

Comentários sobre “Doença versus Enfermidade na Clínica Geral”, de Cecil G. Helman

Esther Jean Langdon
(UFSC)

Durante a década de 1970, houve um grande salto na consolidação do campo da antropologia dedicada aos estudos de saúde. Antes deste período, os poucos estudos utilizando a perspectiva cultural para entender as práticas de saúde foram abordados como exemplos de pensamento primitivo, magia, folclore, superstição, crenças e outras preocupações que circulavam nos debates antropológicos na época de sua formação como disciplina. Com o fim da Segunda Guerra Mundial e o desenvolvimento da antropologia aplicada, os antropólogos norte-americanos começaram fazer pesquisas de intervenção junto com os projetos de desenvolvimento realizados no terceiro mundo. Eles pesquisavam as práticas de saúde, ideias etiológicas e outros aspectos relevantes, mas a maior parte destes continuava questionar a eficácia das práticas tradicionais e populares na prevenção e na cura da doença. Acreditando que a medicina ocidental era a ciência verdadeira sobre a doença, rotulavam os outros sistemas médicos como sendo fundamentados em princípios não científicos, em superstições e crenças. Muitos dos antropólogos participantes destes projetos de desenvolvimento definiram seu papel como o de identificar as práticas e crenças de saúde de uma comunidade, com os fins de avaliar quais devem ser desencorajadas, por terem efeitos perniciosos na saúde, ou, nos casos mais raros, quais devem ser estimuladas à luz de sua eficácia comprovada pela ciência (Foster e Anderson 1978: 124), afirmando a superioridade da medicina científica ocidental.

Na década de 1960, esta posição começa mudar devido a um grupo de antropólogos, muitos destes médicos com pós-graduação em antropologia, que reconheceram a importância da dimensão simbólica no processo da doença e procuraram desenvolver uma antropologia que contribuiria para a prática clínica. Preocupado com a crise nos serviços de saúde, este grupo promoveu os estudos comparativos de práticas de saúde entre diversos grupos, sugerindo que estas pesquisas antropológicas poderiam ajudar a solucionar os problemas que a

biotecnologia avançada não consegue resolver (Kleinman 1978). Em particular, estavam preocupados com problemas no encontro médico/paciente e com a necessidade de saber mais sobre a natureza dos itinerários terapêuticos e a eficácia das terapias escolhidas pelos leigos (Kleinman e Sung 1979; Kleinman *et al.* 1978).

Seguindo o princípio central da antropologia, o de relativismo cultural, este grupo argumentou que todos os grupos culturais têm seu sistema médico, que se refere à maneira de perceber os processos de saúde e doença e as práticas de prevenção e cura. Assim, é necessário relativizar o sistema médico ocidental, ou seja, é necessário se livrar de uma perspectiva etnocêntrica e “medicocêntrica” quando são avaliados os conhecimentos e as outras práticas de saúde. Sugeriram que o conceito de “biomedicina” é mais adequado que o de “medicina científica” para se referir ao sistema de saúde baseado nos princípios epistemológicos da ciência ocidental, reconhecendo que outros sistemas médicos também têm suas epistemologias, tais como a acupuntura da China e a medicina ayurvédica da Índia. Para este grupo, a biomedicina é vista como um paradigma médico entre vários outros, sejam estes dos chineses, hindus ou índios, que distingue-se dos outros por seu enfoque principal na biologia humana como processo físico/material e no dualismo entre corpo e mente, além de sua perspectiva etiológica como um processo único entre causa, patologia e tratamento (Kleinman 1995: 26-29). As novas discussões em antropologia questionavam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como *processos psicobiológicos e socioculturais*.

Estes estudiosos se preocuparam com a construção de paradigmas onde o biológico estivesse articulado com o cultural (Bibeau 1981: 303). Segundo eles, a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida, em primeiro lugar, como um processo experiencial cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais e, em segundo lugar, como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica a negociação de significados entre os atores na busca da cura (Staiano 1981). Assim, reconheceram que cada participante num episódio de mal-estar, o enfermo, a família, os vizinhos, os curadores populares, os profissionais de saúde, têm seu entendimento e sua interpretação particular de qual é o problema e como tratá-lo. O encontro médico, neste sentido, é marcado por visões diferentes entre o paciente e o profissional. Kleinman chegou a caracterizar a visão que cada um tinha sobre o episódio da doença como “modelo explicativo”, argumentando que cada participante tinha seu “modelo” para entender a doença. Mais tarde ele descarta este conceito (Kleinman 1995), por ser cognitivo demais, e afirma que ele ignora a dinâmica da construção da doença como processo social que emerge através da interação.

Cecil Helman, autor do artigo traduzido aqui, é também um médico com pós-graduação em antropologia e talvez o mais conhecido do grupo. Seu livro *Cultura, Saúde e Doença* já conta com cinco edições publicadas no Brasil (Helman 2009). O artigo traduzido aqui, escrito em 1981, trata da discussão que circulou na época entre estes médicos/antropólogos sobre como expressar melhor, em conceitos analíticos, as diferenças de perspectivas das pessoas envolvidas em eventos de saúde debilitada, particularmente as dos médicos e as de seus pacientes. Helman, em vez de usar o “modelo explicativo” de Kleinman, emprega a terminologia “modelo de doença” para se referir à percepção do indivíduo sobre os sintomas, as causas e os significados da doença. Seguindo Kleinman

e os outros citados no artigo, ele utiliza duas palavras em inglês, *disease* e *illness*, para distinguir as diferenças de perspectiva entre o profissional de saúde e os leigos. Os significados destas em inglês se distinguem sutilmente e em sua tradução não é fácil comunicar o que querem dizer no idioma original. O modelo de doença (*disease*) se refere à anormalidade na estrutura e/ou no funcionamento dos órgãos e seus sistemas, ou seja, à perspectiva segundo o paradigma biomédico. Refere-se a um estado patológico, reconhecido ou não pela cultura, e que pertence ao modelo biomédico. O modelo de enfermidade (*illness*) refere-se às percepções que o paciente tem para interpretar seu estado e atribuir seu significado. Este modelo, ou seja, como o doente interpreta a sua experiência, é altamente influenciado pelo contexto sociocultural em que o enfermo se encontra; seu estado é identificado socialmente e não necessariamente limitado ao corpo, mas pode incluir as relações sociais e espirituais.

O artigo representa uma época do desenvolvimento dos conceitos analíticos deste novo campo que procura entender a saúde de uma perspectiva antropológica. Assim, como em todas as ciências, os conceitos estão sujeitos às críticas e às revisões. Michael Taussig (1980), médico também transformado em antropólogo, escreveu um artigo altamente crítico destes conceitos, afirmando que estes reificam a perspectiva biomédica, sem reconhecer sua hegemonia no encontro médico. Junto com os profissionais de saúde, ele acusa estes médicos-antropólogos de continuar acreditando na hegemonia do modelo biomédico.

Talvez menos crítico e em diálogo mais exclusivamente com antropólogos, Alan Young (1976) elabora um terceiro conceito, o de mal-estar ou *sickness*, que não se refere aos modelos de percepção, mas ao processo sociocultural de interação e negociação ao longo do episódio. Ou seja, o episódio da doença não é um diagnóstico ou categoria, nem um modelo de percepção, mas é um processo que emerge através das interações dos atores participantes ao longo da sua duração. Assim, Young (1982: 265) está propondo um conceito abrangente para se referir aos eventos envolvendo enfermidade e/ou doença e direciona nosso olhar não para as categorias ou crenças estanques, mas para a construção sociocultural da experiência da doença. A discussão deste último conceito não faz parte do artigo de Helman, mas ele claramente reconhece no artigo que a doença, no sentido amplo de doença e enfermidade, caracteriza-se como um processo que é resultado da dinâmica das negociações de perspectivas dos atores e das escolhas feitas ao longo da duração do episódio de mal-estar.

Byron Good (1977), antropólogo, procurando ir além da noção de que doença é um modelo de percepção, categoria ou diagnóstica, introduz o termo “rede semântica” para se referir à relação entre os significados da experiência de mal-estar com o discurso cotidiano sobre as experiências sociais de sofrimento. A doença não é só um conjunto de sintomas ligados à realidade natural e objetiva, mas é um conjunto de experiências associadas através de redes semânticas e interação social de um grupo. Ele também critica o uso da palavra “crença”, que é frequentemente atribuída aos modelos de enfermidade populares ou indígenas (Good 1994). Exemplo disso encontramos na linguagem de Helman no artigo aqui, em que ele caracteriza as ideias etiológicas (as causas) do modelo popular de enfermidade como sendo “crenças” e também argumenta que suas “crenças” sobre o corpo “[...] têm pouca relação com aquelas da profissão médica”. Good aponta que o uso de crença para referir aos outros

conhecimentos médicos, e não ao nosso, comunica a ideia de que eles não têm fundamento e que a perspectiva biomédica é superior.

Um antropólogo brasileiro importante, Luiz Fernando Duarte (1986), tem sido pioneiro em estudar a enfermidade conhecida como “nervos” entre as classes populares, uma enfermidade não reconhecida pelos médicos em situações clínicas (Silveira 2000). A denominação “nervos” se encontra não só nas classes populares e tradicionais em todo o Brasil, mas também em outros países e culturas de origem mediterrânea, para identificar estados não desejáveis de saúde. Em geral, as mulheres sofrem mais desta aflição que os homens e, em cada contexto, a enfermidade tem configurações particulares. Assim, o fenômeno não pode ser pensado como uma doença com uma única manifestação, como as doenças são caracterizadas pela biomedicina. Estudando a construção social desta enfermidade e os processos culturais, entre elas a construção da pessoa nas classes populares, Duarte faz uma proposta alternativa aos conceitos norte-americanos para falar dos estados de saúde debilitada (Duarte 1993). Enfatizando os processos sociais e os valores que, para ele, são constitutivos destes estados, ele propõe o conceito de *perturbação física moral*. Para ele, os norte-americanos tendem, em geral, a assumir a visão da biomedicina, interpretando a experiência da doença a partir do corpo biológico e com os aspectos socioculturais construídos como uma camada secundária (Duarte 2000). O conceito de perturbação físico-moral inverte esta ordem, colocando a ordem social primeiro, antes da biológica, para a compreensão da construção dos estados de aflição física manifestados nos diversos grupos sociais (Duarte 2003).

É importante reconhecer o valor destas críticas lançadas contra a ideia de modelos explicativos, tais como os de enfermidade e doença, mas também é importante reconhecer, como é óbvio pelo título, que Helman, como os outros citados no artigo, tem como foco principal as implicações para a compreensão e melhoria da prática clínica que estes conceitos possam trazer. É nesta ótica que o artigo deve ser lido, apesar das implicações apontadas pelos críticos. A preocupação deste artigo é com o encontro médico, argumentando que é necessário que o médico leve em conta a perspectiva do paciente – se quer melhorar a qualidade de seu tratamento – e a satisfação dos pacientes com as consultas médicas. Para este fim, Helman argumenta que a perspectiva, ou modelo de enfermidade, é bastante diferente do modelo de doença do médico e que a compreensão desta diferença por parte do profissional faz uma contribuição à prática de clínica geral. A perspectiva do paciente tem implicações para o êxito da comunicação do encontro médico, a opção do paciente seguir ou não as instruções do médico e a sua satisfação com a consulta. Apesar das críticas levantadas nesta introdução aos conceitos propostos por Helman, a tradução traz para o leitor brasileiro, e particularmente para o profissional de saúde, uma discussão importante para a prática clínica.

Esther Jean Langdon é professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina e pesquisadora do CNPq.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIBEAU, Gilles. 1981. “The Circular Semantic Network in Ngbandi Disease Nosology”. *Social Science and Medicine* 15B: 295-307.
- DUARTE, Luis Fernando Dias 1986. *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq.
- _____. 1993. “Os Nervos e a Antropologia Médica Norte-Americana: Uma Revisão Crítica”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 3(2): 43-75.
- _____. 2000. “Person and psychologization in Brazil: a study in Moral Regulation”. *Journal of Latin American Anthropology* 4(2)/5(1): 142-171.
- _____. 2003. “Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença”. *Ciência e Saúde Coletiva* 8(1): 173-181.
- FOSTER, George. e Barbara ANDERSON. 1978. *Medical Anthropology*. New York: Wiley.
- GOOD, Byron. J. 1977. “The Heart of What’s the Matter: The Semantics of Illness in Iran”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:25-58.
- _____. 1994. *MEDICINE, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. New York: Cambridge University Press.
- HELMAN, Cecil. 2009. *Cultura, Saúde e Doença*. 5. ed.. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KLEINMAN, Arthur M. 1978. “The Failure of Western Medicine”. *Human Nature* 1(11): 63-70.
- _____. 1995. *Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- _____. E LILIAS H. SUNG 1979. “Why do indigenous practitioners successfully heal?” *Social Science and Medicine* 13B:7-26.
- _____, Leon EISENBERG. e Byron GOOD. 1978. “Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research”. *Annals of Internal Medicine* 88(2):251-258.
- SILVEIRA, Maria Lucia da. 2000. *O Nervo Cala, O Nervo Fala: A Linguagem da Doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- STAIANO, Kathryn. 1981. “Alternative Therapeutic Systems in Belize: A Semiotic Framework”. *Social Science and Medicine* 15B:317-332.
- YOUNG, Allan. 1976. “Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology”. *American Anthropologist* 78(1):5-24.
- _____. 1982. “The Anthropologies of Illness and Sickness”. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285. Palo Alto, Annual Reviews, Inc.