



Revista Brasileira de Enfermagem

ISSN: 0034-7167

reben@abennacional.org.br

Associação Brasileira de Enfermagem
Brasil

Greice Becker, Sandra; Martins Rosa, Luciana; Manfrini, Gisele Cristina; Stein Backes, Marli
Terezinha; Meirelles, Betina H. S.; Azevedo dos Santos, Sílvia Maria
Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon
Revista Brasileira de Enfermagem, vol. 62, núm. 2, abril, 2009, pp. 323-326
Associação Brasileira de Enfermagem
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019600024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon

ENTREVISTADORAS

Sandra Greice Becker, Luciana Martins Rosa, Gisele Cristina Manfrini, Marli Terezinha Stein Backes, Betina H. S. Meirelles e Sílvia Maria Azevedo dos Santos

“O objetivo da antropologia é realmente pensar a relação humana, o ser humano em uma perspectiva comparativa.”

Esther Jean Langdon atualmente é professora titular do programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, graduada no Departamento de Sociologia e Antropologia do Carleton College (1966), mestre pelo Departamento de Antropologia da University of Washington (1968) e doutorada em Antropologia na Tulane University (1974). Atua na área de antropologia, com ênfase em etnologia indígena e antropologia da saúde, abordando principalmente os seguintes temas: Antropologia da Saúde; Saúde Indígena; Política da Saúde Indígena, Narrativa e Performance, Xamanismo e Cosmologia. É autora de vários artigos e livros nacionais e internacionais e é co-organizadora do livro *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*.

Professora Jean, o que a senhora vem vivenciando na docência para formação dos profissionais da área da saúde?

Primeiramente, agradeço a oportunidade de estar aqui.

Desde antes da minha chegada no Brasil, ministrei aulas para alunos de Enfermagem, e desde a minha chegada na UFSC, tenho ministrado aulas para Enfermagem, Odontologia, Medicina, e Farmácia, e aulas para profissionais de saúde em vários cursos oferecidos pela FIOCRUZ, FUNASA e ONGs que têm programas de saúde. Durante quase 23 anos, venho ministrando uma disciplina com os alunos do primeiro ano do Curso de Medicina, abordando a perspectiva antropológica sobre a relação entre saúde, cultura e sociedade. Eles têm demonstrado uma resistência muito forte ao tema e, a meu ver, essa resistência aumenta a cada semestre. Eu não sei qual é exatamente o problema, mas sinto que a perspectiva antropológica ameaça sua visão da biomedicina como a hegemônica, ou seja, ameaça a perspectiva de que a biomedicina é a única e verdadeira ciência dos processos de saúde e doença.

A minha experiência com a Enfermagem sugere que ela é talvez um campo mais aberto para a construção de um diálogo interdisciplinar. Porém, o paradigma biomédico, com enfoque nos processos biológicos, continua sendo central e dominante, e isso cria um conjunto de problemas no nosso diálogo. Eu sei que a natureza da epistemologia e dos métodos antropológicos é muito diferente da das ciências de saúde, mas a Antropologia tem uma contribuição importante para a construção de um novo paradigma de saúde e doença. Sem descartar os avanços da biomedicina, é necessário ir além dos limites de um modelo estritamente biológico e individual para incluir processos sociais e coletivos. Ao final, existem questões da própria prática da biomedicina que ela mesma não consegue resolver por causa da restrição do campo aos processos biológicos e ao método positivista e experimental.

Para iniciar a discussão sobre as contribuições de antropologia para a construção de um novo paradigma em saúde, ressalto que a antropologia, antes de tudo, é comparativa. O objetivo da antropologia é de entender o ser humano e suas práticas de uma perspectiva comparativa, ou seja, de uma perspectiva que reconheça e respeite a diversidade de soluções que as diversas culturas têm construídas para explicar e atender os problemas de saúde e doença.

“Nesse sentido, é importante reconhecer que a biomedicina não é o único sistema de saúde”.

Como foi sua experiência na Selva Amazônica?

Passei dois anos e meio entre os índios Siona, estudando seu sistema de saúde. Assim, pesquisei como eles definem as doenças, suas noções etiológicas e seus itinerários terapêuticos. Para os Siona, foi evidente que ao longo do episódio de uma doença, eles alteram entre suas práticas tradicionais e a procura do médico, do posto de saúde, e/ou da farmácia. Para os índios isso não presente contradições nem problemas, para o médico, sim.

Ao partir dessa observação, podemos perceber o primeiro ponto de diferença entre a biomedicina e a Antropologia, ou seja, a noção de relativismo. A biomedicina como ciência trabalha com universais, no sentido que as doenças são concebidas como unidades universais cujas manifestações são independentes do contexto onde acontecem. Em geral, os pesquisadores da ciência biomédica acreditam que seus métodos positivistas revelam a vida objetivamente e aproxima a que pode ser considerada “verdade”, livre de valores, subjetividades e especificidades culturais. A visão que existe um conhecimento único sobre doença e saúde se torna uma barreira para entender as contribuições e implicações do relativismo antropológico. Guiado pelo princípio de relativismo, a Antropologia entende que os saberes e práticas de qualquer sistema médico são construções socioculturais. Dessa forma, nossa própria ciência, como todos os sistemas de conhecimento, emergiu através de processos históricos e socioculturais, e não através da descoberta de leis únicas e universais que regem sobre o mundo real. Nesse sentido, a Antropologia busca não invalidar outros conhecimentos, mas busca relativizá-los, reconhecendo que existem outras maneiras de produzir o conhecimento sobre saúde e doença, e não só a da biomedicina. Existem sistemas médicos diversos e todos são construções socioculturais. Todos, também, têm suas limitações em resolver os problemas de saúde.

Assim, para a Antropologia, a biomedicina é também um sistema cultural que emergiu através de um contexto histórico e cultural, com métodos particulares, mas não os únicos para lidar com a doença. Uma implicação do conceito “relativizar” é o reconhecimento de que há maneiras diversas de perceber e de praticar a saúde.

Professora, e como podemos entender esse *relativizar* no processo saúde/doença?

É importante que, na relativização dos sistemas médicos, privilegiemos os processos diversos de fazer saúde. Sem descartar os processos biológicos, o contexto sociocultural tem uma influência dominante na transmissão e nas manifestações da doença. Os processos de saúde e doença precisam ser examinados dentro de seus contextos históricos, sociais e culturais. A ideia de que as doenças têm sua história social não é nova, mas mais recentemente temos adicionado outro aspecto para análise, o estudo da doença como uma experiência fenomenológica. Nessa perspectiva, o enfoque passa pelo próprio sujeito que está vivenciando a doença, e não do observador externo.

Essa abordagem iniciou no final dos anos sessenta entre alguns médicos e antropólogos com formação em antropologia simbólica. Eles afirmaram que o ser humano precisa ser compreendido como um ser psicobiológico, sem a divisão cartesiana do corpo da mente. O ser humano forma uma unidade complexa na qual não é possível separar os fatores biológicos, psicológicos e culturais para descobrir sua essência. Parafraseando Clifford Geertz,

“sem os homens certamente não haveria cultura, mas, de forma semelhante, [...] sem cultura não haveria homens.”

Qual a influência dos aspectos simbólicos nesse contexto?

Bem, o ser humano é distinguido por sua capacidade simbólica, uma capacidade altamente complexa que se tornou nosso instrumento fundamental para a convivência coletiva, mas também implica uma memória mais cumprida e assim a tendência de complicar a nossa existência subjetiva. A capacidade de perceber o mundo simbolicamente e reagir a esse mundo percebido liga os eventos externos à experiência interna subjetiva e também influencia a experiência interna, inclusive os processos corporais. As pesquisas sobre endorfinas e psiconeuroimunologia demonstram que a dicotomia entre o intelecto e o corpo biológico não é mais adequada para revelar os processos de saúde. A Antropologia vem trabalhando com essa percepção desde os anos sessenta, com a abordagem de Antropologia simbólica e interpretativista de Clifford Geertz e outros.

Quais são esses processos interpretativos da saúde?

A ideia básica é que as pessoas estão sempre interagindo num processo em que eles percebem e interpretam o que os outros estão dizendo, e também interagem segundo suas interpretações. Nessa perspectiva, a pessoa percebe, interpreta e reage a uma realidade construída, e não a uma que é preexistente ou finita. A noção da doença como experiência encaixa nessa abordagem. Decidir ou interpretar que você está doente é um processo que é construído junto ao seu grupo, envolvendo noções compartilhadas sobre o corpo, seu funcionamento e quais sinais indicam que algo está errado, a gravidade da situação e como interpretá-la.

Trazendo essa abordagem para o cotidiano: quando a pessoa acorda pela manhã e sente que não está bem, ela começa a perceber, investigar e interpretar os sinais do corpo e talvez do ambiente externo, dependendo da cultura, que vão ajudá-la a diagnosticar o mal-estar: *Eu não estou bem? Qual é o problema? Qual doença pode ser?* O diagnóstico provisório e a busca de tratamento é um processo sociocultural em que o doente e seu grupo negociam para identificar o problema e determinar o que devem fazer.

“Então, nesse sentido de processo de doença, como processo sociocultural, é um processo que em parte é social, envolvendo interação e negociação do grupo, e por outro lado envolve as subjetividades.”

Isso é interessante professora, qual o encadeamento desse processo?

Os processos não são resultados só da subjetividade do doente, mas também das negociações de todas as pessoas envolvidas. Exemplo: *Eu não posso ir para a aula hoje.* Então, diante desse primeiro momento de interpretar e decidir: *Estou mal? É grave ou não?* Diante da minha avaliação, preciso decidir que ação ou atitude tomar; se vou ficar de “molho” na cama ou vou tomar um chá, ler, dormir, olhar um pouco de televisão, relaxar e ver se passa até amanhã ou se é tão sério que preciso procurar um médico. Esse processo não acontece com o paciente em isolado. Sua doença está ligada a sua capacidade de cumprir com suas responsabilidades, e seu grupo social está implicado em todas as fases do episódio.

Ainda mais, os outros estão envolvidos no processo de legitimizar

a doença. Ao partir das noções compartilhadas sobre o corpo e sobre a doença, a necessidade de ver o médico está avaliada, ou se só precisa tomar um chá ou procurar a farmácia. Uma vez que o mal-estar persiste além de poucas horas, os outros serão chamados para ajudar a avaliar o problema e decidir o que deve ser feito.

Por exemplo, eu posso acordar com uma dor de cabeça, bastante forte, mas eu não sei se é ressaca ou é gripe ou outra coisa. A partir daí eu tomo uma aspirina, eu fico de "molho", tomo meu chá e a dor não passa. Quando não passa, eu começo examinar os sintomas de novo, procurar a colaboração do outro, seja a família, o balconista da farmácia ou o profissional de saúde. Examino, junto com os outros, o que não percebi antes, procurando interpretar esta dor de cabeça que não vai embora.

Vista assim, a doença não é uma categoria estática, mas um processo de construção sociocultural. Ela não é um momento único e sim um processo que envolve negociações entre os vários atores envolvidos, a escolha de terapia, a avaliação sobre sua eficácia – enfim, um ciclo que repete até que a doença seja percebida como curada.

No processo de negociação, raramente há consenso sobre a natureza do problema e o que deve ser feito. Certamente o paciente e seus familiares compartilham percepções diferentes das dos profissionais de saúde, mas não há sempre consenso entre os profissionais. Também não há sempre consenso sobre o término da doença.

A biomedicina pode julgar que o problema foi resolvido, mas o paciente ou outros participantes do episódio podem afirmar o oposto. O paciente pode continuar se sentindo mal, sentindo que o problema ainda não foi resolvido. Então, nesse sentido, o episódio de doença, como uma construção sociocultural, é o resultado das interações e negociações por um lado e das subjetividades das pessoas envolvidas no outro. Quando falo das subjetividades, não estou apelando para uma interpretação psicológica, mas para o reconhecimento que o sofredor tem sua perspectiva subjetiva da experiência, e que essa subjetividade não está isolada dos processos sociais e culturais.

E como podemos nos aproximar dessa perspectiva subjetiva?

Metodologicamente, para chegar a compreender essa perspectiva, procuramos ouvir as narrativas contadas dos sujeitos sobre suas experiências e, com elas, procuramos uma compreensão fenomenológica da doença, ou seja, compreendê-la através da expressão do próprio doente. Por exemplo, no caso de ter uma compreensão da dor, a narrativa pessoal é a única maneira que nos permite entender a natureza de suas dimensões, justamente por não ser um fenômeno que podemos medir com algum aparato tecnológico. Assim, a Antropologia, com seu olhar sobre os processos coletivos, também tenta compreender a experiência subjetiva do indivíduo. O método de narrativa é uma das maneiras que são usadas frequentemente para se chegar a isso.

Então, devemos considerar a narrativa como o caminho mais coerente para a descoberta das realidades culturais sobre saúde e doenças?

Sim, porque não se pode separar a experiência subjetiva do contexto da doença, entendido aqui como o processo sociocultural. Essa abordagem também enfatiza a noção de agência, no sentido que o sofredor ou paciente é ator da sua vida e que ele reflete e

age, tomando decisões sobre o que fazer. Ele experimenta e percebe o mundo de forma diferente que o profissional de saúde, que passou por um treinamento particular de como diagnosticar e cuidar das doenças.

O paciente, o ator principal no drama da doença, não percebe o mundo da mesma maneira, e além de não perceber o mundo da mesma maneira, assume decisões sobre sua vida que frequentemente são julgadas como totalmente erradas do ponto de vista do profissional.

Eu tive uma experiência, numa disciplina do semestre passado, em parceria com uma professora da farmácia, que exemplifica o que estou dizendo sobre a diferença de perspectivas e a agência do paciente. Investigamos o uso de medicamentos em diversas culturas, e examinamos o que os profissionais rotulam negativamente quando falam dos pacientes que não aderem às recomendações médicas.

Claramente, as pessoas, quando recebem uma receita médica, avaliam se vão tomar o medicamento e como vão tomar. É surpreendente o número de pesquisas que demonstram que a maior parte dos pacientes manipula seus remédios para controlar seus efeitos colaterais e não segue o que é exigido pelo médico. Nesse sentido, a pessoa exerce seu próprio juízo para definir quando toma o medicamento e qual e a dosagem necessária do seu ponto de vista. Visto por um profissional de saúde, esse comportamento é julgado como errado, questionado e atribuído à ignorância do paciente. Tenho observado tais julgamentos expressados pelos membros das equipes médicas nos programas de saúde indígena, atribuindo frequentemente a razão da "desobediência" às crenças indígenas de magia ou superstição. Eles não poderiam ser mais equivocados. Os índios, como os não indígenas, são pessoas que procuram viver bem e tomam suas decisões baseadas nas suas expectativas e experiências com os medicamentos e seus efeitos, não nas crenças mágicas. Eles agem segundo suas concepções e expectativas do funcionamento do corpo e das terapias.

No meu ponto de vista, um grande problema em aceitar os sistemas médicos de outras culturas é devido ao preconceito implícito do profissional para quem somente um sistema, o nosso, é universal e verdadeiro, e os outros são inválidos. Porém, a razão pela não-adesão não é essa, mas é em razão do fato de que as pessoas tomam conta de suas vidas, e, sua aquiescência às indicações sobre medicamentos ou outros cuidados recomendados pelo profissional dependerá do entendimento desses sujeitos. Então, dessa forma, existe um impasse na relação entre o profissional e seu paciente cuja solução não é clara, mas que deve ser procurada no estabelecimento de uma relação dialógica e não hierárquica com o paciente.

Primeiramente, a senhora chamou atenção para a narrativa, que dá oportunidade de ouvirmos o outro, e agora chama atenção para a qualidade dos diálogos e a compreensão das comunicações?

Sem dúvida. Podemos talvez pensar que a comunicação é um problema de grau intercultural, no sentido que um profissional da saúde, com formação na biomedicina, participa de um mundo de conhecimentos diferentes da cultura do leigo. Mas ele também tem seu sistema médico, seu mundo de conhecimentos, e sua maneira de diagnosticar e interpretar as doenças e suas causas. Em ambos os casos, o do profissional e o do leigo, as perspectivas são pautadas nos processos culturais. Sendo assim, os problemas da prática da

biomedicina não estão no seu conhecimento, mas nas suas relações de poder e hierarquia. O médico não precisa, nem deve, abandonar seu conhecimento, mas ele precisa ouvir o outro. Sem isso, não há comunicação, e, sem diálogo, o paciente vai fazer o que ele bem entende e o que acha mais adequado.

A senhora poderia comentar sobre o artigo do professor Eduardo Menéndez?

O mexicano Eduardo Menéndez publicou um artigo na revista *Ciência & Saúde Coletiva*, em 2003, que me inspira bastante. Nesse trabalho, ele reflete sobre processos de autoatenção dos membros de uma comunidade, definindo-os como as práticas que os grupos sociais atribuem a seus padecimentos, problemas e sentimentos sem a intervenção direta de um especialista. Ele chama atenção para a necessidade dos serviços primários de saúde para articular com essas práticas. São dois níveis de autoatenção: um mais amplo e outro mais restrito.

O mais amplo se refere aos “processos de reprodução biossocial” do grupo, ou seja, as práticas de um grupo que contribuem para as reproduções biológica, social e ideológica. Estas incluem os usos de recursos corporais e ambientais: alimentação, noções de pureza e poluição, ritos, regras de casamento, parentesco etc. Segundo ele, esse nível remete à própria cultura produzida pelo grupo e reforça o argumento que antropólogos têm expressado desde que começaram a se preocupar com o estatuto do estudo comparativo de sistemas médicos. Rivers e Ackerknecht, ambos pioneiros na definição do campo de antropologia de saúde, observavam que não é possível separar as noções e práticas de saúde dos outros aspectos da cultura. A visão do mundo, os valores, as fontes de subsistência, as práticas de sociabilidade, no primeiro momento, não parecem ter uma relação com a saúde, mas, reconhecendo

que a saúde é mais ampla que processos biológicos individuais, esses aspectos culturais têm uma relação estreita com o das representações de saúde e com a manutenção do bem-estar coletivo e individual. Essas normalmente são as práticas que os profissionais de saúde ignoram como sendo parte da saúde preventiva e curativa.

Co-oriento uma doutoranda em Enfermagem, estudando as práticas cotidianas dos pacientes com diabetes e como estas impactam na sua saúde. Ela está realizando pesquisa de campo utilizando os métodos antropológicos para ir além da alimentação como fator biológico e verificar os valores e sociabilidades que emergem através das festas, dos almoços familiares de domingo, dos eventos lúdicos etc. O ato de comer, os horários de comer e os valores atribuídos aos diferentes pratos não são apenas determinados por necessidades biológicas. O que comer, quando e como são atos culturais que constroem a vida social e que, numa perspectiva mais abrangente de saúde, são altamente relacionados com a saúde.

O sentido mais restrito proposto por Menéndez refere-se principalmente às estratégias, científicas e não-científicas, de representação de doença e práticas de cura e cuidados. A ligação delas com a saúde é mais fácil para nós identificarmos e reconhecermos. São as práticas que as pessoas conscientemente realizam para prevenir ou curar suas doenças, e são os atos que eles praticam com a justificativa de que fazem bem ou mal para sua saúde.

O conceito de práticas de autoatenção é particularmente útil, porque dirige o enfoque de análise para além do domínio restrito da biomedicina, que concentra nos processos biológicos. É um conceito que remete ao reconhecimento de que os processos de saúde e doença são interligados com aspectos sociais, culturais e históricos. Também é um conceito que ressalta que os sujeitos exercem agência sobre suas próprias vidas, percebendo e agindo segundo sua experiência na vida coletiva.
