

A DOENÇA COMO EXPERIÊNCIA: A CONSTRUÇÃO DA DOENÇA E SEU DESAFIO PARA A PRÁTICA MÉDICA^[1]

Profa. Dra. E. Jean Langdon / UFSC

Agradeço a oportunidade de participar mais uma vez num curso da Escola Paulista de Medicina com a temática de saúde indígena. Ao largo dos anos o Professor Baruzzi e sua equipe vêm realizando seminários de antropologia médica com o objetivo de orientar profissionais trabalhando com a saúde do índio. Em parte, os cursos têm se dedicado à problemática de como "atender ou tratar o índio" nos diversos contextos em que se encontram: nas regiões isoladas aonde o impacto do contato com a sociedade envolvente vem trazendo várias epidemias devastadoras; nas regiões com uma história de contato contínuo resultando numa degeneração geral das condições sanitárias; e finalmente nas áreas urbanas onde casos sérios de doença são tratados nos hospitais ou nas casas do índio. Podemos dizer que estas preocupações ficam dentro de questões epidemiológicas ou de prestações de serviços, onde o papel do antropólogo seria de ajudar, mediar e traduzir o encontro de membros de culturas diferentes.

Porém, nos últimos anos tenho observado um esforço destes cursos para abrir um espaço de diálogo entre antropologia e medicina. Neste espírito de dialogar, quero abordar hoje alguns conceitos mais atuais circulando entre os antropólogos trabalhando na área de saúde. Repensando a relação saúde/cultura, há uma proposta de um modelo alternativo ao da biomedicina.^[2] A biomedicina é relativizada, vista como um modelo médico entre vários outros modelos, seja este dos chineses, hindu, ou índios. O enfoque principal da biomedicina, em seu *sensu strito*, é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, onde a doença é vista como um processo biológico universal. As novas discussões em antropologia questionam a dicotomia cartesiana presente no modelo biomédico e concebem saúde e doença como *processos psicobiológicos* e *sócioculturais*. Nesta abordagem a doença não é visto como um

processo puramente biológico/corporal, mas como o resultado do contexto cultural e a experiência subjetiva de aflição.

Para aprofundar esta nova discussão na antropologia, é necessário entender a *cultura como dinâmica e heterogênea* e a *doença como processo* e *como experiência*. Após uma resenha crítica do uso do conceito de cultura e a visão de medicina primitiva entre os pioneiros da antropologia médica, pretendo examinar a relação saúde/doença dentro desta nova ótica para levantar algumas implicações que esta visão tem para a noção de saúde e para a prática clínica em populações indígenas.

Histórico da Antropologia Médica:

A relação íntima entre saúde e cultura não é um tema novo na Antropologia. O primeiro antropólogo de renome a analisar a medicina como categoria de pesquisa nas culturas não-européias, chamadas "primitivas" naquela época, foi W.H.R. Rivers (1979, original 1924)^[3]. Com formação em medicina, ele se preocupava com a caracterização ou a classificação da medicina primitiva segundo categorias de pensamento, identificado na época como pensamento mágico, religioso, ou naturalista. Estabelecidas por Frazer, Tylor, e outros, estas categorias foram comuns nos vários debates sobre o pensamento primitivo. Rivers empregou-as para classificar as crenças sobre etiologia das outras culturas, afirmando que "Partindo da etiologia, nos encontraremos guiados naturalmente ao diagnóstico e tratamento, como é o caso no nosso próprio sistema de medicina"^[4] (Rivers 1979: 7). Assim, Rivers se preocupava em identificar as medicinas primitivas como manifestações de modos de pensamento lógico no qual o tratamento da doença logicamente seguiria a identificação da causa (1979: 29, 51).

A medicina mágica seria um sistema de crenças que atribuem as causas das doenças à manipulação mágica por parte de seres humanos (feiticeiros, bruxos, etc.) e as técnicas de tratamento também se caracterizam como manipulações mágicas (feitiçaria e contra-feitiçaria) humanas. A medicina religiosa teria como causas das doenças as forças sobrenaturais, e o tratamento seria feito através de apelos ou propiciações às entidades sobrenaturais para que intervissem. Finalmente, a medicina naturalista se caracteriza pelo raciocínio empírico que explica e trata a doença como fenômeno natural, ou seja, baseado na observação empírica da operação das forças naturais. Suas técnicas de cura, conseqüentemente, envolvem o tratamento da causa específica natural com uma técnica igualmente natural (plantas, cirurgia, etc.). Este conceito de sistema natural não é tão diferente da afirmação de Malinowski de que os primitivos têm um sistema de conhecimento "baseado na experiência e modelado pela razão" (Malinowski 1948: 26).

Através dos dados coletados, na maior parte, na Melanésia e Nova Guiné, Rivers concluiu que a medicina primitiva é basicamente mágica ou religiosa, de acordo com a visão de mundo do grupo (1979:120). Quando existem práticas naturalistas, são poucas e estão embutidas nas matrizes de crenças mágicas ou religiosas. Sua perspectiva dos sistemas médicos é relativista. A medicina nas sociedades é uma instituição social interligada com os outros aspectos da cultura. Para entendê-la, é preciso examinar como o sistema médico está integrado à cultura mais abrangente, à sua visão do mundo e ao seu mundo social.

A noção da medicina como um sistema ligado à cultura, e não como um fenômeno fragmentado, é uma contribuição importante de Rivers e um princípio que continua sendo fundamental na antropologia da saúde, como veremos adiante. Também, sua identificação da etiologia como uma entrada importante para entender os procedimentos diagnósticos e terapêuticos tem sido um enfoque nas pesquisas e nos debates teóricos posteriores.^[5]

Ao mesmo tempo, Rivers não escapou das influências de seu tempo no que se refere à

visão evolucionista do pensamento primitivo.^[6] Afirmava que os modos de pensamento da medicina primitiva eram opostos ao pensamento que fundamenta a medicina moderna (1979:120). Assim, ele conceituou a medicina primitiva como sendo qualitativamente distinta da medicina científica. Sua visão da medicina primitiva representa uma visão estática ou folclorista, ignorando a dinâmica reconhecida hoje como essencial ao conceito simbólico da cultura, um modelo de *praxes* (Dolgin, et. al., 1977). Para Rivers, se há mudança nas práticas médicas pela incorporação de elementos empíricos e racionais, ela é o resultado da difusão; porém, acreditou que quando estes elementos são introduzidos numa cultura primitiva, freqüentemente são degenerados numa interpretação mágica ou religiosa.

Outro pioneiro na antropologia da saúde, Clements (1932), realizou um estudo comparativo sobre os conceitos da doença na medicina primitiva através das crenças etiológicas. Sua preocupação maior foi mapear a distribuição destas crenças entre os povos primitivos no mundo. Reduziu-as a cinco categorias de causas: feitiçaria, quebra de tabu, intrusão de um objeto no corpo, intrusão do espírito, e perda da alma. Sua preocupação era mapear estes traços para uma reconstrução histórica, e sua análise é alvo das críticas do método difusionista. Os traços são tratados como unidades independentes que passam de uma sociedade para outra, sem consideração pelo seu significado ou sua integração na cultura como um todo. Assim sua pesquisa resultou num estudo puramente descritivo da distribuição destes traços. Clements ignora o princípio importante de Rivers, de que estes elementos estão ligados ao resto da cultura e da sociedade onde são encontrados.

Também a lógica interna de seus conceitos etiológicos mostra uma confusão conceitual entre causa e mecanismo (Leiban 1977). Os cinco conceitos identificados por ele não só representam crenças sobre causalidade, mas também são crenças sobre os mecanismos da doença; ou seja, representam também o "como" e não só o "porquê" da doença.

Assim, os seus conceitos não são mutuamente exclusivos. Por exemplo, como é comum entre os povos amazônicos, para explicar uma doença causada por um xamã (feitiçaria segundo Clements), eles dizem que o xamã enviou um objeto que entrou no corpo da vítima e que está chupando o seu sangue (intrusão de objeto, segundo Clements). O feiticeiro é a causa, e o objeto explica como ele atingiu a vítima. A perda da alma também pode ser um mecanismo de feitiçaria. O feiticeiro assusta a vítima, fazendo a sua alma escapar. A intrusão do espírito pode ser resultado da quebra de tabu, e assim por diante. Talvez estas categorias tenham ajudado o antropólogo para comparar noções de doenças, mas seu status epistemológico, como conceitos que podem ajudar a entender outros sistemas médicos e seus significados, é questionável.

A idéia de que a medicina indígena representa um modo de pensamento qualitativamente diferente da biomedicina, que fundamentou o trabalho de Rivers e que também está implícita no trabalho de Clements, está mais uma vez presente nas obras de outro pioneiro na antropologia da saúde, Erwin Ackerknecht. Considerado o fundador da antropologia médica nos Estados Unidos, Ackerknecht, como Rivers, também se formou em medicina. Alemão de nascimento, ele se radicou nos Estados Unidos no começo da Segunda Guerra Mundial, onde foi influenciado pelo conceito de "configuração cultural" de Ruth Benedict e outros alunos de Boas. Fez várias contribuições a este campo incipiente da antropologia da saúde, juntando dados etnográficos sobre cirurgia primitiva, xamanismo e psicopatologia, conhecimento anatômico, diagnósticos e tratamentos, análise da relação entre o sistema médico com a cultura em sociedades específicas, etc. A maioria destes trabalhos foi publicado na década de 1940, e vários foram agrupados e reeditados numa coletânea em 1971, prova de sua importância e da marca que deixou no campo.¹⁷¹ Ele, como Rivers, argumentava sobre a importância de se entender a medicina como uma instituição inseparável do resto da cultura e sociedade. Reconhecia que a doença e seu tratamento são processos puramente

biológicos só no sentido abstrato e que a percepção do estado de doente, o diagnóstico da doença e o tratamento da doença dependem dos fatores sociais (1947a). Também como Rivers, assumiu que o tratamento segue a lógica das crenças.¹⁸¹

Apesar de suas pesquisas (Ackerknecht 1942, 1946, 1947b) identificarem uma grande variedade de tratamentos empíricos entre os chamados primitivos (cirurgia, uso de plantas, autópsias, práticas de higiene), Ackerknecht tão pouco se livrou da idéia de que a medicina primitiva é qualitativamente diferente da medicina científica. Ele afirmava que a medicina primitiva é primariamente mágico-religiosa enquanto a medicina científica ocupa-se com a realidade empírica. Ele discordou de Malinowski e declarou que o empiricismo não faz parte da percepção ou ação do primitivo (Ackerknecht 1946). Para ele, a medicina primitiva é lógica mas não empírica: o tratamento segue as idéias que se tem sobre as causas. Para justificar todos os dados levantados por ele sobre os tratamentos "racional" e empíricos em medicina primitiva que sugerem a existência de um conhecimento empírico e uma prática baseada na observação da realidade, Ackerknecht explica que estas práticas são resultados de *hábitos realizados inconscientemente*. Para ele, a prática "racional" é um processo consciente constituído de observação e teste, aspectos fundamentais para a ciência e biomedicina. O racional, a lógica baseada em premissas empíricas, *não faz parte da medicina primitiva*. Quando existem tratamentos que parecem racionais entre os primitivos, são na realidade práticas derivadas do hábito. Esses tratamentos são empregados mais freqüentemente nas doenças menores ou mais leves (ou seja, de pouca consequência) ou são empréstimos da medicina do civilizado. Ackerknecht alerta que o antropólogo freqüentemente julga uma prática racional sem reconhecer que o primitivo justifica essa prática não por razões empíricas, e sim mágica. Por exemplo, a ação de enterrar o excremento pode ser vista como uma prática racional, quando na realidade o primitivo o esconde por medo de que seja utilizado por outra pessoa num rito mágico de feitiçaria.

Assim, ele descarta como sendo racionais os dados extensivos sobre tratamentos naturais entre os povos africanos compilados pelo antropólogo-médico Harley (1941).

Ackerknecht reconhece a diversidade cultural e ressalva que não há uma medicina primitiva, mas existem várias, cada uma ligada à sua cultura particular. Apesar desta afirmação, seus trabalhos tratam de um "primitivo" que lembra o primitivo das discussões da antropologia evolucionista. Este "primitivo" faz coisas por hábito e está cego frente à realidade empírica. Suas crenças não lhe permitem questionar ou observar objetivamente. Ele é lógico, mas não racional. A presença de tratamentos e práticas realmente eficazes ocorrem por razões erradas ou por hábito. Ackerknecht sugere que a origem de tais práticas, quando não são importadas dos civilizados, provêm de uma época anterior na história do ser humano quando ele era guiado pelo instinto.

Uma crítica freqüentemente feita estes três fundadores do estudo de etnomedicina é sua distinção entre medicina primitiva e medicina científica. Para eles, o primitivo não é um observador/ator consciente frente às suas experiências, e sua medicina diferencia fundamentalmente da dita "medicina científica". Caracterizam-na como um sistema *mágico-religioso* incapaz de incorporar práticas racionais baseadas em observação empírica. Ignoram as práticas empíricas ou científicas que fazem parte dos cuidados de saúde em todas as sociedades. Eles tampouco relativizam a medicina da nossa sociedade, e a representam como o único sistema universal e verdadeiro, capaz de oferecer o único tratamento realmente eficaz. Vista assim, a medicina primitiva será destinada a desaparecer frente a eficácia da medicina científica.

Pesquisas antropológicas que tratam da lógica e práticas de cura entre povos indígenas têm demonstrado que os índios não são cegos frente a realidade e que eles fazem avaliações sobre os tratamentos baseadas em observações empíricas (Langdon 1992; Laughlin 1977). Também os profissionais de

saúde envolvidos com índios bem conhecem que os índios em contato avaliam e reconhecem a eficácia da biomedicina em certos casos de doença e que aceitam os recursos oferecidos pelos postos de saúde ou equipes de saúde. Vários fatores determinam sua aceitação. Sem tempo para elaborar estes fatores, que são tratados em outras publicações (Langdon 1992), cabe aqui citar alguns, como: fatores culturais específicos, a severidade da doença, as relações entre o pessoal de saúde e o grupo, experiências anteriores com os tratamentos, acessibilidade, etc. Esta receptividade às curas da biomedicina talvez se manifesta mais claramente na questão de remédios. Os farmacos não são somente aceitados em várias instâncias, mas também eles se tornam o símbolo do poder da biomedicina até tal ponto que os índios os demandam e criticam severamente o médico, enfermeiro, ou assistente de saúde que não os distribui em situações nas quais o profissional não os julga necessários, numa tentativa de prestar um atendimento mais holista e/ou de incorporar a fitoterapia do próprio grupo.^[9]

Apesar do índio aceitar e reconhecer o poder de nossas medicinas, isto não implica que ele deixe suas práticas de cura. Na visão evolucionista, manifestada por estes pioneiros nos estudos de etnomedicina, a manutenção de suas tradições frente o contato se explica com a idéia de que eles não têm a capacidade de pensar com a nossa lógica. Atualmente, algumas pessoas expressam este mesmo preconceito, quando afirmam que o índio forma duas categorias de doenças: doença dos índios, onde eles procuram os especialistas nativos, e doença do branco, que precisa do remédio do branco. O uso destas categorias, freqüentemente criado pelos observadores brancos e não pelos índios, obscurece a *lógica de ação* presente na procura de tratamento. Em vez de esclarecer a verdadeira relação entre categoria de doença e tratamento, reafirma o velho preconceito que o pensamento do índio é incapaz de mudar sua visão do mundo e simplesmente resolve sua experiência de contato mantendo sua cultura separada da cultura do branco.

Tal pensamento remete à um conceito de cultura como um sistema estanque, sem possibilidade de transformação. Voltaremos à este conceito de cultura como fixa mais adiante.

Ackerknecht, Rivers, e Clements foram homens do seu tempo e da antropologia da sua época, quando os conceitos, teorias e debates centravam-se mais na problemática do pensamento de um "outro" caracterizado como primitivo, do que na construção de um campo teórico para antropologia da saúde. Neste sentido, a crítica feita aqui deve ser temperada e equilibrada. Rivers e Ackerknecht foram particularmente importantes ao estabelecer o estudo da etnomedicina como objeto da pesquisa antropológica, como as demais instituições. Eles também reconheceram que para entender o sistema de medicina de uma cultura, tem que examiná-lo dentro do seu contexto sociocultural. As crenças e as práticas de saúde e doença formam parte de um sistema lógico-conceitual, e não são só fragmentos frouxamente ligados entre si ou aos outros aspectos da cultura e sociedade. Mas sem olhar o processo da doença, isto é, examinar o itinerário terapêutico seguido em casos específicos de doenças, as velhas preocupações com os opostos binários, tais como natural/sobrenatural, magia/ciência, e medicina primitiva/medicina moderna, obscurecem um entendimento da dinâmica cultural e da lógica de cura entre os povos indígenas^[10].

Da Etnomedicina à Antropologia de Saúde:

Na década de 70, vários antropólogos começaram a propor visões alternativas à biomedicina sobre o conceito da doença (Fabrega 1974; Good 1977, 1994; Hahn e Kleinman 1983; Kleinman 1980; Young 1976, 1982). Juntando o campo da etnomedicina com as preocupações da antropologia simbólica, a semiótica, a psicologia, e considerações sobre a questão da eficácia da cura, 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 experienciado 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 numa negociação de significados na busca da cura (Staiano 1981).

Os assuntos pesquisados por esta abordagem não diferenciam muito dos que tradicionalmente faziam parte dos estudos de etnomedicina: as crenças, as práticas terapêuticas, os especialistas de cura, as instituições sociais, os papéis sociais dos especialistas e pacientes, as relações interpessoais, e o contexto econômico e político. O que diferencia esta perspectiva com a da etnomedicina tradicional é a relativização da biomedicina e uma preocupação com a dinâmica da doença e o processo terapêutico. A nova abordagem tem resultado em mudanças importantes de ênfase e enfoque. Destas, há três pontos de mudança que quero explorar: (1) o conceito da cultura como dinâmica e heterogênea, (2) a perspectiva da doença como um processo sociocultural, e (3) o conceito de doença como experiência.

A Dinâmica Cultural:

As novas discussões sobre a relação saúde/doença trabalham com um conceito de cultura fundamentalmente diferente daquele presente nos trabalhos de Ackerknecht, Rivers e Clements.^[11] Segundo eles, a cultura existe *a priori* da ação. Consiste em normas, práticas, e valores vistos como anteriormente estabelecidos e fixos que determinam os pensamentos e as atividades dos membros de uma cultura. Assim, a cultura é vista como um sistema fixo e homogêneo, no qual todos os membros compartilham as mesmas idéias e agem igualmente.

A partir do desenvolvimento da antropologia simbólica, o conceito de cultura passa por uma reconceitualização significativa. Cultura é definida como um sistema de símbolos que fornece um modelo *de* e um modelo *para* a realidade (Geertz 1978).

Este sistema simbólico é público e centrado no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir, de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas numa realidade simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, instituições e relações legitimados pela sociedade. A cultura é expressa na interação social, onde os atores comunicam e negociam os significados. Aplicado ao domínio da medicina, o sistema de saúde é também um sistema cultural, um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. É aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis.

Sem descartar a idéia que cultura é compartilhada pelos membros de um grupo, sua análise passa para um enfoque na *praxis*, a relação entre a procura do significado dos eventos e a ação. Esta abordagem enfatiza os aspectos dinâmicos e emergentes. A cultura emerge da interação dos atores que estão agindo juntos para entender os eventos e procurar soluções. O significado dos eventos, seja doença ou outros problemas, emerge das ações concretas tomadas pelos participantes. Esta visão reconhece que inovação e criatividade também fazem parte da produção cultural. Cultura é não mais um unidade estanque de valores, crenças, normas, etc., mas uma expressão humana frente a realidade. É uma construção simbólica do mundo sempre em transformação. É um sistema simbólico fluído e aberto.

Também central neste conceito da cultura é o enfoque no indivíduo como um ser consciente que percebe e age. A doença é vista dentro desta perspectiva. É vista como uma construção sociocultural. Através do processo de socialização, a criança internaliza as noções simbólicas sendo expressadas através das interações do grupo no qual ela participa. Interpretando as mensagens contidas nas atividades culturais, ela também age segundo suas percepções individuais, influenciadas em parte pelos significados culturais circulando no grupo mas também por sua própria subjetividade e experiência particular.

Reconhecer subjetividade implica, ainda nos grupos mais isolados e distantes de outras culturas, que nem todos os indivíduos de uma cultura são iguais no seu pensamento ou na sua ação. É uma visão que permite heterogeneidade, não só porque as culturas sempre estão em contato com outras que têm outros conhecimentos, mas também porque os indivíduos dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência que nunca é igual à dos outros. Como vamos ver, esta visão da cultura que ressalta a relação entre percepção/ação, a heterogeneidade, e a subjetividade, tem várias implicações na nova visão sobre saúde-doença.

A Doença como Processo

O enfoque tradicional na etnomedicina era a identificação das categorias das doenças segundo o grupo estudado, reconhecendo-se que o que é definido como doença, como estas são classificadas, e quais sintomas são identificados como sinais das doenças, variam de cultura para cultura e não necessariamente correspondem com as categorias da biomedicina (Frake 1961; Langdon e MacLennan 1979). Uma pesquisa clássica sobre este assunto é o estudo de Frake no qual ele utiliza as técnicas e análise de etnociência para produzir uma classificação detalhada das doenças de pele entre os Subanun, nativos das ilhas Filipinas. Ele demonstra como os Subanun organizam as categorias das doenças de acordo com uma classificação hierárquica segundo os sintomas que reconhecem. O trabalho de Frake é importante no sentido em que demonstra que as classificações e diagnósticos das doenças entre povos considerados primitivos são sofisticados, complexos, e baseados na observação de uma realidade empírica. Também tem servido como um modelo de pesquisa e análise na etnomedicina.

Porém, para a visão simbólica, o significado da doença em outras culturas não se limita aos sistemas diferentes de nomeação e classificação de doença (Good 1977; Good 1994).

Doença como processo não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma seqüência de eventos que tem dois objetivos pelos atores: (1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo. Assim, para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da seqüência de eventos. O significado emerge deste processo entre percepção e ação. Um episódio apresenta um drama social que se expressa e se resolve através de estratégias pragmáticas de decisão e ação.

Em termos gerais, os seguintes passos caracterizam a doença como processo: (a) o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, (b) o diagnóstico e a escolha de tratamento, e (c) a avaliação do tratamento.

(a) Reconhecimento dos sintomas: Os eventos iniciam com o reconhecimento do estado de doença baseado nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Quais sinais são reconhecidos como indicadores de doença depende da cultura. Não são universais, como pensado no modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico, e possíveis causas, e estes sinais, em várias culturas, não são restringidos ao corpo ou sintomas corporais. A situação ambiental, seja do grupo ou da natureza, faz parte também de possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificar a doença.

(b) Diagnóstico e escolha de tratamento: Uma vez que um estado de sofrimento é reconhecido como doença, o processo diagnóstico se institui para que as pessoas envolvidas possam decidir o que fazer. Este momento inicial normalmente acontece dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar num diagnóstico que indicaria qual tratamento deve ser escolhido. Se não chegam num diagnóstico claro, pelo menos eles procuram um acordo, através da leitura dos sinais da

doença, de qual tratamento deve ser escolhido. No caso de tratar-se de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita ao posto de saúde. No caso de uma doença séria, com sintomas não-usuais, ou interpretada como resultante de um conflito nas relações sociais ou espirituais (por exemplo, quebra de tabu), talvez o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais seria escolhido primeiro. Não é possível prever a escolha, pois esta vai ser determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos participantes.

(c) Avaliação: Uma vez um tratamento feito, as pessoas envolvidas avaliam os seus resultados. Em casos simples, a doença some depois do tratamento e todos estão satisfeitos, mas freqüentemente a doença continua. Assim, é preciso re-diagnosticar a doença, baseado na identificação de novos sinais ou na reinterpretação dos sinais. Com o novo diagnóstico, um outro tratamento é selecionado, realizado, e avaliado. Estas etapas se repetem até que a doença seja considerada como terminada. Casos graves ou prolongados envolvem vários eventos de diagnóstico, tratamento e subseqüentes avaliações. Freqüentemente a doença se torna uma crise que ameaça a vida e desafia o significado da existência. Muitas pessoas e grupos são mobilizados no processo terapêutico, e os significados da doença no contexto mais abrangente (relações sociais, ambientais, e espirituais) são explorados. Através dos episódios da doença envolvendo diagnósticos, tratamentos, e avaliações sucessivas, as pessoas procuram os sinais extra-corporais, tais como nas relações sociais ou nos movimentos cosmológicos, para compreender a experiência de sofrimento.

O processo terapêutico não é caracterizado por um simples consenso; é melhor entendido como uma seqüência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes ao respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada. Há duas fontes principais de divergências: uma se encontra na própria natureza dos sinais da doença, e a outra nas diferentes interpretações das pessoas.

Em primeiro lugar, os sinais da doença não são por natureza claros. Eles são ambíguos, causando interpretações divergentes entre pessoas, mesmo que as pessoas compartilhem o mesmo conhecimento e classificação diagnóstica. Frake notou isto entre os Subanun. Duas pessoas concordando com os sintomas que indicam uma certa doença, freqüentemente na prática identificaram o mesmo caso diferentemente. Isto pode ser porque interpretaram os sintomas diferentemente ou reconheceram sintomas diferentes. Isto acontece na biomedicina também. Não há sempre um consenso entre os médicos examinando o mesmo paciente. Na teoria, as classificações das doenças segundo seus sintomas pode ser bem organizado em categorias discriminadas sem aparência de ambigüidade, mas na prática, um sinal de doença não é necessariamente claro e fácil de interpretar devido à sua própria ambigüidade.

Diferentes diagnósticos de uma mesma doença aumentam consideravelmente quando os participantes no processo representam diferentes conhecimentos, experiências e interesse no caso em pauta. Entre os membros de um grupo, nem todos possuem o mesmo conhecimento, devido à vários fatores: idade, sexo, papel social (i.e. pessoa comum, especialista em cura, pajé) e também redes sociais e alianças com outros. Numa situação de pluralidade de grupos étnicos e sistemas médicos, como no caso da saúde do índio, esta situação se complica ainda mais. Por isto, cada passo do episódio é caracterizado por visões diferentes dos participantes e suas negociações para chegar a uma interpretação que indicaria o tratamento necessário, cada um exercendo seus diferentes conhecimentos, experiências e poderes.

A Doença como Experiência:

Finalmente, quero explorar o conceito da doença como experiência. Segundo esta visão, a doença é mais bem entendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empíricos, mas é um processo

subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. O exemplo mais simples disto é a questão da dor. Sabemos que membros de culturas diferentes experimentam e expressam suas dores diferentemente (Wolff e Langley 1977). Numa mesma cultura, parece que a dor é experimentada numa maneira diferenciada entre os sexos. Entre os descendentes dos açorianos na Ilha de Santa Catarina, os homens negam sentir dores e sintomas de saúde na mesma freqüência que as mulheres (Elsen 1984). Dor no parto é um outro exemplo. Enquanto mulheres de algumas culturas enfrentam o parto com grande medo da dor, e expressam a experiência de parto como uma terrível dor, outras, de outros lugares ou classes, passam pela experiência com pouca referência à dor. Eu sempre lembro as mulheres siona e o pouco drama que fazem sobre o parto natural. Na primeira vez, a nova mãe vai à roça para dar a luz acompanhada pela mãe ou outra mulher com experiência. Em gravidez subsequentes, ela simplesmente vai sozinha para dar a luz e volta para a casa. No meu caso, parte da geração a favor do parto natural^[12], lembro como as mulheres mais velhas falavam que o parto é tão dolorido que algum bloqueador da dor é sempre preciso, mas as minhas colegas e irmãs, que participaram no movimento de parto natural, falavam que o parto deu um certo tipo de incomodação, não exatamente dor, até os minutos finais, e que esta dor é facilmente esquecida.

Quero enfatizar que não estou dizendo simplesmente que a dor se manifesta diferentemente, dependendo da cultura, um fato que parece ser bem estabelecido. A relação corpo/cultura vai bem além da questão de sofrimento físico. O corpo serve para o ser humano como uma matriz simbólica que organiza tanto sua experiência corporal como o mundo social, natural, e cosmológico. O que o corpo sente não é separado do significado da sensação, isto é, a experiência corporal só pode ser entendida como uma realidade subjetiva onde o corpo, a percepção dele, e os significados se unem numa experiência única que vai além dos limites do corpo em si.

Isto parece ser particularmente relevante no caso dos índios da região amazônica (Seeger, et. al. 1987), entre os quais o corpo não é separado dos movimentos maiores do universo. Para dar um exemplo, os índios Siona representam o corpo como sendo sujeito as forças de energia que circulam pelo universo - nos céus, na selva, na água (Langdon 1995). Estas energias se manifestam através dos processos de crescimento e declínio, como a lua que tem suas fases crescente e minguante e a natureza que tem suas fases de nascimento, crescimento, velhice, e morte, como pode ser observado nos animais, plantas e humanas. Os Siona percebem o corpo como uma manifestação deste ciclo, e a idéia deles é que de estar vivo, ou *wahi*, como eles expressam, é associado com a idéia do corpo do nené gordo, em crescimento e o corpo do adulto como corpo forte e maduro. A velhice representa o oposto, as forças em diminuição, que resulta no emagrecimento que os velhos experimentam.

Doença, para os Siona, faz parte deste ciclo do universo. A doença no corpo humano é conceituada como sendo o momento quando a força da vida está em declínio, e se não curado, a doença leva à morte. O sintoma mais importante de doença é a perda de peso, e quando uma pessoa está doente, ele diz literalmente “estou morrendo”. Morrer é um processo para eles, não um momento, e doença, como velhice, são processos de morrer.

Além da questão do corpo ser magro ou forte, como indicadores de ciclos do universo, os Siona também procuram outros sintomas que podem indicar as causas da doença. Em doenças onde os diagnósticos e subsequentes tratamentos não resultam numa cura, as preocupações com a causa não corporal, sejam estas problemas sociais ou desequilíbrio com os seres invisíveis, se torna alvo das preocupações. Os sinais desta causa se tornam centrais na procura de entender o significado da doença e decidir o que deve ser feito, e estes sinais se encontram fora do corpo físico.

Ultimamente há uma tendência não só na antropologia mas também nas ciências médicas de reconhecer que a divisão cartesiana entre o corpo e a mente não é um modelo satisfatório para entender os processos psicofisiológicos de saúde e doença. As representações simbólicas não só expressam o mundo, mas através da experiência vivida, eles também são incorporados ou internalizados até tal ponto que influenciam os processos corporais. Já existem casos famosos como a morte por vodu entre os aborígenes australianos (Cannon 1942). Neste caso, um nativo aparentemente saudável morreu, sob os olhos de seu amigo e médico, em poucos dias, porque o pajé do seu grupo “apontou o osso” à ele. Este ato, apontar o osso, representa um julgamento feito à vítima por ter violado alguma regra moral, e significa que ele vai morrer. Já surgiram várias hipóteses sobre a causa da morte por sugestão (Lex 1977). Mas qualquer explicação não pode excluir que o poder da sugestão - uma condenação pelo pajé, figura poderosa - dá início a uma cadeia de reações físicas levando à morte. Como o Rene Dubois diz no seu livro “A Miragem de Saúde”, só o ser humano tem medo das sombras.

Ultimamente há várias hipóteses circulando sobre a evolução da doença AIDS em pessoas soropositivos. Enquanto que uma vez foi pensado que quem tem o vírus morre logo, esta relação tão direta entre o vírus e a morte está sendo questionada. Já sabemos que existem muitas pessoas assintomáticas que vivem com o vírus anos e anos. A expectativa de vida entre os soropositivos vem sendo prolongada ao longo dos anos. Não está claro o porquê, mas os antropólogos e outros psicólogos e sociólogos estão sugerindo que a explicação não se baseia em processos puramente biológicos, e que também os processos simbólicos - culturais, sociais e individuais - que compõem o significado da experiência do portador são fatores na evolução do vírus para doença e morte. Posso citar a questão de estigma, a rejeição social, e a perda dos laços afetivos como possíveis processos socioculturais que interagem na experiência da doença de AIDS.

Pode parecer que estou longe do tema de saúde indígena, mas como resumo quero levantar algumas implicações do conceito de doença como processo e experiência para a biomedicina, sobretudo para o processo clínico. Entendendo o significado da doença como um fator entre os processos psicobiológicos que estimula a experiência de adoecer ou sarar, deve estimular algumas reflexões sobre estes processos.

Questiona-se se as doenças são unidades fixas de processos biológicos que evoluíam igual em todos os indivíduos e em todas as culturas. Uma melhor visão para entender as doenças seria considera-las como resultantes de vários fatores interagindo que não se limitam a biologia como a entendemos tradicionalmente. Como exemplo, cito o caso das primeiras epidemias de sarampo entre os Yanomami nos anos 60 (Neel et. alli. 1970). Os médicos presente no grupo nesta época observaram que talvez a alta mortalidade dos índios não foi devida somente às reações biológicas violentas nesta população exposta pela primeira vez à doença, mas também devido a quebra total da organização social onde o próprio tecido da sociedade como grupo parou, não tendo pessoas saudáveis

para desempenhar as tarefas do cotidiano e necessárias para sobrevivência. Os fatores interagindo na “doença de reclusão” entre os adolescentes do Xingu, como explorado por Verani (1990, 1991; Verani e Morgado 1991), também remete aos fatores que vão além da biologia.

A doença como processo biológico não acontece em isoladamente nas sociedades indígenas. Contato não traz só doenças novas, mas mudanças nas relações com o ambiente e também mudanças nas relações com os outros nas quais circulam mudanças socioculturais rápidas (Werner 1985), dominação, seja esta física, psicológica, ou econômica.

Talvez seja importante começarmos a repensar a questão da saúde do índio como um resultado de vários fatores que originam dentro do grupo local, sua cultura e suas relações sociais, ou que são resultados das forças externas do grupo mas que acabam sendo vivenciados e experienciados pelo próprio grupo. Se assumimos esta visão, enfrentamos um desafio de criar um modelo mais abrangente que é tradicionalmente empregado quando tentamos melhorar a saúde dos índios.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERKNECHT, Edwin, 1942. Problems of Primitive Medicine. *Bulletin of the History of Medicine* 11:503-521.
- ACKERKNECHT, Edwin, 1946. Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine. *Bulletin of the History of Medicine* 19:467-497.
- ACKERKNECHT, Edwin, 1947a. The Role of Medical History in Medical Education. *Bulletin of the History of Medicine* XXI:1-17.
- ACKERKNECHT, Edwin, 1947b. Primitive Surgery. *American Anthropologist* 49:25-45.
- ACKERKNECHT, Edwin, 1971. *Medicine and Ethnology*. Selected Essays, Baltimore, John Hopkins Press.
- ACKERKNECHT, Edwin 1985. *Medicina e Antropologia*. España, Akal Editor.
- AUGÉ, M. 1986. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme*, No spécial Anthropologie, Etat des Lieux. Paris, Navarin/Livre de Poche, pp. 77-88.
- AUGÉ, M. e C. Herzliche, orgs., 1984. *Le sens du mal*. *Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris, Éditions des Archives contemporaines.

- BIBEAU, Gilles 1981. The Circular Semantic Network in Ngbandi Disease Nosology. *Social Science and Medicine* 13B: 295-307.
- BUCHILLET, Dominique 1991. "A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde" In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. (Dominique Buchillet, org.), Belém, MPEG/CEJUP/UEP. pp. 21-44.
- CANNON, Walter 1942. Voodoo Death. *American Anthropologist* 44:169-181.
- CLEMENTS, F.E. 1932. *Primitive Concepts of Disease*. Berkeley, University of California Publications in American Archeology and Ethnology 32(2):185-252.
- DOLGIN, Janet, David S. Kemnitzer, and David M. Schneider 1977. *Symbolic Anthropology: A Reader in the Study of Symbols and Meanings*. New York, Columbia University Press.
- DUBOIS, René 1959. *Mirage of Health*. New York, Harper and Row.
- ELSEN, Ingrid 1984. Concepts of Health and Illness and Related Behaviors among Families Living in a Brazilian Fishing Village. Ph.D. thesis, University of California, San Francisco.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. 1937. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*, London, Oxford University Press.
- FABREGA, Horacio 1974. *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge, The MIT Press.
- FOSTER, George 1976. Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologist* 78:4:773-782.
- FOSTER, George and Barbara ANDERSON 1978. *Medical Anthropology*. New York, Wiley.
- FRAKE, Charles 1961. The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao. *American Anthropologist* 63:113-32.
- FRANK, Jerome 1973. *Persuasion and Healing*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- GEERTZ, Clifford 1978. *A Interpretação das Culturas*. Rio, Zahar.
- GOOD, Bryon J. 1977. "The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran" *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:25-58.
- GOOD, Byron J. 1994. *Medicine, Rationality and Experience*. New York, Cambridge University Press.
- HAHN, R. and A.M. KLEINMAN 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology* (Beals, et. alii. orgs.), 12:305-333. Palo Alto, Annual Reviews Inc.
- HARLEY, George W. 1941. *Native African Medicine: With Special Reference in the Mano Tribe of Liberia*. Cambridge, Mass.: Harvard University.
- JANZEN, J.M. e G. Prins, orgs., 1981. *Causality and Classification in African Medicine and Health*, número especial de *Social Science and Medicine*, 15B,3.
- KIEV, Ari, org. 1974. *Magic, Faith and Healing: Studies in Primitive Psychiatry Today*. London, Free Press.
- KLEINMAN, A.M. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, University of California Press.
- LABARRE, Weston 1947. "Primitive Psychotherapy in Native American Cultures: Peyotism and Confession". *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 42:294-309.
- LANGDON, E. Jean 1988. "Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento." *Revista de Saúde em Debate*. Centro Bras. de Estudos de Saúde, São Paulo. (Janeiro) pp. 12-15.

- LANGDON, E. Jean 1992. "Dau: Shamanic Power in Siona Religion and Medicine. in *Portals of Power: Shamanism in South America*. (E. Jean Matteson LANGDON e Gerhard BAER, orgs.) New Mexico, University of New Mexico Press. pp. 41-62.
- LANGDON, E. Jean 1995 A Morte e Corpo dos Xamãs nas Narrativas Siona. *Revista de Antropologia da USP*, 38(02):107-149
- LANGDON, E. Jean com Robert MACLENNAN, M.D. 1979. "Western Biomedical and Sibundoy Diagnosis: An Interdisciplinary Comparison" *Social Science and Medicine* 13B:211-220.
- LAUGHLIN, William S. 1977. Acquisition of Anatomical Knowledge by Ancient Man. In *Culture, Disease and Healing* (David LANDY, org.). New York, MacMillan. pp. 254-264.
- LEIBAN, R.W. 1977 "The Field of Medical Anthropology" in J. Honigmann (org). *Handbook of Social and Cultural Anthropology*. Chicago, Rand MacNally. pp. 1031-1072.
- LEX, Barbara W. 1977. Voodoo Death: New Thoughts on an Old Explanation. In *Culture, Disease and Healing* (David LANDY, org.). New York, MacMillan. pp. 327-331.
- MALINOWSKI, Bronislaw 1948. *Magic, Science and Religion*. Garden City, New York, Doubleday Press.
- NEEL, J. V., W.R. CENTERWALL, N.A. CHAGNON, AND H.L. CASEY 1970. Notes on the Effect of Measles and Measles Vaccine in a Virgin-Soil Population of South American Indians. *American Journal of Epidemiology*.
- RIVERS, W.H.R. 1979. *Medicine, Magic and Religion*. New York, AMS Press. (original 1924).
- SEEGER, Anthony, R. da Matta, e E. Viveiros de Castro. 1987. "A Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. In *Sociedades Indígenas & Indigenismo No Brasil* (João Pacheco de Oliveira Filho, org.). Rio de Janeiro: UFRJ/Marco Zero. pp. 11-29.
- STAIANO, Kathryn 1981. Alternative Therapeutic Systems in Belize: A Semiotic Framework. *Social Science and Medicine* 15B:317-332.
- VERANI, Cibele Barreto Lins 1990. A "Doença da Reclusão" no Alto Xingu: Estudo de um Caso de Confronto Cultural. Dissertação de Mestrado, UFRJ, Museu Nacional.
- VERANI, Cibele Barreto Lins 1991. Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu). in *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. (Dominique Buchillet, orga.) pp. 65-89. Belem, Edições CEJUP.
- VERANI, Cibele Barreto Lins e Anastácio F. MORGADO. 1991. Fatores Culturais Associados à Doença de Reclusão. In: *Saúde de Populações Indígenas*, Número Temático de *Cadernos de Saúde Pública* (C. E. Coimbra, Jr., org.). VII(4): 515-538. Rio: Escola Nacional de Saúde Pública.
- WERNER, Dennis W. 1985 Psycho-Social Stress and the Construction of a Flood-Control Dam in Santa Catarina, Brazil. *Human Organization*. 44(2):. 161-167.
- WOLFF, R. Berthold and Sarah LANGLEY 1977. Cultural Factors and the Response to Pain. In *Culture, Disease and Healing* (David LANDY, org.). New York, MacMillan. pp. 313-319.
- YOUNG, Alan 1976. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist*. 78(1):5-24.
- YOUNG, Alan 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285. Palo Alto, Annual Reviews, Inc.
- ZEMPLÉNI, A. 1985 La "maladie" et ses "causes". Introduction, *L'Ethnographie*, numéro spécial. *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*. LXXXI(2-3):13-4

^[11] Palestra oferecida na Conferencia 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/95.

^[12] Seguindo Hahn e Kleinman (1983: 306) adotamos o termo "biomedicina" em vez de "medicina científica" para designar a nossa tradição médica, querendo evitar a implicação que outros modelos médicos não são ou não possam ser científicos.

^[13] O livro de Rivers, *Magic, Medicine and Religion*, é composto de uma série de palestras que ele apresentou para o Royal College of Physicians de Londres entre 1915 e 1916. As palestras foram publicadas em forma de livro após sua morte em 1922.

^[14] "By starting from etiology we shall find ourselves led on as naturally to diagnosis and treatment, as is the case in our own system of medicine."

^[15] Veja-se por exemplo Evans-Pritchard (1937), Foster (1976), Janzen e Prins (1981), Langdon (1988), Buchillet (1991), Young (1982), Augé e Herzliche (1984) e Zempléni (1985).

^[16] Veja-se Langdon 1992, para uma crítica maior dos problemas das categorias de magia e religião na história da antropologia. Augé (1986) também aponta os aspectos preconceituosos destas preocupações com a lógica do pensamento.

^[17] Esta foi subsequentemente publicada em espanhol em 1985.

^[18] Veja-se, por exemplo, seu estudo "Cultura y medicina entre los Cheyennes, los Dobu e los Tonga" em Ackerknecht (1985).

^[19] A prática de auto-medicação, tão comum entre todos os setores da sociedade brasileira, também é comum entre os índios que têm acesso aos farmacos. No caso do P.I. Ibirama, em Santa Catarina, alguns lideranças indígenas em frustração com a falta de remédios oferecidos pelo posto de saúde, montaram seu próprio estoque para distribuição entre o grupo.

^[10] É interessante que estes primeiros antropólogos da saúde não tenham pesquisado questões ligadas aos interesses da biomedicina, tais como a epidemiologia ou a saúde pública. Apesar de serem médicos, não lhes interessava traçar um perfil da saúde dos grupos ou examinar especificamente como as práticas culturais e sociais interagem com questões biológicas para determinar a situação de saúde do grupo. Trabalhos desta natureza, enfocando a questão do estado de saúde e tentando medir o impacto das práticas culturais e sociais sobre a saúde segundo a ótica da biomedicina surgiram com o desenvolvimento da antropologia aplicada, depois da Segunda Guerra Mundial

^[11] Não é o objetivo aqui dar uma história completa do desenvolvimento da antropologia da saúde nos Estados Unidos. A visão da superioridade da biomedicina como fonte de técnicas universalmente verdadeiras aparece em várias obras, inclusive no primeiro texto em antropologia médica a aparecer nos Estados Unidos, o de Foster e Anderson (1978). Talvez a área mais relativista na sua visão da biomedicina e a que tem procurado aprender dos curandeiros nativos seja a antropologia psicológica ou a psicologia transcultural, como foi chamada nos anos 60, onde as técnicas terapêuticas de outras culturas eram vistas como possivelmente eficazes e não tão diferenciadas de nossas técnicas (Kiev 1974; Frank 1973; LaBarre 1947).

^[12] Trinta anos atrás o conceito "parto natural" tinha outra conotação. Implicava um parto sem nenhuma intervenção para aliviar a dor. Hoje, no Brasil, com as taxas altas de cesarianas, "parto natural" é entendido como um parto "vaginal", sem cirurgia. É interessante ver como o conceito de o que é natural para o corpo muda de uma época para outra.

Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>