

A ANTROPOLOGIA COMO FERRAMENTA PARA COMPREENDER AS PRÁTICAS DE SAÚDE NOS DIFERENTES CONTEXTOS DA VIDA HUMANA*

ANTHROPOLOGY AS AN INSTRUMENT TO ENHANCE COMPREHENSION OF HEALTH PRACTICES IN DIFFERENT CONTEXTS OF HUMAN LIVING

LA ANTROPOLOGÍA COMO HERRAMIENTA PARA COMPRENDER LAS PRÁCTICAS DE SALUD EN DIFERENTES CONTEXTOS DE LA VIDA

Felipa Rafaela Amadigi¹
 Evelise Ribeiro Gonçalves²
 Hosanna Patrig Fertonani³
 Judite Hennemann Bertoncini⁴
 Sílvia Maria Azevedo dos Santos⁵

RESUMO

Tradicionalmente, o modelo biomédico costuma tratar as doenças dos indivíduos com base na explicação biológica para suas causas e mecanismos de tratamento. Em geral, o significado que a doença assume para cada sujeito é pouco considerado e compreendido pelos profissionais da saúde que atuam embasados, prioritariamente, na biomedicina, fato que tem gerado conflitos e dificuldades na relação profissional-paciente. Neste artigo analisa-se a produção teórica sobre o uso do suporte conceitual da antropologia como ferramenta para melhor compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana, utilizando como fonte teses, dissertações e livros produzidos no período entre 1990 e 2003. Observou-se um crescente, debate nos últimos dez anos, sobre os aspectos positivos do olhar da antropologia para a saúde, resultando em diversas produções teóricas interessadas em ampliar a compreensão do complexo processo de adoecimento e sofrimento das pessoas. Conclui-se que o estabelecimento do diálogo entre os atores sociais envolvidos nas práticas de saúde faz com que não fiquem caracterizadas como um espaço de exercício do poder, de um sujeito sobre outro, mas, sim, que se legitimem como processos promotores de saúde.

Palavras-chave: Prática Profissional; Antropologia; Relação Profissional-Paciente.

ABSTRACT

The biomedical model traditionally treats people according to their diseases, taking into consideration a biological explanation of its causes and treatment mechanisms. In general, the significance that a certain disease has to the assisted patient is not well considered or comprehended by the health worker and this fact has brought up conflicts and difficulties to the professional-patient relationship. This article examines the theoretical production regarding the use of the conceptual support of Anthropology as an instrument to enhance comprehension of health practices in different contexts of human living. Theses, dissertations and books produced between 1990 and 2003 were assessed. Over the past ten years there has been a growing debate on the positive aspects of an anthropological point of view regarding health. This has resulted in several productions interested in expanding the theoretical comprehension of the complex process of illness and suffering. We conclude that establishing a dialog among the social actors involved in health practices legitimates the process of health promotion.

Key words: Professional Practice; Anthropology; Professional-Patient Relations.

* Artigo elaborado como requisito parcial à conclusão da Disciplina NFR 4208 Processo de Viver e a Saúde Humana do Curso de Doutorado em Filosofia, Saúde e Sociedade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-SC.

¹ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí – Campus Biguaçu-SC.

² Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde Pública, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-SC.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá-PR.

⁴ Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional de Blumenau-SC.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Doutora em Educação, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-SC.

Endereço para correspondência: Caixa Postal 5116, CEP 88040-970 Florianópolis/SC. E-mail: felipaamadigi@yahoo.com.br.

RESUMEN

Tradicionalmente, el modelo biomédico suele tratar a las personas a partir de sus enfermedades basado en la explicación biológica para sus causas y mecanismos de tratamiento. En general, los profesionales de salud no tienen muy en cuenta el significado que las personas le atribuye a la enfermedad porque actúan siguiendo los principios de la biomedicina, hecho que ha generado más de una vez conflictos y complicaciones entre las relaciones profesional-paciente. Este artículo analiza la producción teórica sobre el uso del respaldo conceptual de la antropología como herramienta para comprender mejor las prácticas de salud en diferentes contextos de la vida, utilizando como fuente tesis, disertaciones y libros elaborados entre 1990 y 2003. En los últimos diez años ha habido creciente debate acerca de los aspectos positivos de la mirada de la antropología a la salud, lo cual ha resultado en producciones interesadas en ampliar la comprensión teórica del complejo proceso de enfermedad y el sufrimiento. Se concluye que cuando se establece el diálogo entre los actores sociales involucrados en las prácticas de salud éstas no se caracterizan como espacio para ejercer el poder sino que hace que se legitimen como verdaderos procesos promotores de la salud.

Palabras clave: Práctica Profesional; Antropología; Relaciones Profesional-Paciente.

INTRODUÇÃO

A importância e o significado dados ao adoecer estão, normalmente, relacionados às experiências e vivências de cada um dos atores sociais envolvidos no processo saúde-doença, dentre os quais destacamos: o indivíduo, a família e o profissional da saúde. Assim, tanto os modos de entender saúde como as práticas adotadas variam de indivíduo para indivíduo.

Conviver nesse espaço de interação profissional-usuário/cliente nos faz refletir e discutir, como profissionais de saúde, sobre as lacunas observadas na prática e vivenciadas cotidianamente. Essas lacunas dizem respeito à distância entre o significado do processo saúde-doença para os indivíduos, as ações de saúde promovidas e a assistência recebida.

Um dos ângulos desse debate centra-se no modelo assistencial hegemônico da saúde – modelo biomédico –, que se caracteriza por uma abordagem clínica centrada no cuidado individual e na figura do médico. Vários estudos desenvolvidos no Brasil sobre esse modelo mostram essa realidade e apontam para a necessidade de superação de alguns problemas que dele se originam.¹⁻⁸ O objetivo é buscar, principalmente, uma articulação entre as intervenções de diferentes naturezas para que possamos dar conta das multidimensionalidades do ser humano. Compreender como as pessoas consideram sua condição de saúde e doença e, com base nisso, como lidam com a situação. Isto é, quais são suas práticas de cuidado e promoção da saúde? Que itinerário terapêutico percorrem em busca da cura e/ou tratamento?

Os significados do adoecer e a percepção da doença para as pessoas atendidas são frequentemente pouco considerados, compreendidos e apreendidos pelos profissionais da saúde. Dessa forma, ao fazerem orientações ou desenvolverem ações educativas o fazem apenas segundo suas crenças, o que nem sempre está em consonância com o usuário. Esse fato é gerador de diversos dilemas e dificuldades na relação profissional-usuário-cliente e uma das causas da baixa adesão à terapêutica recomendada.⁸⁻¹²

Podemos apontar como uma das causas dessas dificuldades o processo de formação profissional, que ainda se faz pautado, prioritariamente, pela lógica biomédica, que tem como base do raciocínio clínico disciplinas como a Biologia, a Anatomia, a Fisiologia, a Fisiopatologia, etc. Indiscutivelmente, as ações propostas com base no modelo biomédico trazem o alívio do sofrimento, da dor e, frequentemente, a cura das doenças, contribuindo para a melhor qualidade de vida do ser humano.

Por outro lado, esse modelo também apresenta limites, em especial na esfera da subjetividade humana, como a compreensão particular da doença e a vivência do processo de adoecimento e sofrimento. Esse processo é bastante complexo e envolve várias dimensões, como a psicológica, a social, a cultural ou a transcendental. Assim, compreender o processo de adoecer, nos moldes do modelo biomédico, é apenas um dentre tantos outros modos de explicar o adoecer, o tratar, o curar e o cuidar, enfatizando-se que ele não contempla a integralidade do ser humano.

Nesse sentido, podemos inferir que a ação de saúde inicia-se no encontro de subjetividades, objetivadas em ações concretas, em palavras que concordam ou discordam, manifestadas pelo silêncio ou por orientações, que podem ser seguidas ou não e, às vezes, transformadas. Verifica-se que o olhar sobre o processo saúde-doença e as escolhas no processo de cuidar ocorrem em macros e microcontextos determinados socialmente e sob a égide de dimensões subjetivas e culturais.

Portanto, a relação do profissional de saúde com o cliente/usuário também é um encontro de culturas, com valores, saberes e fazeres diversos. Uma intervenção que pode ampliar o olhar para além dos limites das ações do modelo biomédico e que vêm sendo discutida amplamente na literatura refere-se à abordagem antropológica, cuja preocupação com as questões da saúde e da doença tem estado presente em estudos etnográficos há bastante tempo.¹³

A discussão do ponto de vista da antropologia faz-se necessária, tendo em vista que o processo de viver nos diferentes contextos da vida humana resulta em diferentes percepções sobre a vida, a sociedade e as práticas/cuidados de saúde. Assim, o domicílio, o cotidiano familiar e os diferentes sistemas de cuidado são fatores que precisam ser compreendidos pelos profissionais de saúde, como forma de fazer com que os significados ou as práticas/cuidados das pessoas com relação ao seu corpo, ao fenômeno da doença, ao cuidado e à cura sejam considerados pelo processo terapêutico.

METODOLOGIA

Neste artigo, desenvolvemos um estudo exploratório-descritivo cujo objetivo foi investigar a produção teórica de teses e livros que utilizaram o suporte conceitual da antropologia como ferramenta para melhor compreender as práticas de saúde nas diferentes realidades e fases do processo de viver humano. Utilizamos como fonte teses e livros produzidos no período de 2000 a 2005. Dentre as teses de doutorado pesquisadas, encontramos oito produções,^{9,12,19-24} sendo sete do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de uma universidade federal da região Sul e uma da universidade estadual da região Centro-Oeste do Brasil, além de dois livros publicados. Utilizamos a análise temática com a leitura flutuante de cada estudo, buscando uma visão e imersão no conjunto dos dados. Após a leitura transversal das principais ideias encontradas nos estudos, emergiram três categorias, a saber: experiências/significados do viver/adoecer/cuidar, relações equipe de saúde/cliente/família e relações familiares no processo viver/adoecer.

O OLHAR DA ANTROPOLOGIA PARA AS PRÁTICAS DE SAÚDE

Em meados do século passado, alguns antropólogos, como Rivers, Clements, Malinowski e outros, começaram a examinar a medicina entre outras culturas. Com base nesses estudos, foram se firmando, nas ciências sociais, o campo da antropologia médica e o da antropologia da doença, atualmente conhecidas como antropologia em saúde.¹⁴

De acordo com Langdon,¹⁴ a história da antropologia da saúde é marcada por quatro abordagens: a tradicional, a aplicada, a ecológica e a interpretativa.

Os primeiros estudos antropológicos com relação à abordagem tradicional sobre medicina primitiva foram realizados por Rivers, Clements e Ackernecht, a partir de 1920. O método adotado nesses estudos era o mesmo utilizado na medicina científica, ou seja, iniciava-se pela etiologia, para se entender o diagnóstico e determinar o tratamento em povos considerados primitivos. Entretanto, a medicina primitiva era considerada inferior qualitativamente à medicina

científica, que, por sua vez, era caracterizada como o único sistema universal e eficaz.¹⁴

A abordagem aplicada foi utilizada para a implantação de projetos na área da saúde, após a Segunda Guerra Mundial, em países do Terceiro Mundo. Com base nessa utilização, Helman¹⁶ destaca como vantagem o fato de esses projetos levarem em conta as crenças da comunidade sobre saúde e doença, além de considerarem o contexto político e econômico em sua implantação.

A abordagem ecológica trabalha com base em um modelo sistêmico, que considera as múltiplas causas das doenças e sua interação com a cultura, a sociedade e a natureza na determinação do estado de saúde de um grupo, porém não relativiza a biomedicina e considera a doença uma entidade e não um processo de experiência.

A abordagem interpretativa surge com o propósito de apresentar propostas alternativas à biomedicina sobre o conceito de doença, incorporando a cultura como um sistema diverso, aberto, dinâmico e subjetivo, e, por isso, heterogêneo e singular. Considera que há um sistema de significados, constituído e constituinte na experiência, que emerge da interação dos atores que estão agindo concretamente juntos para entender os eventos e procurar soluções.

A compreensão da doença é dada como um processo sociocultural e de experiência vivida. Isso quer dizer que a doença é uma sequência de eventos que vão ganhando significado à medida que a pessoa age para buscar alívio do seu sofrimento. Esse processo é caracterizado pelo reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, pelo diagnóstico, pela escolha e avaliação do tratamento. Assim, entende-se que a experiência corporal é mediada pela cultura e as sensações do corpo não são separadas do significado da percepção de todo o processo.¹⁵

A construção da doença como realidade humana é, portanto, um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca pela cura. Assim, é na realidade social, mutante e dinâmica, que são construídas as doenças e seus processos de tratamento. As pessoas interpretam o mundo e agem sobre ele usando seu sistema simbólico e, ao agir, reconstróem a realidade.¹³⁻¹⁷ Essa abordagem possibilita diálogo e negociação entre culturas e sistemas de cuidados diversos, contextualizados entre profissional de saúde, usuários e famílias.

No entanto, o que parece que tem acontecido com frequência, no encontro entre profissional de saúde e usuário/cliente, é muito mais o enfrentamento entre culturas do que o estabelecimento de um diálogo entre dois atores sociais. Isso, normalmente, ocorre porque, de maneira geral, os profissionais não reconhecem que o usuário/cliente possui um conhecimento sobre o seu problema de saúde, além de, também, desenvolver práticas de cuidado que nem sempre são reconhecidas

pela biomedicina. Caso se configure dessa forma, essa relação caracteriza-se como assimétrica, pois confere uma valoração diferente aos saberes e fazeres de cada um.

Kleinman¹⁶ sugere que na análise de qualquer sociedade complexa identificam-se três subsistemas de cuidado à saúde: o informal, o popular e o profissional. São subsistemas amplamente utilizados pelas pessoas de forma sobreposta e não excludente, interagindo mediante a passagem dos indivíduos por eles. Esses sistemas fornecem à pessoa os caminhos para efetuar a interpretação de sua condição de saúde-doença e buscar as ações possíveis que proporcionem o cuidado e/ou a cura.

O *subsistema familiar* é a expressão da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista e no qual as manifestações das doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas. Aqui, a doença é vista como uma desordem na vida cotidiana para a qual é necessário encontrar um significado. Inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. Os cuidados podem ser adotados pela pessoa que se sente doente e/ou pela família e incluem: remédios caseiros, repouso, suporte emocional, práticas religiosas, mudança na dieta alimentar, massagens, etc.¹⁶

O *subsistema profissional* é formado pelas profissões de cura organizadas e com aprendizado formal, além de serem legalmente reconhecidas, representadas pela biomedicina nas sociedades ocidentais.

O *subsistema popular* é formado por especialistas de cura não profissionais, não reconhecidos legalmente, tais como curandeiros, benzedeiras e outros, os quais, no entanto, são amplamente aceitos pela sociedade e, geralmente, fortemente ligados ao subsistema familiar.

Assim, de acordo com o Sistema de Cuidado de Kleinman,¹⁶ as alternativas terapêuticas são escolhidas tanto de acordo com a acessibilidade ao processo terapêutico como em relação ao entendimento dos indivíduos de determinada sociedade sobre as doenças, a cura e sobre os tratamentos que funcionam e que tem resolutividade. O autor sugere, ainda, a discussão de alguns conceitos como patologia, enfermidade e doença, os quais devem, necessariamente, ser considerados pelos profissionais de saúde para que consigam melhor compreender o processo de vivência no adoecimento.

Há, portanto, uma diferença entre *illness* (doença), *disease* (patologia) e *sickness* (enfermidade). A doença (*illness*) representa a forma usada para perceber, expressar, avaliar e responder aos sinais e sintomas. Além disso, se refere, também, aos significados que as pessoas e famílias atribuem ao que vivenciam, incluindo comunicação e interação interpessoal; patologia (*disease*) é apenas o mau funcionamento dos processos biológicos e psicológicos sob parâmetros biomédicos; e enfermidade (*sickness*) é um mal-estar em sentido mais genérico, quando a doença está relacionada com condições sociais, políticas e econômicas.¹⁶

Verifica-se, ainda, uma dicotomia entre doença/*illness* e patologia/*disease*. Enquanto a doença se refere à experiência psicossocial e seu significado, a patologia diz respeito a disfunções anatômicas ou fisiológicas. Assim, uma pessoa pode ter uma patologia e não se sentir doente, ou se sentir doente sem ter uma patologia, ou ainda continuar se sentindo doente após um diagnóstico médico de cura.¹⁶ Dessa forma, alguns autores pontuam que, para entendermos o significado da doença e dos cuidados prestados, é necessário acompanhar o itinerário terapêutico (percurso feito na busca de tratamento e cura da doença, que pode incluir outras soluções além daquelas oferecidas pela biomedicina) e os discursos dos atores envolvidos nos aspectos específicos de cada experiência.¹⁵⁻¹⁷

Segundo Alves e Souza¹⁸, as pesquisas sobre o itinerário terapêutico iniciaram-se com o estudo do comportamento do enfermo (*illness behaviour*), tendo, até hoje, como objetivo interpretar como as pessoas escolhem, aderem ou não e avaliam os resultados de um sistema de tratamento, cuidado e cura. Assim, considera-se reducionista a perspectiva que submete a interpretação da experiência/ação das pessoas com o sofrimento a um modelo meramente explicativo, uma vez que a lógica explicativa não contempla a complexidade das ações sociais e do contexto em que são construídas.

A lógica interpretativa vai além e procura compreender o significado das ações humanas como expressão de uma intenção. O itinerário terapêutico se refere a um conjunto articulado de ações e estratégias que, por meio da interpretação, buscam modificar a situação de sofrimento e doença levando em consideração que as alternativas de tratamento disponíveis são construídas no âmbito das redes de relações sociais, continuamente negociadas, confirmadas ou questionadas. O estudo do itinerário terapêutico permite, portanto, que profissional e usuário-cliente se encontrem numa arena de negociação e produção de sentido para construir projetos terapêuticos pertinentes à singularidade de cada pessoa.¹⁸

REVISITANDO ALGUMAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA ANTROPOLOGIA APLICADA À INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

A produção científica utilizando referenciais da antropologia da saúde tem crescido nas últimas décadas e assinala a importância do uso dessa ferramenta para compreender as práticas de saúde, ampliando os horizontes dos profissionais envolvidos. Alguns antropólogos, como Langdon, Helman e Kleinman, têm ampliado essa discussão.¹³⁻¹⁷

Relações equipe de saúde/cliente/famílias

Alonso⁹ fez um estudo sobre os sistemas de cuidado familiar e profissional cujo objetivo foi interpretar as

relações construídas no encontro entre equipe de saúde e família. A sustentação teórica do estudo foi baseada em Canguilhem, Hanna Arendt, Giddens, Sennet, Foucault, Deleuze, Goffman e Da Matta, que utilizaram o método de observação participante, sugerido por Spradley, para a coleta e análise dos dados. Os autores observaram encontros assistenciais domiciliares entre os integrantes de uma equipe de saúde da família e um grupo de famílias integrado à Unidade Assistencial, realizaram entrevistas individuais com os profissionais da equipe de saúde e determinados membros das famílias e verificaram que para a equipe de saúde havia conflitos éticos nas relações assistenciais, tanto profissionais/institucionais e pessoais/sociais, como entre a resolutividade dos problemas de saúde e os laços de confiança e solidariedade. A voz das famílias atendidas no domicílio pela equipe de saúde da família revelou o desejo de obter da equipe maior valorização do seu saber e fazer no cuidado de si. A equipe apontou uma prática assistencial que ressignificasse os encontros entre profissional e família no âmbito domiciliar, constituindo-se em uma experiência existencial para ambos.

Boehs²¹ analisou os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional, com base em Kleinman e na teoria de Enfermagem de Madeleine Leininger.²⁷ O autor realizou uma pesquisa qualitativa etnográfica, com observação participante, em uma unidade de internação pediátrica, durante seis meses, e verificou que a equipe de enfermagem percebia as necessidades básicas do familiar acompanhante de forma ambivalente, ora reconhecendo-as e integrando o familiar ao cuidado, ora entendendo que deve assistir somente a criança. O tema cultural que permeou os domínios foi o movimento de aproximação e afastamento do hospital e da unidade de internação em relação à família. Na relação entre os sistemas hospitalar e familiar, evidenciou-se a assimetria de poder em favor da equipe de enfermagem e a dificuldade para a negociação entre os dois sistemas de cuidado, com possibilidade de acomodá-los na implementação do cuidado proposto pela teoria de Leininger.

Monticelli²³ realizou uma etnografia de alojamento conjunto para compreender as relações entre trabalhadoras de enfermagem e famílias que vivenciam o período pós-parto, bem como para identificar as referências que adotam ao interagir com as famílias durante a hospitalização. Para tal, utilizou a “etnoenfermagem” de Madeleine Leininger; os conceitos de *illness*, *disease* e *sickness*; a realidade clínica como o “lugar de onde se fala”; a narrativa na prática clínica; e o conhecimento autoritativo relacionado ao nascimento.

O autor realizou observação participante e entrevista etnográfica como guia complementar no levantamento de dados em uma Unidade de Alojamento Conjunto de uma maternidade pública. Participaram do estudo 19 trabalhadoras (5 técnicas, 8 auxiliares, 5 atendentes e 1 enfermeira) e 42 membros das famílias, incluindo puérperas, homens-pais, avós, bisavós, além de duplas

puérperas-companheiros, mães-filhas e genros-sogra. Os temas que surgiram foram: “Entre o leito e o berço: a vivência do processo de cuidar de dois”, como um modelo de cuidado específico e singular na enfermagem hospitalar; “Aqui a autoridade sou eu: o *status* do conhecimento biomédico”, referido pelo modelo biomédico, aprendido durante a formação e a prática profissional cotidiana; “Há coisas que são do conhecimento da gente: o *status* do conhecimento das famílias”, que apresenta a posição hierárquica do saber-fazer a partir da experiência das famílias; “Conhecimentos que se constroem em narrativas terapêuticas: possibilidades de vitalização do pós-parto”, identificados como saberes construídos interativamente entre trabalhadores de enfermagem e famílias, sem que fossem desconfigurados os conhecimentos advindos de seus sistemas culturais de origem.

As relações entre as trabalhadoras de enfermagem, as famílias e as referências utilizadas para cuidar das puérperas e dos recém-nascidos apareceram complexas e exercidas por diferentes poderes e conhecimentos autoritativos que, às vezes, beneficiavam e às vezes enfraqueciam a ambos.

Experiências/significados do viver/adoecer/cuidar

Silva¹², por meio de narrativas pessoais e culturais, abordou os diferentes modos pelos quais as pessoas constroem a experiência de viver com o *diabetes mellitus*. A pesquisa foi embasada no pensamento interpretativista de Clifford Geertz e Arthur Kleinman. Da interpretação das narrativas emergiram cinco diferentes modos, por meio dos quais as pessoas constroem a experiência de viver com o diabetes: viver sem prazeres; viver mantendo o diabetes sob controle; viver na esperança de uma vida melhor; viver em conflito e viver como se não tivesse diabetes. Os resultados mostraram que os significados da doença são elaborados pelas pessoas no percurso do seu processo de viver e são diversificados segundo suas experiências pessoais e culturais.

Heck¹⁹ realizou um estudo etnográfico com o objetivo de compreender a construção sociocultural dos suicídios de colonos, predominantemente de descendência alemã e católica, e contribuir no trabalho dos profissionais de saúde nesse contexto. Com base na antropologia da saúde, privilegiou-se a ação dos colonos no cotidiano, como construção coletiva da realidade, contrapondo-se ao modelo biomédico, que compreende saúde/doença de forma linear e causal desvinculando a pessoa de sua história e cultura. Os colonos representaram os significados de vida e morte de maneira contraditória e complexa. O suicídio, que é uma das formas de morte, expressou a fragilidade do papel dos homens e se apresentou como símbolo de sofrimento, que era presente na realidade vivida por esse grupo, onde comportamentos sociais fundados em autoridade e princípios morais rígidos eram exigidos.

A pesquisa etnográfica permitiu compreender a construção sociocultural dos suicídios como expressão

da identidade daquela comunidade e contribuiu com a prática profissional a partir da perspectiva interdisciplinar e compreensão da cosmologia como parte da experiência da doença.

Santos²⁴, em sua tese de doutorado defendida na Unicamp, investigou como se instituiu o papel de cuidador de idosos dementados no contexto domiciliar e quais os significados dessa experiência para esses cuidadores. Tal objetivo esteve fundamentado na tese de que a construção do papel de cuidador e a ressignificação do familiar como demente transcorrem ao longo do processo de convivência, segundo as experiências pessoais e as práticas socioculturais das famílias. A abordagem metodológica escolhida foi a pesquisa qualitativa, utilizando a estratégia da etnografia. O referencial teórico foi o da antropologia, sendo que foram usados como referências estudos de Geertz,^{25,26} Malinowski; Douglas; Kleinman,^{16,17} Langdon¹⁴ e Leininger²⁷. O campo escolhido para coleta dos dados foi o de famílias que proporcionavam cuidados a adultos e idosos que apresentavam uma síndrome demencial associada ou não a diferentes patologias.

Nessa pesquisa, procurou-se maior aproximação com as experiências vivenciadas pelos sujeitos cuidadores, considerando que “tornar-se um cuidador familiar” é um processo dinâmico e envolve múltiplos aspectos, tais como: a história pregressa das relações familiares; a idade; o gênero, o grau de parentesco dos cuidadores em potencial; o significado dos vínculos afetivos; as condições de saúde física e emocional dos cuidadores; o sentimento de dever ou obrigação e reciprocidade; as relações de poder no contexto familiar; as experiências e características pessoais dos cuidadores e as práticas socioculturais das famílias.

Relações familiares no processo de viver/adoecer

Althoff,²⁰ com base na teoria fundamentada nos dados e no interacionismo simbólico, estudou como o ambiente familiar é construído pelas famílias, elaborando sobre ele uma formulação teórica. Trabalhou com quatro grupos amostrais formados por dez famílias em diferentes etapas da trajetória de vida familiar. Realizou entrevistas com as famílias em seus domicílios e procedeu a análise comparativa dos dados. Formulou um modelo teórico focado no fenômeno “Convivendo em Família”, que revelou a inter-relação dos elementos que constituem este processo: querendo viver em família; criando o espaço de moradia da família; vivendo os tempos da família; fazendo parte da teia social; estabelecendo maneiras de se relacionar em família; construindo valores; governando a vida cotidiana; cultivando as ligações familiares e tomando consciência do viver em família. Na pesquisa, mostrou-se que a convivência familiar é construída com base nas ações e interações entre os membros da família que compartilham símbolos e significados.

Schwartz²² fundamentou-se na abordagem ecológica de Bronfenbrenner para compreender o viver, o adoecer

e o cuidar das famílias de uma comunidade rural. Realizou um estudo qualitativo com observação participante em uma comunidade rural do Rio Grande do Sul durante nove meses. A coleta de dados foi realizada por meio de estratégias como visita domiciliar, consulta de enfermagem na unidade de saúde, consulta a documentos e participação em campanhas de vacinação. A comunidade rural se encontrava isolada cultural e geograficamente, com riscos e potencialidades, na qual o trabalho era a atividade que dava identidade ao colono/família. O adoecimento nas famílias rurais estava relacionado à falta de comunicação/informação entre os ambientes e o trabalho. O estudo possibilitou a compreensão de como a articulação dos diferentes ambientes promove ou fragiliza a saúde dos colonos, podendo surgir o (des)cuidado. O trabalho confere identidade ao colono, mas necessita de políticas sociais e agrárias adequadas para apoiar o desenvolvimento de indivíduos, famílias e comunidade.

Há, ainda, outros estudos publicados em livros que também explicitam a importância do uso da visão antropológica como ferramenta para compreender as práticas de saúde. Silveira²⁸ estudou a questão dos “nervos” de mulheres de uma comunidade de um município da região Sul do Brasil, de colonização e tradição açorianas. A autora constatou que o que as mulheres consideravam como problema de “nervos” era, na verdade, problemas que existiam nas suas relações sociais. Esses problemas estavam normalmente ligados aos relacionamentos conjugais, mas também a outras questões, como a pobreza material, os conflitos de gerações e de gênero e outras dificuldades da vida cotidiana. Assim, tornou-se claro que, para tratar os “nervos” dessas mulheres, era necessário colocá-las em um contexto social e cultural único, levando em consideração todos os fatores que lhes influenciavam a vida e, por consequência, os “nervos”.

Freitas²⁹ considera que a cárie dentária é uma doença que deve ser abordada de acordo com um processo biológico e social. Ele demonstra que os trabalhos científicos que têm utilizado apenas micro-organismos e/ou hábitos dietéticos, na tentativa de estabelecer padrões de risco para adoecer, têm encontrado baixos coeficientes de correlação. A valorização excessiva dos fatores relacionados aos micro-organismos e à dieta e a pouca importância dada às dimensões sociais e culturais dos indivíduos sugerem um paradoxo na prática da odontologia. Assim, tornou-se necessário tentar entender e explicar a doença de outra forma, ou seja, não apenas como resultante do consumo de açúcar e da ação de micro-organismos, mas, também, como resultante de um contexto sociocultural no qual aquele sujeito (hospedeiro) está inserido.

Observa-se, assim, que os profissionais de saúde têm estudado e utilizado de forma crescente, em algumas pesquisas, a antropologia da saúde. A abordagem interpretativa proposta por alguns autores que trabalham com a antropologia da saúde tem se mostrado

adequada para ampliar a compreensão do complexo processo de adoecimento e sofrimento.^{11,15-17,24,26,27} Além das pesquisas citadas acima, também observa-se o crescente estudo e a utilização do itinerário terapêutico em nosso meio para tentar compreender as trajetórias percorridas pelos sujeitos em busca de possíveis tratamentos ou cura para os sofrimentos. Conhecer o significado dos eventos relacionados ao processo de viver e adoecer das pessoas pode possibilitar a reconstrução de práticas profissionais mais efetivas e gratificantes, tanto para o trabalhador da saúde quanto para a população. A leitura desses estudos orientou nossa reflexão para a importância de incorporarmos a abordagem antropológica no cotidiano das relações entre profissional/pessoa/família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tradicionalmente, o modelo biomédico trata as pessoas com base em suas doenças e na explicação biológica para suas causas e mecanismos de tratamento. Acreditamos, no entanto, que o processo saúde-doença deve ser entendido sob o olhar psicobiológico e sociocultural, numa construção permanente e contextualizada de negociações que vão ao encontro das multidimensionalidades e subjetividades do ser humano.

A análise dos estudos abordados neste artigo, os quais utilizaram o referencial teórico da Antropologia da Saúde, permitiu compreender que os cuidados com a saúde constituem um sistema inserido em um contexto cultural por meio de seus significados simbólicos e se apoiam em modelos de interações interpessoais e em instituições sociais. Assim, os modelos e as crenças explicativos da doença definem a escolha, e a avaliação do tratamento, o *status*, as relações de poder, a interação e as instituições fazem parte dos sistemas de saúde, assim como os pacientes, os curadores, a doença e o processo de cura. Antropólogos como Kleinman, Helman e Langdon contribuíram para ampliar a visão sobre esses aspectos.

Todavia, as relações entre as experiências subjetivas das pessoas nem sempre guardam coerência com os modelos explicativos dos sistemas terapêuticos. Os indivíduos, quando adoecem, possuem uma percepção individual e particular sobre a doença e respondem a essa situação com base em suas experiências subjetivas e nas da família. Ambos atribuem a ela significados particulares que são influenciados pela cultura, pela personalidade e pelo contexto social e econômico onde vivem e convivem.¹⁵

Há que se considerar que, além do sistema oficial de assistência à saúde, normalmente existem, em muitos países ocidentais, sistemas como a homeopatia, o herbalismo e a cura espiritual (pluralismo médico) que podem ser chamados de subculturas de assistência à saúde. Essas subculturas têm crescido de importância, principalmente em decorrência da descrença nos sistemas de saúde tradicionais.^{15,30} Nos Estados Unidos,

por exemplo, houve um aumento de 30% para 55% das consultas pagas no sistema de saúde na área de medicina alternativa, nos últimos dez anos, publicado na revista médica JAMA. Segundo Minayo,³¹ a descrença de muitas famílias e grupos nas relações com o sistema médico tradicional é fruto de “uma experiência prática em que se sentem anônimas, impotentes e discriminadas”.

Ao realizar a aproximação entre as concepções biomédica e cultural, a antropologia deixa claro que os homens que atuam nas dimensões biopsicossocial e econômico-política do processo saúde/doença o fazem por meio de processos ideológicos baseados na experiência pessoal e grupal, em crenças, percepções, atitudes e práticas, dadas social e historicamente. Dessa forma, reconhece-se que o que cada indivíduo sente é percebido e valorizado de acordo com a sociedade da qual faz parte. A antropologia amplia o olhar, permitindo mudanças na relação profissional-usuário/cliente, e esse novo olhar pode resultar em cuidados e práticas como uma escuta atenta, com interesse pelo outro (usuário) e a disponibilidade para, juntos, buscarem formas singulares para enfrentar a situação vivenciada.

Portanto, as pessoas com problemas de saúde escolhem não apenas entre tipos diferentes de curandeiros (informal, profissional ou popular), mas também entre os diagnósticos e as recomendações que fazem sentido para elas, sendo que o desfecho pode ser o da “não adesão” ao tratamento ou a transferência a outro segmento da rede terapêutica.¹⁶ Mas a interpretação das ações e escolhas é de natureza conjuntural, histórica, que expressa e produz os sentidos que podem ser reformulados com base nas ações dos indivíduos nos diferentes contextos da sua vida.

O importante é que se crie um espaço para novas práticas e cuidados, tanto para profissionais da saúde quanto para usuários/clientes, na construção de projetos terapêuticos mais abrangentes que possam superar a dicotomia do modelo biomédico hegemônico. As práticas/cuidados redimensionariam seus limites incluindo o usuário/cliente como sujeito ativo no seu cuidado e como protagonista no seu processo de adoecimento.

Esse espaço nada mais é do que o estabelecimento do diálogo entre os atores sociais envolvidos no processo terapêutico, diálogo que, uma vez aberto, faz com que as práticas de saúde não fiquem caracterizadas como um espaço de exercício do poder de um sujeito sobre outro, mas, sim, que se legitimem como verdadeiros processos promotores de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática na ordem social capitalista. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1990.
2. Merhy EE. A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec; 1992.
3. Campos GWS. Reforma da Reforma: Repensando a Saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
4. Mendes EV. Una Agenda para la Salud en Brasil. Cuadernos Médico-Sociales; 1994.
5. Pires DE. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; 1989. 156 p.
6. Pires DE. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. 2ª ed. São Paulo: Annablume; 1998. 253 p.
7. Pires DE. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi MT, organizador. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem/UFSC, Ed. Papa-Livros; 1999. 176p.
8. Fertonani HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores de saúde do PSF de uma unidade de saúde [dissertação]. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2003.
9. Alonso ILK. Luzes e sombras no ritual do encontro entre o universo profissional e o mundo da intimidade familiar: a intervenção profissional na saúde da família em âmbito domiciliar [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2003. 257p.
10. Ribeiro EM. Concreticidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF): Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2005. 285p.
11. Langdon EJM, Garnelo L. A Antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. Críticas atuantes. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p.133-156.
12. Silva DMGV. Narrativas do viver com diabetes mellitus: experiências pessoais e culturais [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2000. 188p.
13. Langdon EJM. A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico [tese, Professor Titular]. Florianópolis: Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
14. Langdon EJM. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC; 1995.
15. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4ª ed. Porto Alegre: ARTMED; 2003
16. Kleinman A. Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience. New York: The Free Press; 1988. 237p.
17. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of Califórnia; 1980.
18. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p.125-138.
19. Heck RM. Contexto sociocultural dos suicídios de colonos alemães: um estudo interdisciplinar para a enfermagem [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2000. 305p.
20. Althoff CR. Convivendo em família: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2001. 174p.
21. Boehs AE. Os movimentos de aproximação e distanciamento entre os sistemas de cuidado familiar e profissional [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2001. 268p.
22. Schwartz E. O viver, o adoecer e o cuidar das famílias de uma comunidade rural do extremo sul do Brasil: uma perspectiva ecológica [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2002. 202p.
23. Monticelli M. Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias, no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto [tese]. Florianópolis: PEN/UFSC; 2003. 472p.
24. Santos SMA. O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira [tese]. São Paulo: UNICAMP; 2003. 228p.
25. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989. 323 p.
26. Geertz C. O saber local. Petrópolis, RJ: Vozes; 1997. 366 p.
27. Leininger M. Uma relevante teoria de enfermagem: cuidado transcultural - diversidade e universalidade. In: Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1985. Florianópolis: UFSC; 1985. p. 232-254.
28. Silveira ML. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000.
29. Freitas ST. Uma história social da cárie dentária. Bauru: Edusc; 2001.
30. Good BJ. Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. 242 p.
31. Minayo MCS. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. Cad Saúde Pública 1988, 4(4). [Citado em 2007 abr. 03]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso>.

Data de submissão: 30/6/2008

Data de aprovação: 15/09/2009