

CAPÍTULO 2

COMUNICAÇÃO EM CIRURGIA: REGIONALISMOS E O RESPEITO À LINGUAGEM POPULAR

Data de aceite: 02/10/2023

Emanuelle Costa Pantoja

Sérgio Antônio Batista dos Santos Filho

Barbara Cristina Baldez Vasconcelos

Thais de Oliveira Cardoso Brandão

Larissa Brabo Collyer Carvalho

Marcelo Vieira Corrêa

Thais Martins Novaes

Edson Yuzur Yasojima

José Antonio Cordero da Silva

“Certa vez de ´montaria´
eu descia um ´paraná´
o caboclo que remava
não parava de falá
Á, á... Não parava de falá (r)
Á, á... que cabôclo falador...”
(Waldemar Henrique)

QUEM VAI LEVAR O FARELO?

Seu Mundico, diabético, 58 anos, proveniente de Belém (PA), internado há 05 dias devido à lesão pérfuro-cortante em membro inferior direito, que evoluiu com áreas de necrose. Confirmou-se diagnóstico de Doença Arterial Obstrutiva Periférica, sendo solicitado acompanhamento conjunto do cirurgião vascular Ribamar. Após avaliação minuciosa, o médico noticia a necessidade de amputação da perna direita, então Mundico:

- Égua, Doutor, o senhor vai torar um pedaço porrudo da minha perna, só porque tão dizendo que tô com pé podre?! Não tem pilula pra isso? Já tô mofino só de pensar...

Dr. Ribamar, recém-chegado de São Paulo para atender a população amazônica, lança um olhar de estranhamento e é envolvido por um mar de emoções e interrogações.

No cenário amazônico multifacetado e heterogêneo, além de coabitarem grandes centros urbanos e pequenos municípios de certo modo isolados, também convivem populações tradicionais dos mais variados tipos¹.

Dessa forma, o fato de um povo ser singular está longe de se tratar de uma homogeneidade. Ao revés, sugere heterogeneidade social, política, econômica e cultural, o que constrói variações linguísticas e regionalismos. O indivíduo é moldado e molda o seu meio, adotando e criando variações, integrando-se a um todo referente à linguagem popular².

A linguagem popular, como um sistema de representações que compreende conceitos, ideias e sentimentos, permite que os membros de uma cultura partilhem os códigos culturais e expressem as diferentes significações dadas ao binômio saúde-doença³. A capacidade de identificar, interpretar, empregar e, sobretudo, respeitar a linguagem popular é indispensável aos profissionais de saúde/cirurgia na Amazônia, possibilitando maior integralidade e autonomia nos cuidados prestados aos usuários.

1. VARIAÇÕES LINGÜÍSTICAS, REGIONALISMO E ORALIDADE

Ao contrário do que muitas vezes é discutido em ambientes de ensino, a linguagem não é algo morto, inerte, mas um animal em constante evolução, guiada e alimentada por culturas e povos diferenciados. Assim como o isolamento geográfico de uma espécie de pássaro ao redor de uma montanha levou à formação de grupos progressivamente diferentes até que a espécie de origem fosse diferente da que se encontrava do outro lado da montanha, é comum deparar-se com “linguajares” diversificados de uma região à outra. Essa expansão e expressividade linguística contribuem significativamente para a complexidade do idioma, bem como de seus dialetos.

Ao se adotar unicamente a dita linguagem culta, com ênfase às regras e normas gramaticais padrões, há desvalorização das diferenças linguísticas, desta forma reduzindo-as a termos e expressões “incorretas”. Essa dicotomia entre norma culta e expressividade linguística individual compromete a compreensão e pode tornar a comunicação uma tarefa difícil e trabalhosa⁴.

Tabela 1 – Diferenças entre os níveis de linguagem.

Nível culto	Visto ideologicamente como “certo”, trata-se do conjunto de fenômenos linguísticos que ocorrem habitualmente no uso dos falantes letrados em situações mais monitoradas de fala e escrita.
Nível familiar ou coloquial	Fruto dos primeiros contatos comunicativos, de onde aprendem e proferem as suas primeiras expressões. Utilizado pelas pessoas que, apesar de conhecerem a língua, fazem uso de um nível menos formal, mais cotidiano.

Fonte: elaborada pelos autores com base em Cruz (2020)⁴.

O espaço geográfico, tanto como meio de interação social quanto fonte de desenvolvimento econômico, influencia expressivamente a forma com a qual nos comunicamos, com incorporação no vocabulário de especificidades geológicas, produtivas e sociais locais – os chamados regionalismos⁵.

O desenvolvimento da fala reflete ainda os avanços científicos, culturais e sociais de uma nação. Tem-se, então, a criação de novas palavras e expressões para nomear novos bens de consumo, por vezes, adotando elementos da língua de origem do produto (estrangeirismo) ou analogias a elementos conhecidos^{4,6}.

Além disso, o modo de comunicação das diferentes classes sociais se estabelece perante o modo de vida dos falantes e de sua maneira característica de se expressar⁴.

2. PRECONCEITO LINGUÍSTICO

A grave desigualdade social existente em nosso país gera uma grande divisão linguística entre os falantes das variedades não padrão do português brasileiro — maioria de nossa população — e os falantes da variedade culta. Como a educação ainda é privilégio de poucos, uma quantidade gigantesca de brasileiros permanece à margem do domínio de uma norma culta que nunca tiveram oportunidade de aprender. Assim, surgem os “sem-língua”, falantes do português, mas com gramática particular, no entanto, não reconhecida como válida e que, em muitas ocasiões, é desvalorizada e ridicularizada^{7,8}.

Por conseguinte, esse grupo apresenta dificuldade de acesso a instituições públicas (saúde, jurídico), sítios de uso quase exclusivo da variante padrão, com seus documentos e formulários de difícil compreensão. Assim, deixam de usufruir de diversos serviços a que têm direito por não conseguirem compreender a linguagem empregada pelos órgãos públicos. É necessário reconhecer a consequência danosa da desvalorização das variedades da linguagem, e abandonar o mito de unidade do português brasileiro, a fim de se adotarem medidas para a melhoria do acesso aos direitos e serviços por parte desses cidadãos⁴.

3. A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA: INTERFACE ENTRE PROFISSIONAL E CLIENTE

A comunicação entre profissional de saúde/cirurgia e cliente consiste em uma forte arma terapêutica, uma vez que possibilita o entendimento do estado de saúde e do tratamento proposto, facilita a adesão a esse último, além de propiciar a troca de informações, conhecimentos e saberes⁹.

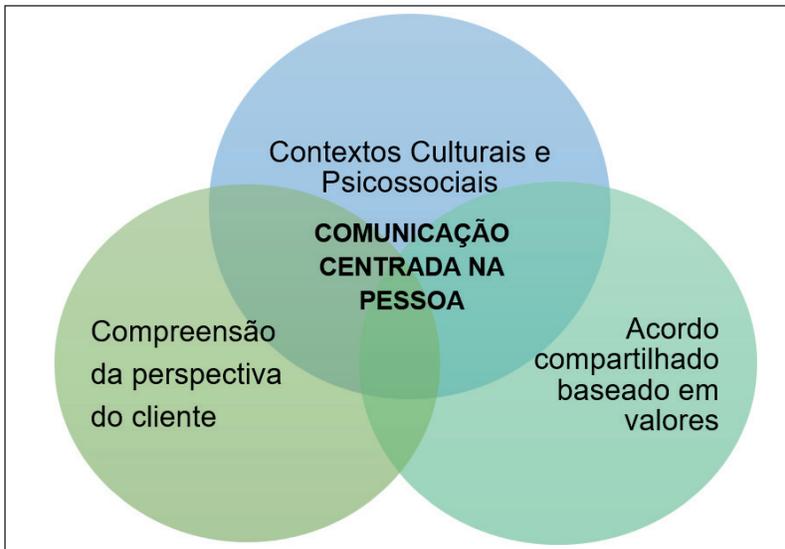


Figura 1 – Modelo Esquemático da comunicação centrada na pessoa.

Para isso, recomenda-se que seja efetuada a **comunicação centrada na pessoa** (Figura 1), cujas características principais abrangem: o entendimento do cliente dentro de contextos culturais e psicossociais próprios; a compreensão da perspectiva do cliente, a exemplo de angústias, ideias, necessidades e emoções; a construção de um acordo compartilhado sobre os problemas do cliente e as terapêuticas condizentes com os valores dele¹⁰.

A relevância da comunicação em saúde aparece, inclusive, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em seu artigo 5, item VII, que afirma que o médico necessita solidificar a comunicação com o cliente “por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado”¹¹.

Não obstante, durante a formação médica e especialização em cirurgia, o desenvolvimento das capacidades para desempenho social adequado não recebe destaque ou abordagens sistemáticas de seu ensino. Como exemplo, há a comunicação de notícias difíceis, sobre a qual, segundo Isquierdo e colaboradores¹², é possível observar o despreparo dos médicos, que não sabem como se portar nesse momento tão decisivo para o paciente e sua família. Consequentemente, o médico fica desconfortável e não se sente capaz de lidar com as próprias emoções e receios. Apesar de na literatura já haver meios consolidados para guiar esse procedimento, como o protocolo Spikes, muitos profissionais afirmam não terem recebido instruções ou treinamento formal sobre o assunto ao longo de sua formação acadêmica¹³.

Do outro lado, também há a perspectiva do paciente em algumas situações de saúde. Por exemplo, o momento que precede a cirurgia é marcado por angústias e sofrimento, acentuado por conflito de sentimentos e expectativas: o receio de complicações, a impotência, dependência de terceiros, necessidade de se submeter à cirurgia em busca de uma melhora na qualidade de vida. Dessa forma, o paciente encontra-se em uma posição frágil e contraditória em ambiente estranho e aparentemente hostil, facilmente agravada por desconhecer o planejamento de seus cuidados. Muitas vezes, surgem explicações crípticas e vazias, as quais o paciente não compreende e, sem embargo, não se sente em posição de questionar, pois se houve a determinação do “doutor” – figura paterna “detentora de estudo” –, há de ser necessário¹⁴.

Nesse sentido, a comunicação, sobretudo quando centrada na pessoa, vem como ferramenta essencial no processo terapêutico, devendo consistir em uma atividade recíproca, na qual a escuta e a interpretação de sinais não verbais de forma inteligente também são partícipes para orientar o planejamento terapêutico. Devem ser fornecidas orientações adequadas sobre cirurgias, em linguagem adaptada para a variante linguística do paciente, oferecendo-se o apoio necessário e aplacando dúvidas frequentemente, a fim de evitar falhas de comunicação. Outrossim, não se deve esquecer de oferecer tempo e suporte emocional individualizado para cada caso¹⁵.

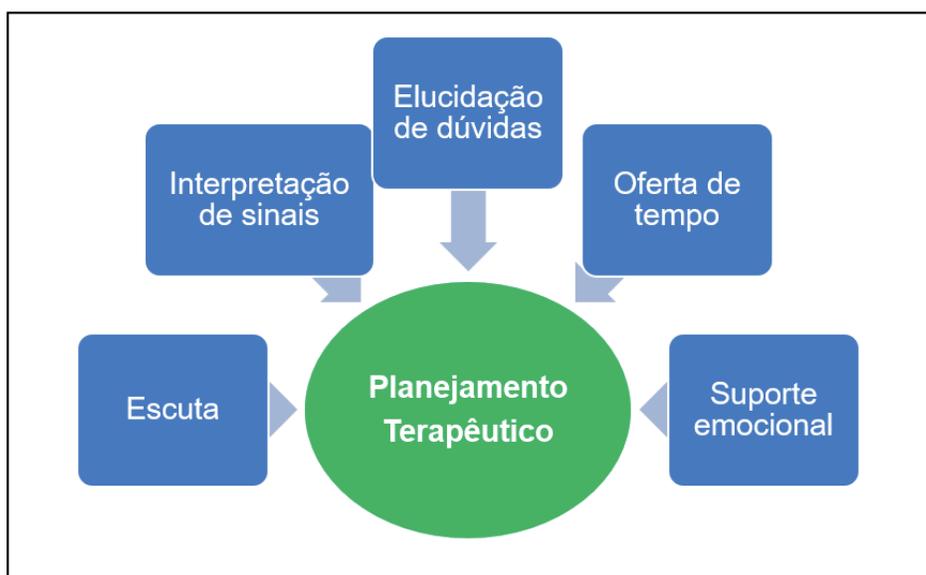


Figura 2 – Modelo esquemático elucidando algumas ferramentas essenciais para a realização de um plano terapêutico adequado

4. PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E CIRURGIA NA AMAZÔNIA

Em um estudo realizado em Rio Branco/AC¹⁶, avaliou-se a percepção dos pacientes sobre a relação médico-paciente em uma Unidade Básica de saúde, sendo demonstrado que a maioria dos participantes informaram que os profissionais não lhes supriram informações ou esclarecimentos suficientes sobre a própria condição de saúde. Apenas 40% dos profissionais de saúde conversavam especificamente sobre a doença, evidenciando falta de comunicação adequada.

Infelizmente, quase inexistem estudos que abordem as práticas de comunicação em saúde e cirurgia na Amazônia, demonstrando-se ser um campo a ser desbravado cientificamente. As poucas investigações encontradas se restringem a pequeno número de participantes ou a desenhos de estudos transversais.

Em investigação conduzida por Pontes e colaboradores¹⁷ com população indígena do Alto Rio Negro, infere-se que a abordagem cirúrgica ambulatorial com complexidade limitada compatível pode ser realizada de forma segura em área indígena, desde que realizada por profissional qualificado com experiência em atendimento indígena. Para tanto, é imperativo desenvolver laços de confiança com a comunidade para a execução de suas atividades.

Observa-se que é necessário atentar-se, ainda, para as diferenças culturais. Em estudo¹⁸ realizado na Amazônia peruana com a população indígena Kukama Kukamiria, os participantes tinham a percepção de que os médicos se consideravam superiores a eles, pois não respeitavam diversos aspectos importantes da cultura local e os conhecimentos populares. Essa preconceção comprometia a formação de adequada relação médico-paciente, uma vez que os pacientes não apenas esperam receber cuidados de saúde, mas desejam ser respeitados, inclusive em suas tradições.

Pode-se citar uso frequente de frases antagonistas/negativas como “não sabe”, “não tem”, “não é”, como reflexo de uma posição mantida, mesmo que involuntariamente, por muitos profissionais, colocando a si próprios como os detentores do saber, silenciando o lugar de fala dos pacientes e delegando-lhes menor importância no processo saúde-doença.

Silva e colaboradores avaliaram o impacto da presença de um médico estrangeiro na comunidade Akwẽ-Xerente no Tocantins, trazendo à baila uma nova realidade no atendimento para a comunidade local: “Nesse momento, as diferentes visões de mundo se encontram e se confrontam, na tentativa de decodificar os significados do que cada uma entende do processo saúde/doença e das diferentes medidas terapêuticas”¹⁹.

No mesmo estudo, o tempo de consulta foi fonte de descontentamento pela população indígena na comunidade Akwẽ-Xerente, pois muitos consideraram que os

médicos passavam pouco tempo com os pacientes, já que, segundo a cultura local, o estado de doença atual é explicado por eventos ocorridos desde a infância, sendo importante para eles, no processo de conhecimento da doença, contar a própria história desde a fase pueril.

A linguagem também foi apontada como barreira considerável, visto que é necessária a presença de intermediários nativos para realizar a comunicação profissional de saúde e paciente. Dessa forma, é importante considerar treinamento dos profissionais sobre a cultura e língua materna dos povos nativos; ou ao menos valorizar a capacitação de nativos ou ACS indígena para atividade técnica para intermediar o processo comunicativo¹⁹.

Não se pode esquecer que ainda há, na mente de muitos pacientes, o lado místico do cuidado, com a doença como meio de punição ou poluição do corpo por algo ruim, a perda de algo interior; e o médico assumiria o papel do curandeiro que expia os pecados, expurga o mau elemento e restaura a completude do ser²⁰.

O processo de reconquista da saúde torna-se um embate de sofrimento, dor e morte com o renascimento e a cura. O médico é ser mágico, dual e contraditório, que se vale de ferramentas de dor e morte (cirurgias e procedimentos invasivos), assim como de cura e alívio (medicamentos e analgésico) para descobrir a doença e vencê-la. Esse poder aparentemente místico é fonte de sentimentos conflituantes de medo e adoração pelo médico, portador de segredos íntimos do corpo, portador das chaves para vida e a morte, ser que machuca para curar²⁰.

No estudo de Sebastiani e Maia²⁰, é visível a discrepância entre a percepção do profissional cirurgião e do paciente. O primeiro julgava que dele era mais esperada a capacitação técnica, responsabilidade e seriedade, enquanto os pacientes relatavam esperar um médico acolhedor e disponível para conversar. Ao mesmo tempo, o paciente viu a si como um estorvo, dados os seus receios e questionamentos frente ao profissional; enquanto enxergou os médicos como pessoas ocupadas e que deveriam achá-los frágeis e impotentes.

5. RESPEITO À LINGUAGEM POPULAR

Assim como o meio acadêmico, o consultório também é palco do preconceito linguístico no que concerne à comunicação médico-cliente e aos seus entendimentos, aumentando os possíveis vieses no desfecho do tratamento do paciente. Ao não respeitar a vivência, o conhecimento e em especial a linguagem do cliente, que na maioria das vezes é marcada por injeções sociais extralinguísticas, o entendimento do tratamento, orientações e até mesmo do diagnóstico se perdem nas diferenças linguísticas e nas formalidades daquela relação²¹.

O respeito à linguagem do paciente perpassa por alguns pontos, entre eles a valorização demasiada da linguagem formal, por vezes, pelo próprio cliente, devido, entre outras, à questão do escopo sociolinguístico. Isso incute no paciente que a forma de falar do profissional de saúde, mesmo que não completamente compreendida por ele, é a correta; enquanto a sua linguagem popular, coloquial e regional, não deve ter espaço naquele ambiente, que muitas vezes é visto pelo cliente como superior, beirando a santidade²².

Agravando essa questão, entra o regionalismo extremamente presente e importante na região amazônica, que enriquece e complica ainda mais o dilema linguístico nessa relação médico-paciente – para além de diferenças culturais, etárias e raciais, também há a linguística. Isso acontece por motivos diversos, como: a disponibilidade de cursos de formação da área de saúde, em geral nas regiões mais centrais e urbanas dos estados, associada ao custo de vida elevado nessas cidades; e educação básica precária para a maioria da população. Tais situações dificultam o acesso ao curso, e, mesmo quando as populações de áreas mais afastadas do centro conseguem ingressar no ensino formal em saúde, podem ter suas vozes subjugadas e reduzidas “em nome da” medicina e do método científico²³.

Na formação médica, mesmo na Amazônia, algumas vezes se esquece daquele objetivo que foi jurado na formação: cuidar, tratar, acolher, curar e, quando não possível curar, aliviar a dor. Para a relação profissional-paciente ser bem-sucedida, deve-se, primeiramente, ser explicada a condição de saúde ao paciente e aos familiares de forma clara, simples e respeitando os padrões de vivência cotidiana e regionalismos, a fim de que a mensagem seja compreendida e não apenas escutada e repetida de forma aleatória e vazia de entendimento⁹.

Por fim, o respeito à linguagem do paciente e regionalismos imbuídos nada mais reflete que o respeito ao próprio cliente, incluindo-o na decisão de seu tratamento, fazendo-o ter voz ativa e consciência sobre sua situação de saúde, assim, melhorando a adesão ao tratamento, o apoderamento do diagnóstico e a relação com os profissionais de saúde que o tratam²⁴.

6. BREVE GLOSSÁRIO DE PALAVRAS E EXPRESSÕES EM SAÚDE

Exemplos de algumas palavras expressões em saúde encontradas na Amazônia brasileira e que podem auxiliar na melhor compreensão da comunicação médico-paciente:

Baldear: vomitar.

Brocado: sinonímia de esfomeado, com aumento do apetite.

Carapanã: mosquito.

Cobreiro: designa-se a Herpes zóster.

Curuba: o mesmo que sarna.

Desinflamatório: costuma ser utilizado em referência a fármacos antibióticos.

Desistir: a depender do contexto, sinônimo de defecar.

Dismintiduras: equivale a artropatias, deslocamento ósseo, contusão ou luxação.

Dor na pente: dor em região pélvica.

Égua: interjeição com múltiplos sentidos a depender da maneira com a qual é entoada, podendo indicar susto, surpresa, admiração, entre outros.

Empachamento: sensação de plenitude gástrica.

Esipla: sinônimo de erisipela.

Gito ou gitito: pequeno.

Levar o farelo: referente a ir mal em algo ou a alguém que foi a óbito.

Mofino: triste, abatido, adoentado, também utilizado para se referir à temperatura subfebril.

Mocorongo: alguém com marcha lentificada.

Nascida: o mesmo que furúnculo.

Papudinho: pessoa com hábito etílico frequente.

Passamento: mal-estar inespecífico ou provocado por fome.

Pereba: lesão cutânea inespecífica.

Remoso: aplica-se a alimentos os quais se acredita haver atividade pró-inflamatória.

Torar: quebrar, cortar, partir.

Tuíra: pele com aspecto opaco e acinzentado, devido, por exemplo, à xerose cutânea.

REFERÊNCIAS

1. Garnelo L. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. Cadernos de Saúde Pública. 2019;35(12).
2. Falcão ARG, Souza LA de P. Variações linguísticas e seus efeitos na saúde: reflexões para a clínica fonoaudiológica. Distúrbios da Comunicação. 2021 Sep 28;33(3):526–36.
3. Teixeira LR, Pinheiro NC. Elementos de representação simbólica da cultura amazônica no programa Catalendas da TV Cultura - PA. Contemporânea Revista de Comunicação e Cultura. 2018 Oct 7;16(2):472.
4. Cruz RC. Linguagem coloquial e culta na língua portuguesa: onde e quando o “pobrema” não é problema. Revista Educação Pública. 2020 Fev 11;20(6).
5. Vicentini A. Apontamentos sobre o regionalismo em literatura hoje. Revista Mosaico-Revista de História. 2015;8(2):215-20.
6. Magnani CS. O estrangeirismo como fator de prestígio social ou estratégia de marketing em estabelecimentos comerciais de Curitiba. Curitiba. Dissertação [Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas] - Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba; 2014.
7. Bagno M. Preconceito lingüístico: o que é, como se faz. 49. ed. São Paulo: Edições Loyola; 2007.

8. Silva AA, Araújo IS, Miranda RKS de. Linguistic analysis of Marcos Bagno's "Linguistic prejudice": colloquial applications. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(12):111379-89.
9. Braga RL et al. Avaliação da comunicação médico-paciente na (Evaluación de la comunicación entre médico y paciente en la) perspectiva de ambos interlocutores. *Salud (i) ciencia (Impresa)*. 2020; 6(8):668-72.
10. Naughton, Cynthia A. Patient-centered communication. *Pharmacy*. 2018; 6(1):18.
11. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2014; Seção 1:8-11.
12. Isquierdo, APR et al. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021 Jun 11; 45.
13. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS de, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2011; 35(1):52-7.
14. Figuera J, Viero, EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. *Revista da SBPH*. 2005;8(2): 51-63.
15. Silva WV da; Nakata, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005;58: 673-6.
16. Pinto JA, Silva KM da, Sechinato M da S, Figueiredo M das GMC de A. A Relação Médico-Paciente Segundo a Perspectiva do Paciente/The Doctor-Patient Relationship According to Perspective of the Patient. *Revista Ciências em Saúde*. 2012 ;2(3):17-27.
17. Pontes AL de M, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3199-210.
18. Yajahuanca RA, Diniz CSG, Cabral C da S, Yajahuanca RA, Diniz CSG, Cabral C da S. We need to "ikarar the kutipados": intercultural understanding and health care in the Peruvian Amazon. *Ciência & Saúde Coletiva [Internet]*. 2015 Sep 1 [cited 2020 Nov 10];20(9):2837-46.
19. Silva RP da, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares T de O. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa Mais Médicos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015 Dec;19(suppl 1):1005-14.
20. Sebastiani RW, Maia EMC. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirurgica Brasileira*. 2005;20(suppl 1):50-5.
21. Gremes RP. A sociolinguística e a desconstrução do preconceito linguístico. *Caderno Humanidades em Perspectivas*. 2021;5(10):78-89.
22. Campos CFC, Fígaro R. A Relação Médico-Paciente vista sob o Olhar da Comunicação e Trabalho. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2021;16(43): 2352.
23. Melo AV de, Sant'Ana GR de, Bastos PRH de O, Antônio L. Bioética e interculturalidade na atenção à saúde indígena. *Revista Bioética*. 2021 Jul;29(3):487-98.
24. Silva AK. Doença Falciforme, preconceito linguístico e sociorracial: a desinformação como determinante social da saúde no Estado do Pará, Amazônia. *Amazônica - Revista de Antropologia*. 2017 Oct 23;8(2):518.