

CULTURA E COMPORTAMENTO ANTE ENFERMIDADE

Paula Graciele Gonçalves Pereira¹

RESUMO

Este artigo apresenta definições da cultura e o comportamento, conceitos e termos relevantes para a compreensão da experiência da enfermidade. Analisa a experiência, a relação entre a sociedade e os indivíduos. A experiência da enfermidade é uma realidade subjetiva tanto como intersubjetiva. Partindo do pressuposto de que as crenças e valores médicos constituem respostas socialmente organizadas para a doença. Examinaremos algumas premissas teóricas necessárias para o estudo da experiência da enfermidade enquanto uma realidade construída por processos significativos intersubjetivamente partilhados.

Palavras-Chave: Experiência da Enfermidade. Cultura. Comportamento.

INTRODUÇÃO

Os fatores socioculturais configuram as crenças e valores médicos dos indivíduos que não têm sido satisfatoriamente consistentes e sistemáticos. Refletem o complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento.

Este complexo tem sido tradicionalmente estudado pelos sociólogos e antropólogos, formando uma realidade subjetivamente dotada de sentido pelos membros da sociedade.

Estas construções teóricas têm sido problemáticas. Há pouca concordância e muita polêmica sobre o significado dos termos e conceitos usados pelos estudiosos da Sociologia e da

¹ Acadêmica do 2º Período do Curso de Nutrição da Turma Gama Noturno. Faculdade Atenas. Paracatu-MG. Disciplina: Sociologia. Professor: Marcos Spagnuolo.

Antropologia Médica. A *experiência da enfermidade* é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença.

Para analisar este conceito, partimos do pressuposto que as pessoas reproduzem conhecimentos médicos existentes no universo sociocultural em que se inserem. Interpretar a maneira que os indivíduos se apropriam de idéias relativas à doença tem sido problemática para a Antropologia. O comportamento do enfermo apresenta aspectos sociais e cognitivos, subjetivos e objetivos.

1 COMPORTAMENTO DO ENFERMO

Quando o doente admite esta condição, passa a adotar o papel de enfermo, o indivíduo fica legitimamente isento das obrigações sociais normais, desde que procure ajuda competente e coopere com o tratamento indicado. A enfermidade é uma realidade social.

Para Freidson (1988) enquanto o médico pode usar a ciência biofísica para explicar os sinais que ele rotula como doença, ele enquanto tal não pode explicar o comportamento do doente pela referência a esta ciência.

A doença deve ser vista como um desvio social e ser analisada pelo sistema leigo de referência, isto é, pelo corpo de conhecimentos, crenças e ações, através do qual ela é definida pelos diversos grupos sociais. (KLEINMAN, 1981: 108)

Tal sistema está baseado em premissas que diferem do modelo biomédico e é resultante de estruturas sociais específicas de cada sociedade.

Podemos entender o processo de escolha de tratamento, pois, ao ser socialmente definido como enfermo, o indivíduo desencadeia uma seqüência de práticas destinadas a uma solução terapêutica.

Assim os indivíduos podem ter experiências com as várias agências de tratamento, ficando, assim, legitimados a assumirem um papel de enfermos, pois cada uma delas tem um caráter de imputabilidade ao atribuir suas próprias noções terapêuticas.

Trabalhos realizados nos Estados Unidos, principalmente na década de 60, procuraram mostrar que grupos sociais, como judeus e italianos, assumiam o papel de enfermo de formas diferenciadas. Tais estudos constituem o que, na literatura especializada, denomina-se “comportamento do enfermo”. (PARSONS, 1951: 88)

Tanto Parsons (1951) como Freidson (1988) contribuíram para a compreensão da determinação social da experiência da enfermidade. Porém, ambos basearam suas teorias em alto nível de abstração. Por desenvolverem uma perspectiva com pretensões à universalidade objetiva, não puderam oferecer instrumentos mais operacionalizáveis para a análise de experiências e práticas concretas dos indivíduos.

Ambos partiram do pressuposto de que o comportamento do doente expressa uma realidade sociocultural objetiva que deve ser decodificada. A cultura, para eles, resolve-se, em última instância, em uma estrutura que permanece oculta perante as ações concretas dos indivíduos. (ALVES, 1993: 263)

Para alguns autores o termo “comportamento do enfermo” diz respeito ao processo pelo qual a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados; a ajuda é requisitada; e o regime de vida é transformado.

É importante observar que estes estudos não chegaram a desafiar o conceito parsoniano do papel do enfermo. O foco da atenção mudou. Passou-se de uma análise macrossociológica, totalizante, para um nível interpretativo voltado para comportamentos específicos de grupos sociais. Estes trabalhos, portanto, estavam dirigidos para o entendimento de como os sintomas são percebidos e avaliados por diferentes grupos ou tipos de pessoas em diferentes situações sociais.

Dois grandes modelos são encontrados nestes estudos: o individualista e o coletivista. O primeiro modelo tendeu a reduzir o comportamento humano perante a enfermidade a questões psicológicas. Para os coletivistas, o papel dos fatores culturais é a parte central da investigação. (KLEINMAN, 1981: 112)

Os estudos tradicionais do comportamento do enfermo apresentam alguns problemas teóricometodológicos. Devemos observar que tratavam-se de trabalhos voltados a identificar e explicar fatores de baixa ou alta utilização dos serviços médicos profissionais.

Objetivando entender os fatores sociais que pudessem influenciar os padrões de uso dos serviços de saúde, estes estudos centraram seu universo de análise em pessoas que estavam ou estiveram sob tratamento médico e, portanto, que já tinham tomado a decisão de seguir uma forma de tratamento. Quase nada disseram sobre como e por que as decisões foram tomadas.

Conseqüentemente, pouca atenção foi dada aos diferentes cursos de ação adotados antes da consulta ou do tratamento. Tais estudos prenderam-se ao modelo biomédico como o único capaz de explicar as experiências da aflição.

O modelo biomédico concebe a doença como uma propriedade física do comportamento, isto é, como resultado de fatores eminentemente morfo-fisiológicos.

Trata-se de um modelo dominante na nossa sociedade, devido ao processo social pelo qual os médicos obtiveram o monopólio em estabelecer a jurisdição exclusiva sobre a definição de doença e tratamento. (PARSONS, 1951: 92)

Este modelo, contudo, não leva em conta os significados sociais atribuídos ao comportamento do enfermo. É dever do pesquisador desenvolver modelos interpretativos que possam dar conta das realidades determinantes subjacentes às versões subjetivas dos informantes locais.

Assim é dever do cientista social desenvolver modelos interpretativos que possam dar conta das realidades determinantes subjacentes às versões subjetivas dos informantes locais. Esta é uma perspectiva teórica que tende a admitir, implicitamente, procedimentos metodológicos conclusivos. Se a estrutura cultural é apreendida como algo pré-dado, ela é tanto previsível como dedutível, pois pela generalização concluímos o particular.

A abstração e a decodificação, tomadas em seus extremos pela perspectiva estrutural, tendem a reduzir o mundo cultural a processos sem sujeitos, isto é, sem atores historicamente datados que interagem em contextos sociais específicos. (GEERTZ, 1978: 201)

A concepção no que tange à perspectiva estrutural trata o conhecimento cultural como uma forma de consenso em que os mundos de significados são reduzidos a agregados estatísticos de opiniões ou valores individuais.

Neste aspecto, o pesquisador perde o contato com as diversidades e idiosincrasias humanas sobre os quais descansa as “realidades estruturantes” do mundo social. As estruturas cognitivas são instrumentos do entendimento, atualizados através de enfoques performativos concretos de indivíduos e grupos sociais, e não meramente saberes proposicionais tipificados e estereotipados.

2 MODELO EXPLICATIVO

O conceito de modelo explicativo foi inicialmente desenvolvido por Byron Good (1977) em “The heart of what’s the matter: Semantics and illness in Iran”. O trabalho de Good foi, em grande parte, responsável pela formação de um grupo de pesquisadores preocupados com a etnografia clínica. (ALVES, 1993: 266)

Kleinman (1981), um dos mais influentes representantes deste grupo, define modelo explicativo da enfermidade como “as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico”.

O modelo explicativo é um conjunto de proposições ou generalizações, explícitas ou tácitas, sobre a enfermidade.

Ao explicarem a enfermidade, os modelos explicativos determinam o que é considerado como evidência clínica relevante e como esta evidência é organizada e interpretada para abordagens racionalizadas de tratamento específico. (KLEINMAN, 1981: 113)

Estes modelos diferem entre si na resposta que dão à etiologia, ao tempo e modo do aparecimento de sintomas, à patofisiologia, ao curso da doença e ao tratamento.

Este conceito estabelece um quadro analítico capaz de conduzir comparações entre culturas e sistemas de tratamento. Os MEs da enfermidade são vistos como estando ligados a conjuntos específicos de conhecimentos e valores fundamentados nos diferentes setores do sistema médico.

Os relacionamentos no cuidado à saúde podem ser estudados e comparados como transações entre diferentes MEs e os sistemas cognitivos e posições na estrutura social nos quais eles estão ligados. (ALVES, 1993: 272)

Os teóricos dos MEs observam que os subsetores de um sistema médico são tipos de prática são mais adequadas a explicar e, curar certos tipos de doença. Os subsistemas médicos tendem a se tornar ligados a doenças específicas, de tal forma que os padrões de procura de auxílio podem ser delineados por diferentes tipos de situações de enfermidade.

Os teóricos dos MEs explicam os conhecimentos e crenças médicas em termos de um conjunto singular de estruturas cognitivas subjacentes aos setores do sistema médico.

A idéia dos modelos explicativos é um poderoso instrumento teórico que permite explorar questões como aderência a tratamentos, escolha e avaliação de terapias. O conceito de ME responde apenas parcialmente à questão da experiência da enfermidade.

As percepções, crenças e ações dos indivíduos são geralmente heterogêneas, complexas e ambíguas. Os diversos subsetores terapêuticos usualmente não estabelecem fronteiras definidas entre si. Os subsetores podem ser interconectados de diversas formas. Assim, eles podem coexistir com pouca capacidade de excluírem-se mutuamente.

As relações entre as interpretações subjetivas dos indivíduos e os modelos explicativos dos sistemas médicos não são necessariamente enquadradas de acordo com um modelo integrativo e coerente.

Em um sistema médico pluralista, as pessoas podem se engajar em processos terapêuticos sem saber ou querer saber sobre a lógica interna do sistema escolhido. Sob certas condições, o não saber ou não querer saber pode-se tornar institucionalizado como parte de uma cultura médica. (ALVES, 1993: 276)

Em um contexto pluralístico, os subsistemas médicos tendem a se tornar ligados a doenças específicas, de tal forma que os padrões de procura de auxílio podem ser delineados por diferentes tipos de situações de enfermidade

A interpretação da experiência de enfermidade é o resultado dos diferentes meios pelos quais elas adquirem seus conhecimentos médicos, diferentes entre as pessoas, por serem originados em situações biográficas determinadas.

Os conhecimentos médicos construídos pelos membros ordinários da sociedade devem ser localizados em um contexto compreensivo mais amplo do que aquele oferecido pelos diversos subsectores de um sistema médico. (GEERTZ, 1978: 208)

A interpretação da enfermidade tem uma dimensão temporal não apenas porque a doença, em si mesma, muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos construídos por familiares, amigos, vizinhos e terapeutas.

O conhecimento médico de um indivíduo tem sempre uma história particular, pois é constituído através de diversas experiências diversas. Está sempre sendo reformulado e reestruturado, em decorrência de processos interativos específicos.

Espera-se que o indivíduo produza mais do que um tipo de explicação sobre sua enfermidade, porque seu conhecimento é sempre recorrente e processual. Conseqüentemente, os modelos explicativos da enfermidade são apenas uma entre as diversas formas de conhecimento médico, não estando os mesmos necessariamente implícitos em todas as expressões que os indivíduos fazem sobre as suas aflições.

CONCLUSÃO

Através deste trabalho percebemos que ainda ficou estabelecido os fundamentos teóricos capazes de responder como os processos cognitivos sobre a enfermidade são socialmente construídos. A enfermidade se relaciona com a experiência do indivíduo o que impulsiona o comportamento que auxilia na construção da cultura.

As perturbações fisiológicas, tomadas em si mesmas, constituem o objeto da investigação biomédica. Só quando transformada em sintomas, em impressões sensíveis, é que a doença torna-se uma enfermidade.

A enfermidade, por outro lado, é mais do que uma situação emotiva decorrente de uma reação corporal.

A cultura adquirida com a enfermidade estende-se para além dos limites do mundo sensível. Se a enfermidade se inicia com a experiência, isso não prova que toda ela derive da experiência. O corpo humano, durante um processo patológico, pode fornecer um somatório de informações heterogêneas, cada informação constitui um “fato” isolado e, portanto, fechado.

É a experiência de sentir-se mal que, por um lado, origina por si mesma, as representações da enfermidade em um conhecimento. É através das impressões produzidas pelo mal-estar que os indivíduos se consideram doentes.

Assim sendo entendemos a enfermidade como algo subjetivo, lógico que em alguns casos decorre de uma reação corporal. O componente subjetivo da enfermidade se fundamenta no ato individual de perceber uma experiência interior como problemática.

Esta experiência apresenta aspectos tanto sociais como cognitivos, tanto subjetivos (individuais) como objetivos (coletivos). A questão principal que deve ser colocada é como

tornar “inteligível” o movimento pelo qual as práxis individuais e a generalidade do social se constituem e reconstituem entre si.

CULTURE AND BEHAVIOR IN THE FACE OF ILLNESS

ABSTRACT

This article provides definitions of culture and behavior, concepts and terms relevant to the understanding of the experience of illness. Analyze the experience, the relationship between the society and individuals. The experience of illness is a reality subjective as much as intersubjective. Assuming that the beliefs and values doctors are socially organized response to the disease. Look some theoretical assumptions necessary for the study of the experience of illness as a reality constructed by significant intersubjetivamente shared processes.

Keywords: *Experience of Enfermidad. Culture. Behavior.*

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. **A Experiência da Enfermidade:** Considerações Teóricas. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 1993.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

KLEINMAN, A. **Pacientes e Healers no Contexto da Cultura.** Berkeley: U. C. P., 1981.

PARSONS, T. **O Sistema Social.** London: Routledge & Kegan Paul, 1951.