

15 - Juntas
Imprensa e literatura da época na Alemanha

momentos - 1º questões sociais incorporam-se à vida. Controla da vida econômica e social p/ manter o sistema.

2º admissão da bacteriologia: delimita-
mento do foco das condições da vida p/ a
controle das doenças no corpo. Perqui-
sa e apanha no patógeno, anatomia e
fisiologia. Positivismo - social e distinga-
ção nas duas entidades distintas e sem
determinar o equilíbrio do nível de
"normalidade". Expõe univocal p/ a
explicar a doença.

3º experimento do modelo univocal e
alternativa p/ o "multicausal". Vem junto
o nível do capitalismo era na vida inter-
mediação do processo social - doença.
Surge modelo multicausal, que ignora
as estruturas e as rotas às explica-
ções causais - oposto. → História Natural
da Doença

4º Medicina social suprema processo
social - doença como processo que
também é social. Condições subjetivas de
existência + fatores culturais e psicossociais

O autor busca provar como fatores sociais e econô-
micos interferem no processo doença - doença. Condições
subjetivas de vida em associação com elementos sociais
físicos (clima, grau de higiene, etc)

11

A DOENÇA COMO PROCESSO SOCIAL

EVERARDO DUARTE NUNES

OS MODELOS EXPLICATIVOS DA DOENÇA

Ao iniciar o seu brilhante trabalho sobre *A Doença*, Giovanni Berli-
guer (1988) introduz o tema apontando que há muitas definições e pou-
cas certezas em relação ao que é doença. Certamente, entre as muitas
formas de constatar essa afirmação, tanto do ponto de vista macro (que
englobaria as dimensões histórica e estrutural), como da perspectiva do
indivíduo (quando julgada pelo próprio doente ou por parentes, amigos e
profissionais). Como veremos, os dois aspectos completam-se quando se
deseja compreender esse processo. Além disso, a reconstrução histórica
permite situar como emergiram os diversos modelos explicativos. Assim,
se retomarmos as origens e o desenvolvimento da medicina social/saúde
pública, vamos encontrar que, de diferentes maneiras, o social irá incor-
porar-se às questões da saúde e da doença: no estudo da população, na
denúncia das condições de trabalho ou da situação de pobreza, ou da
desorganização do espaço urbano.

Quando, no começo do século XVIII, se desenvolveram na Alemanha as
tendências centralizadoras em administração e economia, sentiu-se a
necessidade de um conhecimento pormenorizado da população. Há traba-
lhos marcantes desse período, como o de John Peter Frank (1748-1821),
que assinalam as relações entre fatores sociais e a doença. Representante
do despotismo esclarecido, com reputação de clínico, educador médico e
administrador de hospitais, Frank é autor de vasto trabalho sobre as
questões sanitárias, incluindo o estudo da política populacional, saúde
materna, saúde da criança, higiene, recreação, acidentes, ambiente, doen-

ças venéreas, epidêmicas e comunicáveis, medicina militar, hospitais: o seu *Medizinische Polizei* exerceu influência e ajudou a difundir a idéia da Polícia Médica (Rosen, 1979:135, 136). A Polícia Médica aparece "como parte do esquema da organização do Estado cujo objetivo supremo era colocar a vida econômica e social a serviço da política do poder do Estado" e, para isso, era fundamental um conhecimento completo da vida da população, a fim de controlá-la por meio de uma legislação que cobrisse todos os aspectos da sua vida, incluindo o controle da profissão médica.

Também estudos realizados durante a primeira metade do século XIX vão mostrar inter-relações entre a saúde e as condições de vida criadas pela revolução industrial. Situa-se nessa vertente, não especificamente epidemiológica, mas que se tornaria referência para essa área de pesquisas, o sempre citado trabalho de Engels (1975), escrito em 1844. Ao discutir as condições de vida e trabalho dos operários ingleses, oferece um quadro detalhado das conseqüências a que estiveram expostos os trabalhadores na primeira fase da Revolução Industrial, assim como da vida urbana das cidades que se tornaram locais de produção industrial. Esse será um tema importante abordado por Foucault (1977), ao estudar como as cidades se tornaram sede de problemas sociais e de saúde. Foi também na segunda metade do século XIX que autores como Virchow e Neumann, na Alemanha e Guérin, na França, lançam as idéias que se tornaram básicas para se entender a emergência da Medicina Social. Para Virchow, por exemplo, a doença é um processo orgânico de etiologia multifatorial, tendo as condições materiais de vida como uma das causas mais relevantes e cujo tratamento não dependia de cuidar apenas dos aspectos fisiopatológicos de pacientes individualmente. Com o fracasso das Revoluções de 1848 e o advento da bacteriologia, na segunda metade do século XIX, com Pasteur, Koch, Erlich e outros, houve um deslocamento das preocupações dos aspectos sociais da doença para os aspectos individuais. Como é assinalado por Breilh (1981:47), "Irrrompe a preocupação pelo biológico-individual, expressa em uma nova concepção do corpo (até então a «máquina humana»), na adoção de novas bases para a investigação médica (patologia, anatomia patológica e fisiologia) e na implementação de ações curativas consistentes na reparação instrumental de segmentos isolados dessa «máquina corporal». A doença passa a ser vista como variações qualitativas dos fenômenos fisiológicos correspondentes. A doença como variação quantitativa do normal será, como aponta Cordeiro (s.d.:78), um dos pilares da medicina do século XIX, tendo como expressão desse pensamento Claude Bernard. Para ele, como aponta Cangulhem (1978:48), "A saúde e a doença não são dois modos diferentes essencialmente, como talvez tenham pensado os antigos médicos e como ainda pensam alguns. É preciso não fazer da doença e da saúde princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas. Isso são velharias médicas. Na realidade, entre essas duas maneiras de ser há

apenas diferenças de grau. A exageração, a desproporção, a desarmonia dos fenômenos normais constituem o estado doentio. Não há um único caso em que a doença tenha feito surgir condições novas, uma mudança completa de cena, produtos novos e especiais". Há precursores dessas idéias, como Broussais, apreendidas por Augusto Comte. Com o positivismo, admitindo a analogia entre o biológico e o social, ocorre um reducionismo, que "nega, ou desconsidera, o conflito e o embate no campo biológico entre situações fisiológicas e fisiopatológicas distintas. [...] no campo do social, desconsidera-se a contradição dialética e o enfrentamento de classes sociais de interesses diversos, caracterizando, ao invés disso, desvios e desequilíbrios de um organismo social tendente à estabilidade e a harmonia" (Cordeiro, s/d:10).

Com base em uma visão positivista, a unicausalidade estabeleceu-se como um paradigma na explicação da doença. Este baseou-se no avanço das pesquisas e descobertas sobre a etiologia específica de muitas doenças, da intensificação da imunização, da institucionalização do movimento científico e da reorganização do ensino médico. Acrescente-se o enorme otimismo que se seguiu à descoberta dos agentes etiológicos específicos, pois parecia possível erradicar todas as doenças.

Sem negar a importância desse momento e das investigações que se seguiram, cumpre lembrar que, já no final do século XIX, e nas primeiras décadas do século XX, as condições de saúde continuavam extremamente precárias para amplos contingentes da população. De outro lado, a impossibilidade de abarcar com o paradigma unicausal a complexa trama de problemas levou a que investigadores procurassem um enfoque alternativo. Este seria denominado de multicausal. Sem dúvida, há outros fatores que mostraram ser o enfoque unicausal limitado para explicar a doença. Breilh (1981) assinala que a própria crise do capitalismo e a conscientização de setores "marginalizados" do sistema conduziram a uma nova interpretação do processo saúde-doença. Ainda, para este autor, os objetivos de uma "teoria multicausal" seriam buscar fatores causais fáceis de atacar, com medidas pouco custosas e implementar medidas de controle. De um ponto de vista prático, não busca as causas "necessárias", mas o objetivo é cortar a cadeia causal mediante a supressão ou modificação de uma das variáveis intervinientes, mas sem tocar nas causas estruturais.

A idéia da multicausalidade, que se desenvolve a partir dos anos 50, irá encontrar no trabalho de Leavell & Clarke (1976) um elaborado modelo que receberia o nome de Modelo da História Natural da Doença. Ao incorporar no modelo os princípios da ecologia, tornou o modelo multicausal mais dinâmico e abrangente. Nessa proposta, as causas ordenam-se em três possíveis fatores ou categorias: o agente, o hospedeiro e o ambiente inter-relacionados e em constante equilíbrio. Resumidamente, esses fatores referem-se a:

— agentes: substâncias ou elementos cuja presença ou ausência pode iniciar ou perpetuar um processo patológico; podem ser nutritivos, físicos, químicos ou biológicos;

— meio ambiente: agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, é relacionado com os aspectos físicos do meio ambiente, mas também com fatores sociais, econômicos e biológicos que se opõem à saúde física e mental do homem;

— hospedeiro: entre os fatores ligados ao hospedeiro humano na ocorrência e distribuição de doenças, estão a idade, o sexo, hábitos, e costumes, características e reações psicobiológicas.

A história natural da doença refere-se a dois períodos: o pré-patogênico e o patogênico. No primeiro, os fatores relacionados com o agente potencial, o hospedeiro e o meio ambiente estão em interação. Como escrevem os autores: "A evolução de um distúrbio no homem, desde a primeira interação com estímulos que provocam a doença até as mudanças de forma e função que daí resultam, antes que o equilíbrio seja alcançado ou restabelecido ou até que se siga um defeito, invalidez ou morte, pode ser denominado curso natural do distúrbio ou período de patogênese" (Leavell & Clarke, 1976:14). Há uma primeira fase em que a interação hospedeiro-estímulo produz uma patogênese precoce que pode ser diagnosticada clinicamente (isso significa encontrar o horizonte clínico); na segunda fase, há o comparecimento da doença precoce; na terceira fase — doença avançada; na quarta fase — convalescença com recuperação, invalidez, estado crônico e morte.

Muitas foram as críticas feitas à História Natural da Doença. Dentre elas, citam-se, já na década de 70, Nunes (1970), Arouca (1970), García (1971), tentando introduzir modificações, contextualizando a história natural, envolvendo-a no contexto social, econômico e cultural. Como o próprio Arouca (1975:165) escreveria algum tempo depois, mesmo com essa contextualização não se alcançava um dimensionamento específico do social, pois "na realidade o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido, ou como um caráter dos indivíduos ou como envoltório do modelo". Sem dúvida, a maior crítica ao modelo foi que, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e, como acrescenta Arouca (1975:167), "metamorfoseou-se em mito".

De outro lado, as limitações ao modelo não foram derivadas apenas de uma crítica interna. Embora tenha sido amplamente utilizado a partir dos anos 60 e década de 70, sentia-se que a abordagem dos complexos problemas de saúde, resultado das crises econômicas, políticas e sociais que ocorreram nos países em desenvolvimento no final dos anos 60, não encontrava maiores possibilidades explicativas no modelo da história natural da doença.

Foi nesse momento que muitos estudiosos latino-americanos engajados no projeto da Medicina Social estabeleceram uma crítica radical aos modelos que, ao enfatizarem os aspectos biológicos individuais, descuidavam da causalidade social da doença. Assim, as discussões tinham como ponto comum que as causas da doença deviam ser buscadas não somente nos processos biológicos ou nas características da triade ecológica, mas nos processos sociais, basicamente na produção e reprodução social. Alinharam-se nessa corrente Breilh (1981), Laurell (1983, 1986), Arouca (1970), Vasco Uribe (1986), Barros (1986), Castellanos (1987), que, utilizando categorias analíticas distintas, mas no marco teórico do materialismo histórico, traziam para o centro do debate a necessidade de repensar o processo saúde-doença como processo social. Para Castellanos (1987:7), "os perfis de saúde-doença de um determinado grupo da população estão determinados pelos processos de reprodução social de suas condições objetivas de existência, os quais estão determinados pelos processos que regem a reprodução geral dessa sociedade e que estabelecem a forma particular de inserção de tal grupo em tais processos gerais".

O estudo mais pormenorizado dos fatores culturais e psicossociais seria preocupação dos anos 80. Não se esqueça que nos Estados Unidos muitos foram os trabalhos que, já nos anos 70, enfatizavam o estresse como um conceito central na causação da doença, relacionado-o à anomia e mesmo à alienação no sentido de falta de participação social e tomado num sentido universal e, portanto, sem equacioná-lo com as diversidades estruturais e culturais. Estão nessa linha de pesquisa Cassel (1974) e Mechanic (1968). O estudo das representações e do papel do simbólico, mediado pela linguagem, iria estar presente em pesquisas da década de 80, quando há amplo ressurgimento dos estudos antropológicos em saúde.

A DOENÇA COMO PROCESSO HISTÓRICO-ESTRUTURAL

"A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos."

LAURELL, 1983:137.

Na primeira parte deste trabalho, procurou-se abordar de forma geral aspectos históricos e mesmo teóricos de como a questão da causalidade da doença foi sendo estruturada. Não se trata de uma história linear, pois, ao longo dos períodos históricos, podem ser encontrados momentos de maior ou menor inflexão do que se pode chamar de causalidade social convivendo com os avanços das descobertas etiológicas. Importa acentuar

que os perfis patológicos serão as expressões das transformações da sociedade, como lembrava Laurell (1983) em trabalho que se tornou referência para o estudo do caráter social da doença. Infelizmente, nem sempre é possível trabalhar com dados sobre a morbidade, e a evidênciação empírica do perfil patológico tem de ser feita com base em dados de mortalidade.

Como já referimos, a possibilidade de se estudar o processo da doença do ponto de vista estrutural e histórico constitui uma das duas amplas possibilidades. Nesse sentido, os autores de língua inglesa utilizam a palavra *disease*, ou seja, a doença como um fenômeno biológico, embora fortemente afetado por fatores sociais. Estaríamos falando de causação social, que abrange três categorias: 1) causas sociais básicas, tais como elementos socioestruturais da sociedade, por exemplo: classe, raça, sexo, educação; 2) causas sociais próximas, tais como vizinhança, migração, ambiente de trabalho; e 3) causas sociais mediadoras, tais como apoio social, redes sociais, estado civil.

Os autores são unânimes em apontar a forte associação entre *status* socioeconômico e saúde. Link & Felan (1995:81) alinham inúmeras pesquisas que evidenciam que baixo *status* socioeconômico está associado com baixa expectativa de vida, taxas de mortalidade geral mais altas, como também mais elevadas taxas de mortalidade infantil e perinatal. Verificou-se, ainda, que baixo *status* socioeconômico está associado a cada uma das catorze principais categorias de causas de morte da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte, como também outros problemas de saúde, incluindo desordens mentais. Sabe-se, também, que os homens têm as taxas de mortalidade mais altas em todas as idades, sendo mais altas nas doenças coronarianas, crônico-respiratórias e úlceras. Têm sido apontadas pronunciadas diferenças de gênero nas taxas de várias formas de cânceres e doença mental e variações de desordens físicas e mentais de acordo com estado civil e grupos religiosos. Acrescente-se, ainda, que eventos de caráter estressante têm sido associados a uma série de doenças, como cardíacas, diabetes, cânceres, morte fetal, depressão grave, baixo peso ao nascer. Embora não seja objeto desta apresentação, o fato de se descobrir em as associações entre condições sociais e doença tem encaminhado a discussão para tentar esclarecer a direção da causação e os mecanismos que explicam as associações.

A ilustração da doença como processo histórico-estrutural pode ser vista quando se analisam alguns dados da mortalidade por causas no Brasil (Barreto, Carmo, Santos & Ferreira, 1997:47), numa série histórica, de 1930 até 1990, que apontam o seguinte:

a) Em 1930, as doenças infecciosas representavam 45,7% das causas de morte, valor que começou a declinar somente vinte anos depois: em 1950 era de 36%, atinge 26% na década de 60; baixa para 16% em 1970; 11,4% em 1980 e decresce para 6,5% em 1990;

b) Em contraposição às doenças infecciosas, as doenças do aparelho circulatório representavam, em 1930, 11,8% e, gradativamente, a porcentagem vai aumentando: 14,5% em 1940; 14,2% em 1950; 21,5% e 24,8% em 1960; e 1970, respectivamente; 31,1% em 1980 e 37,4% em 1990;

c) As mortes por causas externas (excetuando homicídios e suicídios) representavam apenas 2,6% em 1930 e os valores não ultrapassam 5,0% em 1940, 1950 e 1960, mas em 1970 e 1980 já figuram com 7,5% e 7,8%, respectivamente;

d) As neoplasias e as doenças do aparelho respiratório apresentam tendência de crescimento constante em todo o período estudado.

Embora os dados sejam gerais e houvesse necessidade de se verificar o tipo, a frequência e a distribuição das doenças nos diversos grupos sociais e também por sexo e idade, eles evidenciam, ou pelo menos apontam, que esse perfil epidemiológico sofre intensas alterações, mantendo coerência com as transformações socioeconômicas, às quais se associam as conquistas químicas e farmacêuticas, as melhorias ou deterioração das condições ambientais e a ampliação das práticas médico-assistenciais ocorridas durante o período.

Se fôssemos ficar no papel exercido pelo desenvolvimento econômico e social sobre a saúde, em especial a partir dos anos 70, verificamos que alguns processos têm sido decisivos na mediação das atuais relações entre a saúde e o desenvolvimento. Os estudiosos citam: o acelerado movimento de urbanização, a expansão de fronteiras, a descentralização do processo produtivo, a extrema mobilidade populacional e a difusão de informações.

Os epidemiólogos apontam que as tendências de morbidade apresentam algumas diferenças quando comparadas com as tendências observadas nos indicadores de mortalidade, e isso em particular no que se refere às doenças infecciosas. Como citam Barreto, Carmo, Santos & Ferreira (1997:49), no grupo das infecciosas pode ser citada uma série de doenças com tendências crescentes, por exemplo a malária e as leishmanioses, possivelmente associadas ao processo de ocupação do espaço urbano. Citam, ainda, a tuberculose associada à disseminação da aids; a hanseníase e a expansão da dengue.

Outro exemplo clássico para se mostrar a relação entre condições socioeconômicas e doença é o caso da tuberculose. Há estudos detalhados da mortalidade por tuberculose, e um dos mais importantes epidemiológicos (McKeown, 1976, apud Breilh, 1986), analisando dados da Inglaterra e do País de Gales, desde 1838 até 1970 mostrou a acentuada queda da mortalidade em momentos quando ainda não havia ocorrido a identificação do bacilo (1882), antes da preparação da tuberculina (1890), antes dos tratamentos quimioterápicos (1945) e da vacinação (BCG, 1950). Assim, para McKeown, as medidas médicas tiveram peso relativamente pequeno, havendo outros determinantes que levaram a redução da mortalida-

de. Estas referem-se às mudanças nos processos gerais da estrutura social, como parte da transformação capitalista mundial, no processo produtivo com o aparecimento da máquina, reordenamento das relações de produção, assim como nos processos particulares que iriam afetar o nível de vida das classes sociais.

No Brasil, estudo sobre a mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro, no período de 1860-1980 (Ruffino Netto & Pereira, 1982), mostrou que o decréscimo ocorreu de maneira diferente quando se analisa a curva de velocidade de declínio que se ajusta a três regressões distintas, equivalendo aos períodos de 1860-1885; 1885-1945 e após 1945. No primeiro período o declínio é acentuado; é menor no segundo e aumenta no terceiro. Os autores estudam a formação econômica e social da cidade do Rio de Janeiro, da região e do Brasil e destacam fatores econômicos, demográficos, sociais e político-sanitários que apresentam como hipóteses para as diferentes velocidades de declínio da mortalidade. É inegável o decréscimo em períodos em que não havia ocorrido nenhum avanço significativo no tratamento da enfermidade por tuberculosos. Mostram que as variações assinaladas no período devem ser atribuídas, fundamentalmente, às modificações nas condições de vida da população carioca. No terceiro período, verifica-se a convergência de fatores de natureza econômica e médica.

Não se pode deixar de citar que um dos melhores exemplos que evidenciam o papel dos fatores sociais nos agravos à saúde e na doença é o referente às relações com o mundo do trabalho. Dejours (1986) utilizou a distinção entre condições de trabalho e organização do trabalho, as primeiras referindo-se às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho e a segunda tratando da divisão técnica e social do trabalho. Ressaltamos que os danos que afetam a saúde dos trabalhadores manifestam-se tanto de forma aguda — acidentes e intoxicações — como de forma insidiosa — as doenças profissionais típicas e as doenças do trabalho ou a ele relacionadas. Evidencia-se que os fatores sociais são básicos para a compreensão desses eventos (Rocha & Nunes, 1993; Dias, 1993).

Na América Latina foram muitos os estudos realizados sobre essas relações, destacando-se Laurell (1986:13), que assume que "O fundamento teórico para usar como categoria central, o «processo de trabalho» na análise da produção social do processo biológico humano, é que ele permite dar conta das formas sociais específicas sob as quais ocorre a relação entre o homem e a natureza". Para tal, dois conceitos têm sido apontados como fundamentais: o "processo de trabalho" e a "reprodução social". Para a autora, "A análise do processo de trabalho nos países capitalistas se coloca como o estudo do processo de produção, ou seja, da unidade entre o processo de valorização do capital e o processo laboral".

A DOENÇA COMO PROCESSO SIMBÓLICO

A questão do estudo, da doença não se esgota em suas dimensões epidemiológicas estruturais. Sem dúvida, a pesquisa sociológica e antropológica, à qual se associa, em muitos casos, a dimensão psicológica constitui um dos campos mais férteis de pesquisa. Nesse caso, os estudos sobre percepção, atitudes, conhecimento, crenças e representações têm trazido importantes contribuições a uma compreensão da doença, uma vez que ela é estudada com base na experiência vivenciada pelas pessoas.

Inúmeros trabalhos têm apontado a relevância em se estudar as representações sociais de saúde-doença. Dentre elas, Minayo (1991), ao tratar o tema, aponta que essas representações podem abordar: (a) a saúde-doença como expressão social e individual; (b) saúde-doença como expressão das contradições sociais; (c) a saúde como campo de luta política. Considerando-se que a discussão que se estabelece refere-se à noção de representação, torna-se importante que se dedique algum espaço a essa idéia. O vocábulo *representação* é de origem medieval e era usado para indicar a imagem ou idéia, ou ambas as coisas. Para Santo Tomás, "Representar algo significa conter a semelhança da coisa". O fim da escolástica iria colocar, também, que o termo, às vezes, indica a significação das palavras. Para Occam (Abbagnano, 1962:820, 821), podem ser distinguidas três significações fundamentais: 1) a idéia no sentido mais geral, 2) a imagem, 3) o próprio objeto.

No campo das aplicações do conceito na área da saúde, invoca-se, geralmente, como modelo, Claudine Herzlich e seus estudos sobre a doença. Basicamente, no comentário de Minayo (1991), as representações servem para revelar o movimento intrínseco do conhecimento e da experiência. Sem dúvida, Acrescente-se, como faz a própria Herzlich (1991), quando diz que não basta formular a determinado saber, mas deve-se interpretá-lo, dar-lhe sentido. Para a autora, "Uma das tarefas do sociólogo pode ser a de indicar de que modo essas representações estão enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo que contribuem para construí-la". Com essa observação, a socióloga francesa fez uma auto-avaliação da sua pesquisa sobre as representações da doença, dizendo que "teria sido útil demarcar melhor a articulação dessas representações com a patologia de uma época, em seguida com uma configuração histórica e ideológica precisa...". Acrescente-se, ainda, que a representação se efetiva quando o real se constitui como realidade pela mediação do simbólico; da ordem simbólica, compartilhada pela comunidade social; e não existe fora dos sujeitos. Já dizia Moscovici que, através das representações os grupos, identificam-se, percebem-se, alijam-se, rejeitam-se. Para alguns autores as representações produzem a valoriza-

ção do cotidiano, dos modos de vida, abre novos campos, novas dicotomias, para outros, como Herlich (1991:32), a interpenetração do individual e do coletivo seria básica para as configurações sociocognitivas; portanto, dever-se-ia tomar com cautela "as interpenetrações da vida cotidiana". Absorvendo essa recomendação como oportuna, não se deve retirar a importância da esfera do cotidiano.

Em realidade, as mais recentes discussões sobre a construção social da doença enfatizam que a experiência com a doença (*illness*) é fundamental para se compreender a causação social da saúde. A distinção entre *disease* e *illness* é básica para se entender que a primeira expressão circunscreve-se mais ao fenômeno biológico, e a segunda, ao fenômeno subjetivo. Nesse sentido, há o fortalecimento de que o conhecimento leigo e central para a descoberta da doença e de suas condições. Isso ocorre não somente no caso de "doenças conflitivas" (doenças induzidas por tóxicos e efeitos iatrogênicos de tecnologias contraceptivas), mas também em casos de condições "não conflitivas", nos quais o público leigo não está tentando convencer a medicina de sua realidade. Brown (1995) cita as tipologias contrastantes sociológicas e médicas do caso da epilepsia, ou seja, de um lado, considerando o segredo da doença, a desadaptação, e de outro, como entidade biomédica concreta (*petit mal*, *grand mal*). Considera-se, ainda, o papel dos movimentos sociais para legitimar condições adversas de saúde e de doença, a fim de serem reconhecidas, como no caso das LEERs — lesões por esforços repetitivos (Ribeiro, 1997).

Ainda em relação à experiência com a doença, as pessoas podem ter a mesma doença, mas experienciá-la de forma totalmente diversa. Por exemplo, "a existência de uma condição cardíaca pode levar uma pessoa a restringir totalmente a sua atividade física, mesmo que isso não fosse necessário. Uma outra pessoa, entretanto, pode reorientar ativamente seus hábitos alimentares e traçar um saudável regime de exercícios físicos" (Brown, 1995:45). Sem dúvida, como amplamente apontado na literatura, muitas diferenças emergem de características da personalidade individual, porém os inúmeros estudos realizados, como por exemplo o de Zola (1973), apontam que as diferenças na experiência da doença tem suas origens na percepções e interações sociais mais amplas. Brown (1995), ao revisar este conhecido trabalho de Zola, aponta que há muitos fatores interagindo, como as crises interpessoais, as relações com o trabalho, as formas de apoio social, tanto da família, como dos amigos, a dimensão temporal na percepção dos sintomas. Em suas considerações, aponta que "As pessoas sentem e agem sobre os sintomas de muitas maneiras não médicas. Por exemplo, o que pode parecer uma maneira ilógica de não-submissão às ordens médicas pode ser um plano muito bem traçado de afastar-se dos efeitos laterais médicos e sociais que podem prejudicar a vida de trabalho pessoal" (Brown, 1995:45). Isso é muito comum em doenças crônicas, levando ao insucesso das interven-

ções de caráter médico propriamente ditas. Isso tem levado a que, cada vez mais, os estudos sobre a experiência com a doença sejam sobre doenças em particular, pelas especificidades que apresentam, ou seja: desde as que exigem atenção psicológica, às doenças de caráter estigmatizante (aids, epilepsia, por exemplo).

Uma das questões que atravessa a experiência com a doença, como já apontado, é da própria terminologia que vem sendo utilizada pelas ciências sociais em seus estudos. Se na língua inglesa distinguem-se *disease*, *illness*, *sickness*, *distress*, os estudos nacionais apontam para termos como "doença", "enfermidade", "sofrimento", "alijão", "perturbação", "mal-estar", formando já um razoável conjunto de pesquisas (Duarte & Leal, 1998:11). Como apontam os autores, a justaposição da categoria doença às de "sofrimento" e "perturbação" nas investigações "tem efeito revitalizador fundamental em face dos pesados reducionismos «fiscalistas» que cercam essa representação entre nós, por força da instituição médica e de sua inarredável legitimidade" (Duarte & Leal, 1998:13). Dados os limites deste trabalho, é impossível tratar detalhadamente os estudos que são apresentados nessa recente coletânea (Duarte & Leal, 1998), mas, ao enunciar as principais temáticas, pode-se aquilatar o percurso importante dos estudos antropológicos brasileiros. Como pode-se ler na Introdução, "A opção holística permite que os fenômenos da «doença» ou «perturbação» sejam sistematicamente associados ou cotejados com as perspectivas mais amplas dos estudos de «construção social» da Pessoa, do Corpo ou das Emoções, mais tradicionais nos estudos antropológicos" (Duarte & Leal, 1998:12). As temáticas abrangem estudos que pesquisam: algumas concepções e práticas acerca da vivência da gravidez e da maternidade de algumas mulheres de grupos urbanos de baixa renda em Porto Alegre, Rio Grande do Sul; cuidados do corpo em vila de classe popular; anticoncepção entre mulheres de Pernambuco; relações entre as concepções de doença e serviços de saúde; relações entre o *ethos* masculino e doenças relacionadas ao trabalho; percepção corporal da tuberculose; o problema das drogas, tanto sobre as práticas de consumo, como das suas relações com os saberes e práticas médicas; a categoria sofrimento e suas representações; a narrativa da doença; doar e receber no caso de transplante renal; a perspectiva feminina sobre homens portadores do vírus da aids.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A amplitude do tema já foi assinalado, mesmo quando se volte para ver a doença como processo social.

Uma perspectiva geral, que sem dúvida pode guiar a busca de entendimento da questão é posta por Hegenberg (1998:57): a de que "A noção de doença depende de uma anterior concepção de doença, ou seja, de uma

idéia a respeito de que ela representa, ou significa para o ser humano. A idéia conduz, após reflexões de ordem teórica, a um conceito de doença. Este se destina, em síntese, a permitir que a pergunta «Quem está doente?» receba respostas de razoável precisão. Há diversas leituras sobre a doença, desde as mais ampliadas, que levam em consideração distintos saberes, tanto biológicos como físico-químicos e socioculturais, às leituras naturalistas, que vêem a doença como “estado interno que reduz uma habilidade, ou capacidade funcional” e às leituras valorativas, enfatizando as relações entre saúde e doença, devendo-se, “inclusive, cogitar da possibilidade de compatibilizar a saúde com algum grau de doença, lesão ou incapacidade” (Hegenberg, 1998:57-75).

Procuramos trabalhar neste texto com duas dimensões — a estrutural e a simbólica — que podem ser vistas separadas, porém, como tem sido destacado por diversos estudiosos, a experiência com o sofrimento está entretecida nas estruturas sociais e, em lugar de ser meramente uma experiência individual, “as experiências legais são construções e produções sociais coletivas da realidade”, e sendo muitas vezes atravessada pelos movimentos sociais são também “formas sociopolíticas de se relacionar com o sofrimento” (Brown, 1995:47).

De outro lado, a experiência legal não pode ser completamente separada da própria interação com o campo médico, por meio da relação clínica, que reorienta e redefine as percepções sobre a doença, quer mantendo o indivíduo dentro das formulações mais ortodoxas de caráter alopatóico, quer levando-o a práticas alternativas ou complementares, na busca constante de tentar aliviar ou afastar o sofrimento. Sem dúvida, a questão de entender o processo da doença não constitui apenas um problema teórico e acadêmico, mas esse entendimento e interpretação é o ponto de partida para as diversas formas que pode assumir a “carreira do paciente”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abhagnano, N. (1962) *Dicionário de filosofia*. Trad. Alfredo Bosi. São Paulo: Mestre Jou.
- Arouca, A. T. (1975) *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.
- Arouca, A. S. da S. (1970) *História natural da tuberculose*. Seminário de Ciências da Conduita. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Mineo.
- _____. (1975) *O dilema preventivista. Contribuição para a compreensão e a crítica da medicina preventiva*. Tese de doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.
- Barreto, M. L.; Carmo, E. H.; Santos, C. A. de S. T. & Ferreira, L. D. A. (1997) Saúde da população brasileira: mudanças, superposição de padrões e desigualdade. In: Fleury, S. (org.) *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemnos Editorial, p. 45-60.
- Barros, M. B. A. (1986) A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista de Saúde Pública*, 20(4):269-73.
- Beitinger, G. (1988) *A doença*. São Paulo: Hucitec-Cebes.
- Breilh, J. (1981) *Epidemiologia: economia, medicina y política*. Santo Domingo: Sespas.

- Breilh, J. & Granda, E. (1986) *Saúde na sociedade — guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. São Paulo-Rio: Instituto de Saúde-Abasco.
- Brown, P. (1995) Naming and Framing: the Social Construction of Diagnosis and Illness. *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue):34-52.
- Canguilhem, G. (1978) *O normal e o patológico*. Trad. M. T. R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Cassel, J. (1974) Psychosocial Processes and Stress. *International Journal of Health Services*, 4.
- Castellanos, P. I. (1987) *Sobre el concepto de salud/enfermedad: un punto de vista epidemiológico*. IV Congreso Latino Americano y V Congreso Mundial de Medicina Social. Medellín, Colombia.
- Cordeiro, R. (s.d.) *A doença*. Mineo.
- Dejours, C. (1986) Por um novo conceito de saúde. *Revista de Saúde Ocupacional*, 54(14).
- Dias, E. C. Aspectos atuais da saúde do trabalhador no Brasil. In: Buschinelli, J. T. P.; Rocha, L. E. & Rigotto, R. M. (org.) (1993) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, p. 138-56.
- Duarte, L. F. D. & Leal, O. F. (1998) *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Engels, F. (1975) *A situação da classe operária na Inglaterra*. Porto: Afrontamento.
- Foucault, M. (1977) História de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1):3-25.
- García, J. C. (1971) Paradigma para la enseñanza de las ciencias de la conducta en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, 5:130-50.
- Hegenberg, L. (1998) *Doença: um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Herzlich, C. (1991) A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(2):23-36.
- Laurell, A. C. (1983) A saúde como processo social. In: Nunes, E. D. (org.) *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global.
- _____. (1986) El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37:3-18.
- Leavell, H. & Clarke, E. G. (1976) *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil-MEC.
- Link, B. C. & Phelan, J. (1995) Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior* (Extra Issue), 1995:80-94.
- McKewon, T. (1976) *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Mechanic, D. (1968) *Medical Sociology: a Selective View*. Nova York: Free Press.
- Minayo, M. C. de S. (1991) Um desafio sociológico para a educação médica. Representações sociais de saúde-doença. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 15(1):1-32.
- Nunes, E. D. (1970) *Aspectos psico-sócio-culturais da aplicação das medidas preventivas da tuberculose*. Seminário de Ciências da Conduita. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (mimeo).
- Ribeiro, H. P. (1997) *A violência no trabalho no capitalismo: o caso das lesões por esforços repetitivos (L.E.R.) em trabalhadores bancários*. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP.
- Rocha, L. E. e Nunes, E. D. (1993) Saúde e trabalho no Brasil. In: Buschinelli, J. T. P.; Rocha, L. E. & Rigotto, R. M. (org.) *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, p. 79-137.
- Rosen, G. (1979) *Da política médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal.
- Ruffino Neto, J. A. & Pereira, J. C. M. (1982) O processo saúde-doença e suas interpretações. *Medicina*, 15(1-2):1-4.
- Vasco Uribe, V. (1986) *Saúde, medicina e classes sociais*. 5ª ed. Medellín: Rayvuela.
- Zola, I. K. (1973) Pathways to the Doctor — From Personal Patient. *Social Science & Medicine*, 7:67-89.