), Cambridge (Reino Unido), Maastricht (Países Bajos), entre otras, sino sobre todo adoptar un lenguaje de comunicación popular. lo que redundará en una orientación asertiva y humanizada de la población en el ámbito de la pasantía y en el ejercicio profesional. Finalmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la salud es el bienestar físico, mental y social; De las discusiones expuestas a lo largo de este artículo, es posible inferir que la comunicación popular es una condición clave para la obtención de esta tríada. Sobre la base de esta comprensión, debería surgir un nuevo campo teórico a lo largo de años de investigación posdoctoral: la comunicación popular en salud.

PALABRAS-CLAVE

Comunicación popular; Humanización; Salud y teoría.

Introdução

O presente estudo visa a discutir como o entendimento sobre a Folkcomunicação, bem como a aplicação dos instrumentos por ela adotados, podem auxiliar na comunicação não só com diferentes perfis de pacientes, mas também em diversos cenários de atendimento em saúde: desde as áreas rurais às comunidades urbanas vulneráveis.

A referida interação tem relevância extrema no campo da saúde graças ao entendimento de que a pessoa deve ser vista não apenas por meio do órgão ou da parte do corpo adoecida, e sim de modo holístico. Diante disso, ganha espaço no Brasil, por exemplo, o ensino de comunicação nos cursos de medicina. É uma visível tentativa de humanizar a relação entre o profissional e o paciente, este normalmente fragilizado, além de leigo em relação à série de jargões e termos técnicos comuns à atividade médica e a campos afins.

Nas últimas décadas foram criados diferentes protocolos de comunicação com o objetivo de aproximar as equipes dos pacientes, familiares, cuidadores. Merece destaque também o fato de que em conformidade com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para o sujeito ser considerado saudável é necessário existir a seguinte tríade: o bem-estar físico, mental e social.

Portanto, diante dessa abordagem inicial, defende-se que a comunicação efetiva e – de fato humanizada – requer uma escuta atenta, o verbal e o não verbal, como eixos centrais de aproximação entre os indivíduos. Quando essa necessária aproximação está ligada a polos tão distantes em termos de conhecimento ou mesmo quando um deles (paciente) encontra-se fragilizado, adotar a Folkcomunicação pode fazer toda a diferença.

Esse raciocínio não apenas justifica, mas sim ratifica a importância deste trabalho, sendo também sua hipótese central, apesar de haver a clareza que o estudo mesmo com um viés bibliográfico e exploratório, tem por objetivo geral ser a pedra fundamental de um novo campo teórico: a Folkcomunicação em Saúde.

Em relação aos objetivos deste *paper*, pretende-se apresentar cinco protocolos de comunicação em saúde, escolhidos de modo aleatório e com base na experiência profissional do autor como docente³ de laboratório de comunicação no curso de medicina e em outras formações em nível superior da área de saúde onde leciona os referidos protocolos. Deve-se avaliar também os reflexos da adoção da comunicação não violenta nas diferentes áreas da saúde e sua interface com a Folkcomunicação.

Do ponto de vista metodológico, o artigo tem o caráter exploratório e bibliográfico, como citado há pouco, adotando autores como Beltrão (1980), Campos e Rios (2018), Kaplan (2016), Rosenberg (2006), Foucault (2009), dentre outros, além de buscar o entendimento de como as habilidades comunicacionais preconizadas por diferentes protocolos de comunicação de distintas partes do mundo podem ser robustecidas pela Folkcomunicação.

Breve Panorama dos Principais Protocolos de Comunicação em Saúde

³ O autor no presente é docente de laboratório de Comunicação na Faculdade Pernambucana de Saúde, no Recife-PE, docente também da Faculdade Senac-PE das disciplinas de inglês técnico, além de Psicologia e Bioética e da Faculdade Damas nos cursos de Administração e Relações Internacionais.

Mesmo que haja uma série de trabalhos especificamente voltados aos protocolos de comunicação em saúde, defende-se a relevância de expor um breve panorama sobre a temática, pois tais elementos estão intimamente relacionados à comunicação. Ademais, em um periódico no qual os estudiosos pertencem a uma formação centrada nas ciências sociais, julga-se pertinente a exposição ora apresentada.

É possível notar ao longo da história da medicina, desde os remotos tempos de Hipócrates um olhar biocêntrico em torno do tratamento ao qual os indivíduos foram submetidos. Esse olhar, típico não apenas no campo médico, mas em diferentes segmentos da saúde, foi uma regra por séculos.

A preocupação com o corpo, com o órgão, com a doença, e não com o sujeito portador de uma dada patologia, no entanto, vem sendo pouco a pouco substituída por um olhar mais humanizado. Um dos precursores desse movimento foi o médico estadunidense Patch Adams – criador de um alegre movimento em meio às paredes sem cor dos hospitais e à tristeza frequente nas diferentes alas. Patch Adams criou a palhaçoterapia na segunda metade do século XX e por meio do riso, do afeto, da cor e, sobretudo da comunicação, buscou acolher as crianças internadas, expandindo esse olhar posteriormente a diferentes faixas etárias.

Mesmo que haja uma série de trabalhos especificamente voltados aos protocolos de comunicação em saúde, defende-se a relevância de expor um breve panorama sobre a temática, pois tais elementos estão intimamente relacionados à comunicação. Seria, no mínimo imprudente, discutir protocolos de comunicação em saúde e não citar Patch Adams, mesmo que a sua obra-prima (a palhaçoterapia) não seja um protocolo de comunicação necessariamente, es sim um movimento de humanização com adeptos nos quatro cantos do planeta. Tal movimento repercutiu tão positivamente na área médica, que ganhou adeptos, chegou aos noticiários, além de ter ocupado as telas dos cinemas em 1998, causando comoção global⁴.

Conforme Campos e Rios (2018) é da década de 1990 também o primeiro protocolo apresentado nestas linhas, cuja interface com a psicanálise se torna visível por meio da atenção que deve ser dada ao paciente. Trata-se do Protocolo Calgary-Cambridge, criado em 1996.

⁴ Trata-se do filme – Patch Adams: O Amor é Contagioso (E.U.A. / 1998).

Ainda em conformidade com os autores, o citado protocolo “nasceu” de um estudo conjunto desenvolvido pela docente de comunicação das faculdades de Medicina e Educação da universidade canadense de Calgary, Suzanne Kurtz e Jonathan Silverman, médico de família e diretor de estudos de comunicação na escola de Medicina de Cambridge, no Reino Unido.

Para os estudiosos, um dos aspectos mais relevantes do citado protocolo é a guinada do interesse médico (ou mesmo de outras áreas da saúde) para algo que vai além da doença física e se aproxima de aspectos aparentemente subjetivos; ignorados por séculos: o bem-estar do paciente.

Dando prosseguimento à perspectiva de Campos e Rios (2018), os criadores do método Calgary-Cambridge previram cinco passos, além de um objetivo muito humanizado e até bem pouco nada provável: a construção da relação interpessoal. Tal construção, a qual no entendimento deste autor facilita a adesão ao tratamento graças à efetiva comunicação estabelecida, além de uma relação empática e de confiança, deve tomar corpo já no começo do atendimento.

O Primeiro passo preconizado por Kurtz e Silverman, segundo Campos e Rios (2018) e intitulado “início da consulta” prevê a apresentação do próprio profissional; prevê também tratar o paciente pelo nome; manter contato visual e, claro, dar espaço à fala do indivíduo. É só após a coleta de informações, que deve ocorrer o exame físico, depois do qual as informações são dadas com atenção especial ao nível de compreensão do paciente. Só então o encontro é finalizado, mas não sem antes ficar nítido para o paciente a postura empática, bem como a escuta atenta, assim como defendido no campo psicanalítico.

Eis uma importante intersecção entre a psicanálise e o protocolo de comunicação médica (este autor defende a sua utilização em diferentes áreas da saúde) ora exposto, ou seja, um espaço à fala daquele que sofre.

Ainda na década de 1990, Campos e Rios (2018) sustentam que os pesquisadores holandeses iniciaram a construção daquele que no entendimento deste autor (o da monografia) é o guia mais completo de comunicação médica existente e também o protocolo que possui características mais densas de trato psicanalítico: o MAAS Global.

O referido protocolo seria atualizado no ano 2000 e passaria a se chamar: MAAS Global 2000. Campos e Rios (2018) afirmam que ele foi criado por Jacques van Thiel e Paul Ram, médicos do departamento de Medicina de Família da Universidade de Maastricht, Holanda, e Jan van Dalen, psicólogo da mesma universidade. O protocolo em questão aborda nada menos que dezessete itens durante a consulta. Dentre esses pontos é notória uma preocupação que vai muito além das questões físicas, adentrando no âmago da vida do paciente e tornando-se efetivamente um olhar global.

É nessa preocupação holística que reside a principal interface com a psicanálise na visão deste futuro psicanalista. Antes mesmo da criação desses protocolos com forte viés humanístico, centrados em um modelo de comunicação claro e eficiente, com base na importante escuta terapêutica preconizada pela psicanálise, fora criado em 1992 o protocolo SPIKES. O seu criador foi o médico britânico Robert Buckman⁵.

Para Lino *et al* (2010) o objetivo maior desse protocolo é minimizar o impacto de notícias ruins para pacientes ou seus acompanhantes e familiares. A percepção do outro, bem como a emoção, são elementos indissociáveis do método, no qual também são notórios o acolhimento, a escuta atenta e, claro, o olhar empático em relação àquele que sofre.

Portanto, o SPIKES, preconiza seis diferentes etapas para a transmissão desse tipo de notícia: preparação do espaço (físico), percepção, convite ao diálogo, transmissão da informação, lidar com a emoção e fazer um resumo sobre tudo o que fora informado. Obviamente não há aqui um antídoto contra o sofrimento, sentimento presente na existência humana desde sempre, mas sim encaminhamentos precisos capazes de abrandar o referido sofrimento por meio de uma comunicação humanizada. Tal comportamento vai ao encontro do pensamento defendido por Jung ao longo de sua trajetória.

Por fim, cabe registrar dois outros protocolos criados já neste século e citados por Campos e Rios (2018): o SEGUE, cujo criador foi Gregory Makoul da *Northwestern University*, de Chicago (E.U.A.) e o protocolo de Sete Passos, construído pelo médico de família português Vitor Ramos, da Universidade Nova de Lisboa. Assim como os guias anteriormente destacados,

⁵ Baltimore, MD: Imprensa da Universidade Johns Hopkins, 2010. 143 p. + 1 DVD (4 3/4 pol.)

é nítida a preocupação de ambos com o espaço de fala destinado ao paciente, bem como um olhar e escuta acolhedores.

Na análise do autor do presente estudo, esse fato aproxima mais uma vez os cinco protocolos de comunicação médica (e de saúde como um todo) do set psicanalítico; guardadas obviamente as devidas diferenças, a busca humana em torno da felicidade e da fuga do sofrimento seguem firmes em meio à existência humana.

A seguir são aprofundadas as discussões em torno da comunicação não violenta e da empatia como aspectos imprescindíveis do cuidado em saúde. Essas reflexões convergem mais uma vez em torno do entendimento no qual a psicanálise opera como fator de humanização nos diferentes campos de atuação da saúde.

Folkcomunicação: Alicerce de um Novo Campo Teórico⁶

A teoria da folkcomunicação tem origem em 1967 a partir de estudos do professor Luiz Beltrão, que decidiu pesquisar o impacto da mídia no Brasil (LITWAK *et al.*, 2015). Em sua tese de doutorado, intitulada *Folkcomunicação: Um estudo dos agentes e dos meios populares de informação de fatos, expressão e de ideias*, Beltrão defende a ideia da Folkcomunicação, que pode ser definida como “o conjunto de procedimentos de intercâmbio de informações, ideias, opiniões e atitudes dos públicos marginalizados urbanos e rurais, através de agentes e de meios direta ou indiretamente ligados ao folclore” (BELTRÃO, 1980, p. 24).

O folclore, como afirma Melo (2012), é um fenômeno que resulta dos canais de comunicação informal, utilizados no dia a dia, no cotidiano do povo, ou de “gente simples”.

A teoria defendida por Beltrão objetiva o desenvolvimento das regiões, além da inclusão e da transformação social, ao ter esse foco na comunicação popular e, conseqüentemente, nos grupos sociais (AMPHILO, 2011).

A folkcomunicação é, por natureza e estrutura, um processo artesanal e horizontal, semelhante em essência aos tipos de comunicação interpessoal já que suas mensagens são elaboradas, codificadas e transmitidas em linguagens e canais familiares à audiência, por sua vez conhecida psicológica e vivencialmente pelo comunicador, ainda que dispersa (BELTRÃO, 1980, p.28).

⁶ Os parágrafos iniciais deste tópico foram extraídos da obra de Contreras (2022) orientada por este autor.

Diante disso, pode-se inferir que a Folkcomunicação está intimamente relacionada aos grupos sociais mais populares, além de vulneráveis. O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ao defender o acesso universal à saúde no país possibilita o acesso de atores fragilizados em todos os aspectos ao âmbito hospitalar. Todavia, mesmo com a adoção de protocolos de comunicação, cujo objetivo é facilitar a compreensão de pacientes e acompanhantes, a falta de entendimento dos aspectos culturais, folclóricos impossibilita o entendimento pleno necessário à saúde.

Cabe reiterar, ainda, que a saúde, conforme a Organização Mundial da Saúde é um conjunto: bem-estar físico, emocional e social. Portanto, quando questões de comunicação não conectam os interlocutores de modo efetivo, ocorre a incomunicação e por conseguinte o bem-estar preconizado torna-se apenas frágil teoria.

Diante disso, são expostos e analisados a seguir estudos de caso trabalhados por este autor na disciplina laboratório de comunicação em cursos de saúde. A referida análise reflete o papel da Folkcomunicação em Saúde como um vetor efetivo de afeto, sendo assim, elemento imprescindível à humanização nesse campo central da vida humana e, acima de tudo, esse desejo é incutido não só na mente, mas também no coração dos futuros profissionais: cidadania, compaixão e humanização formam a tríade base do novo campo teórico ora exposto.

Sr. Raimundo de Pereira Silva – Seu Mundinho – é um agricultor morador do Sítio dos Arrochados – que fica em um distrito de Afogados da Ingazeira, sertão do Pajeú – distante cerca de 380km do Recife. Com pouco mais de 60 anos e a pele clara muito castigada pelo sol – em um corpo franzino de pouco mais de 1m60cm, Sr. Mundinho é um dos primeiros pacientes que você recebe no seu atendimento na UBS da cidade:

Sr. Mundinho - Dr. Qual é sua graça?

Dr. - Minha graça? Como assim?

A auxiliar do posto, que também é da cidade, explica que é o seu nome que Sr. Mundinho quer saber. Depois que você se apresenta e parte para outro passo do protocolo Calgary-Cambridge, Sr. Mundinho “dispara” a falar. Você lembra da importância da escuta terapêutica e dá espaço ao paciente.

Sr. Mundinho - “Dotô” eu vim aqui mó de uma dor nos “quarto” que “num” me deixa mais viver. No roçado, eu num posso me abaixar, me “assentar”, fazer nada. Daqui a pouco chega

tempo de pegar o “mi”, feijão, macaxeira...Nunca fui “caboco” preguiçoso e “derna” de menino eu trabalho. É dor, vi?! Já fui em Mira – a parteira benzedeira – de “cumpadi” Bastião, tomei chá de tudo que é raiz; fiz novena; pedi a meu “padim pade Ciço”. Só quando tomo uma lapada de cana alivia um pouco mó de eu fazer as coisas, mas nunca fui aviciado e nem cachaceiro...

- O Sr./A Sra. Veio de Recife foi? Tão moço(a)...mas estudou – né fio(a)? Ajuda “eu”! Mó de que eu num quero fica aleijado e o povo disse que Tonho de Vanda começou assim e hoje tá “entrevado” na cama. Pra semana vou pra Juazeiro ver meu “padim” “mó de que eu num boto fé em mais nada nessa vida.” O Sr./Sra. tão mocinho(a), né?

Sr. Mundinho se vira para a auxiliar e pergunta:

- Essa menina; tu é fia de Bartô de Mira, né? Ela assente com a cabeça e ele fala baixinho: - Cadê Dr. Tonho? O homem é mais “véio” – cabeça branca – já com mais leitura...Dá pra ver ele, não? Dr. Antônio Almeida, seu ex-professor na Escola de Saúde – está um pouco mais cansado agora e só trabalha no consultório particular do Recife três vezes por semana; se dedicando muito à vida acadêmica. Você sabe que é a grande esperança de Sr. Raimundo.

A partir desse estudo de caso, os estudantes são convidados a refletir sobre questões como as expostas a seguir: Como chegar a um denominador comum no qual um paciente de uma área rural vulnerável e um(a) jovem profissional consigam se unir em prol de um objetivo comum? Que passos seguir? Que protocolo adotar? Que outros elementos buscar a fim de que esse contato seja uma experiência edificante, e não o “detonador” de sentimentos de preconceito e consequente exclusão?

As respostas a essas questões devem somar os protocolos de comunicação médica aos aspectos trazidos por Beltrão (1980) e que entendem a folkcomunicação como um processo artesanal e horizontal, semelhante, conforme dito pelo estudioso, aos tipos de comunicação interpessoal familiares à audiência em questão. Portanto, o hipotético Sr. Mundinho, apesar de personagem ficcional, é, sem dúvida, um ator presente no SUS nas diferentes regiões de um país continental como Brasil e que não alcançará os objetivos relativos à saúde se não houver um processo efetivo de comunicação. Efetivo e afetivo tornam-se elementos que convergem e levam ao bem-estar defendido pela OMS.

De acordo com Beltrão (1980) os estudos da folkcomunicação não envolvem só as populações rurais, mas também as comunidades urbanas vulneráveis. Com base nisso, este autor buscou refletir também o papel desse entendimento para a prestação efetiva/afetiva de

serviços de saúde para o público urbano. Eis o hipotético caso de um jovem *rapper* de uma capital como o Recife, cuja área metropolitana atinge quase quatro milhões de habitantes e é uma verdadeira Belíndia, ou seja, enquanto há áreas com a pujança do índice de desenvolvimento humano belga, há outras com uma realidade semelhante àquela a das mais caóticas regiões da Índia:

Ryelisohn, cujo nome artístico é Ril da Cobra, é um homem ainda jovem de pouco mais de trinta anos morador da comunidade do “Sovaco da Cobra” no subúrbio do Recife. Ele é *rapper*, além de representante da Central Única das Favelas no local onde mora e líder comunitário. O rosto completamente tatuado, além do corpo, que tem palavras de ordem nos braços, bem como os *piercings* chamam muito a atenção, além das roupas bem largas.

Ele entra no consultório e com quase 1m90cm, além de muita gordura abdominal, ele destoa do perfil habitualmente visto na UBS; formado por pessoas mais velhas e de baixa estatura. O profissional demonstra simpatia, diz seu nome e chama o rapaz pelo nome, que inicia a seguinte fala:

Ril da Cobra - Dr. Sou bandido não, tá ligado? Precisa ter medo de mim não. Tenho dois “projétil” alojado no corpo, mas nunca roubei nem matei. Foi protesto mesmo por causa de invasão de PM na Cobra. Sou líder no “Sovaco da Cobra” e trabalho sem ganhar nada na CUFA também. Acho que o Sr. É riquinho(a) – mas já ouviu falar é aqui do lado e ninguém mexe com a galera que trabalha aqui nem em canto nenhum porque “nós é trabalhador”. Eu vendo água e “outros bagulho” no metrô, no sinal, no centro do Recife e me viro. Já cansei de ser parado por polícia e apanhar. O seguinte é esse: as menina lá do “Sovaco” cada vez mais nova tão ficando buchuda; os menino do meu projeto “Rap da Cobra” que embucha as menina têm que assumir se num assumir “lavra”...mas, num tá certo doutor! Eu num consegui entrar em faculdade – mas só dou conselho bom pra galera, ensino grafiteagem, música...Tem até um “pirraia” de lá que passou em computação na Federal! Conselho meu, mas a namorada embuchou e nem sei se ele vai continuar...Só desabafo doutor, o problema é que tô com muita dor no joelho e na batata da perna... Num sei se é porque tô gordo demais ou se tenho que andar muito pra “ganhar o pão”, mas tô com medo de ter que ir pra “faca” e ficar sem trabalhar, tá ligado?” ...

Como chegar a um denominador comum no qual um paciente de uma área urbana marginalizada e um(a) jovem profissional consigam se unir em prol de um objetivo comum? Que passos seguir? Que protocolo adotar? Que outros elementos buscar a fim de que esse contato seja uma experiência edificante, e não o “detonador” de sentimentos de preconceito e consequente exclusão?

Questões e respostas se repetem, devendo se somar aos protocolos de comunicação médica, como já exposto, os aspectos trazidos por Beltrão (1980) e que entendem a folkcomunicação como um processo artesanal e horizontal, semelhante, conforme dito pelo estudioso, aos tipos de comunicação interpessoal familiares à audiência em questão. Portanto, o hipotético Ril da Cobra, é também um ator presente no SUS nas diferentes áreas urbanas do país. Esses indivíduos não alcançarão os objetivos relativos à saúde, assim como indivíduos da zona rural, se não houver um processo efetivo de comunicação. Um reforço positivo e já discutido: efetivo e afetivo tornam-se elementos que convergem e levam ao bem-estar defendido pela OMS.

Por fim, segue a necessidade de entendimento da cultura de matriz africana e o que essa exclusão no âmbito da saúde pode representar para as populações vulneráveis e que põem em frangalhos a identidade, a autoestima e, claro, a saúde.

D. Graça (Mãe Gracinha de Xambá)

Você vai iniciar o primeiro atendimento do dia na UBS onde recentemente assumiu o cargo depois de aprovado em concurso público. Ainda está se acostumando com a rotina, com a realidade socioeconômica das pessoas e outras questões. A auxiliar de enfermagem bate na porta, pede licença e entra. Com um sorriso maldoso, dispara:

- Doutor, cuidado! Tem uma “catimbozeira” aí pra falar com o Sr. Toda de branco com colar de santo e tudo! Deus é mais! Chegou logo cedo. É a primeira. Passo outro na frente? Qualquer coisa o Sr. Avisar!

Um pouco sem reação você afirma que vai seguir o que é justo, ou seja, atender ela que chegou primeiro. Você pergunta a auxiliar o nome da paciente e ela diz que não viu ainda na ficha, mas o segurança é vizinho dela e disse que ela era a “mãe Gracinha de Xambá”. Na dúvida,

você pede pra ver a ficha e confirma que realmente o nome dela é Graça. Graça Maria de Souza Santana. A mulher entra no pequeno consultório e parece muito assustada e constrangida. Veste trajes típicos de religião de matriz africana, sendo o estereótipo dessa minoria religiosa.

Dr.(a) – Bom dia! Qual o nome da Sra.? Você fala com um tom sereno, respeitoso e olhando para a Sra. Já sexagenária.

Gracinha de Xambá – Bom dia! Responde cabisbaixa.

Dr.(a) - Como posso ajudar a Sra.? O que trouxe a Sra. à consulta?

Gracinha de Xambá – Dr.(a) Eu estou muito triste; uma tristeza que acaba comigo. Trabalhei por mais de trinta anos entre a cozinha da casa de uma família muito rica do Recife e a cozinha dos restaurantes deles. Sempre fui muito na minha. Vi as duas meninas deles nascerem e elas me chamavam de voinha “nega” – me davam cheiro – presente quando vinham do estrangeiro e, até remédio quando eu ficava doente, os patrões mandavam comprar pra mim. Agora num tem mais remédio...Já faz quinze dias que me mandaram embora e eu não como – não durmo e só choro – a moça mediu minha pressão lá fora e está muito alta – as costas estão “ardendo” de tanta dor. A família descobriu que eu sou da umbanda e me mandou embora. O dinheiro vai fazer falta, mas o coração e a cabeça tão me matando. Eu num tenho mais família de sangue e os irmãos do terreiro tão me ajudando, mas nem por lá eu tô conseguindo dormir, comer, viver...Nunca fui muito de ir pra doutor – só quando meus patrões insistiam, mas agora eu não tenho mais força nem consigo mais conversar com minha mãe lemanjá. Doutor, jura que não vai me abandonar nem fazer pouco de mim? O povo olhou tão feio pra mim lá fora...Só vim assim porque hoje é dia de terreiro e daqui vou pra lá... Num dá pra pagar duas passagens – eu ainda pago porque tenho 64 anos. Jô benzedeira, uma mulher lá de Xambá onde eu moro, disse que era besteira essa coisa de doutor pra quem é pobre feito nós, mas já tomei chá – fiz os banhos e num vejo passar essa dor. Num tenho marido e minha família todinha já morreu; só tem o terreiro por mim mesmo e tinha minhas netas do coração – Adriana – bichinha tá buchuda de seis meses e eu que iria ajudar a criar o menino e Aline – a caçula que liga pra mim escondido.

Como chegar a um denominador comum no qual uma paciente culturalmente marginalizada e um(a) jovem profissional consigam se unir em prol de um objetivo comum? Que passos seguir? Que protocolo adotar? Que outros elementos buscar a fim de que esse contato seja uma experiência edificante, e não o “detonador” de sentimentos de preconceito e consequente exclusão?

A proposta final não é trazer respostas a essas questões, mas sim deixar uma “semente” na comunidade de estudos em Folkcomunicação. A referida “semente” deve germinar e unir forças a fim de propiciar reflexões e práticas cada vez mais humanizadas em um dos campos imprescindíveis ao bem-estar social: a saúde, ou melhor, a Folkcomunicação em saúde.

Considerações Finais: Folkcomunicação em Saúde como sinônimo de acolhimento e inclusão

Os casos ora expostos, apesar de ficcionais, “gritam” os aspectos presentes na sociedade contemporânea, o que ratifica a importância de um olhar envolto na teoria da Folkcomunicação. Como já destacado por Beltrão (1980) em um clássico estudo publicado há mais de quatro décadas, a Folkcomunicação visa a estabelecer um processo horizontal de comunicação, possibilitando a articulação de saberes nos estratos mais vulneráveis das populações urbana e rural.

É no âmbito da vulnerabilidade dos atores estudados por Beltrão (1980), que é defendida a existência de um ponto de contato do autor com Foucault (2009) e com a atual propositura da teoria da Folkcomunicação em Saúde. A referida pedra de toque está no fato de que o filósofo francês discute as formas de vigiar e punir existentes na sociedade humana há séculos. O que seria um processo comunicacional em saúde no qual o sujeito está alijado de compreensão, além de temeroso de expor dúvidas em meio a um complexo sentimento de inferioridade diante de um saber sistematizado e que por vezes sente-se impotente de compreender? A resposta pode soar simplista ou por demais conclusiva, no entanto, o sentimento é de impotência tal qual a sensação vivida por aqueles privados de sua liberdade e continuamente vigiados.

Em meio a esse questionamento e também com o entendimento de que a saúde requer um conjunto complexo de sentimentos de bem-estar: físico, emocional e social, enfatiza-se nos referidos casos clínicos a urgência de uma postura de comunicação não violenta, empática e que vá ao encontro de um cuidar no sentido mais amplo possível. Um olhar integral e verdadeiramente inclusivo, além de acolhedor.

Defende-se, dessa forma, que a Folkcomunicação em Saúde é um elemento genuíno do cuidar e vai de encontro a um sistema punitivo de vigilância, o qual impõe um modelo

inalcançável às populações subalternizadas e que as torna refém de um complexo arcabouço de saber técnico-científico por vezes excludente.

Diante de tudo o que foi discutido é possível inferir o quão o ser humano vive historicamente um processo de vigilância e punição que leva ao neologismo ora exposto: incomunicação. Nesse processo, a culpa não apenas permeia, e sim invade o âmago da existência individual, sendo inata ao ser humano e também potencializada pela vida social, a qual da mitologia à contemporaneidade insiste em tornar o sujeito prisioneiro (a) de si próprio(a) – sobretudo face àqueles que detêm o poder inclusive simbólico – o qual é latente na seara técnico-científica da saúde.

A Folkcomunicação em Saúde é sinônimo de acolhimento, escuta e respeito por meio da aproximação à fala das pessoas desprovidas de conhecimento. É esperança e compreensão, compaixão em torno daquilo que atormenta o ser humano e o angustia ainda mais quanto pertencente a uma condição socioeconômica adversa. Afinal, como destaca Goleman (2011, p. 208): “Na terra dos doentes, as emoções reinam supremas, o medo bane o raciocínio”. A Folkcomunicação em saúde torna-se, assim, recurso de profundo viés humanístico-inclusivo a ser ensinado a novas gerações de profissionais de saúde em todas as partes; refletido por profissionais maduros e transformado em política pública efetiva em cada lugar no qual existam Gracinhas de Xambá, Mundinhos e Rils da Cobra!

Referências

AMPHILO, Maria Isabel. **FOLKCOMUNICAÇÃO: por uma teoria da comunicação cultural**. Revista Internacional de Folkcomunicação, [S. l.], v. 9, n. 17, 2011. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/folkcom/article/view/18818>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BELTRÃO, Luiz. **Folkcomunicação: a comunicação dos marginalizados**. São Paulo: Cortez, 1980.

CAMPOS, Carlos; RIOS, Izabel. **Qual o Guia de Comunicação na Consulta Médica é o Mais Adequado à Realidade Brasileira?** Revista Brasileira de Educação Médica: Associação Brasileira de Educação Médica, Brasília, 2018, p. 108-118.

CONTRERAS, Priscilla Andrea Villarouco. **Folkmarketing: Uma Análise das Estratégias da Pitú em Torno do Carnaval de Pernambuco**. 2022. 59p. Monografia (Administração). Faculdade Damas da Instrução Cristã, Recife, 2022.

DE BENI, Michele. **Psicologia e Sociologia**. São Paulo: Paulus, 2004.

BACK; FREUD, Sigmund; JUNG, Carl Gustav. **Essencial Psicologia**. São Paulo: Editora HB, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

GOLEMAN, Daniel. **Inteligência Emocional**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

KAPLAN, H; SADOCK, Benjamin. **Compêndio de Psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LINO, Carolina; AUGUSTO, Karine; OLIVEIRA, Rafael; FEITOSA, Leonardo; CAPRARA, Andrea. **Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias**. Revista Brasileira de Educação Médica: Associação Brasileira de Educação Médica, Brasília, 2011, p. 52-57.

MELO, José Marques; FERNANDES, Guilherme Moreira (orgs.). **Metamorfose da Folkcomunicação**. São Paulo: Editae Cultural, 2013.

ROSENBERG, Marshall. **Comunicação Não Violenta**. São Paulo: Ágora, 2006.