

---

JOSÉ MORGADO PEREIRA

Psicologia Médica. Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra

---

## SERÁ POSSÍVEL UMA NOVA MEDICINA?

---

185

*Começa-se por referir algumas limitações do modelo médico da doença e por salientar a importância, para a sua conceptualização, de factores de ordem sociológica e antropológica, que passam despercebidos aos próprios profissionais. Descrevem-se as diversas acepções possíveis de doença e as diferenças entre as conceptualizações dos médicos e dos doentes. Ao analisar as chamadas medicinas tradicionais tenta-se mostrar alguns factores que podem explicar a sua aceitação. Por fim, defende-se a necessidade de um medicina que integre as contribuições das ciências sociais acerca da saúde e da doença.*

**P**ARA o modelo bio-médico, hoje dominante nas sociedades ocidentais, é a alteração dos parâmetros biológicos (somáticos) que define a doença, sendo os aspectos psicológicos, sociais ou, simplesmente, comportamentais negligenciados e pouco tidos em conta.

Como nota Engel (1977), trata-se de um modelo reducionista pois, em última análise, a linguagem físico-química é considerada suficiente para explicar os fenómenos biológicos. Crê este autor que um novo modelo, a que chama bio-psico-social, inspirado na teoria geral dos sistemas, poderia incluir os aspectos psico-sociais, sem sacrificar as vantagens do modelo bio-médico (1977; 1982).

É evidente que não são as críticas e as limitações apontadas ao modelo bio-médico, entre outros, por um número crescente de médicos, que podem operar a formidável mudança qualitativa a todos os níveis (a Medicina é uma instituição social) que o novo modelo pressuporia.

Mas o «estar doente» só pode ser compreendido com a intervenção de variáveis não biológicas. As variáveis psico-sociais influem não apenas no significado social e pessoal da doença, mas também no risco de adoecer, na natureza da reacção à doença e no prognóstico. Estar doente é um estado

social e não simplesmente biológico (Eisenberg e Kleinman, 1981; Mechanic, 1978).

Os sociólogos, nomeadamente depois de Talcott Parsons, estudam «o papel do médico», o «papel do doente» e as condições em que a doença pode legitimar certas formas de conduta social (Parsons, 1951; Mechanic, 1978). Para os sociólogos defensores da teoria de «Social Labeling» o ser considerado doente é determinado mais pela posição social do indivíduo e pelas normas sociais do grupo a que pertence do que por sinais e sintomas objectivamente definidos e universais. Uma pessoa é rotulada (*labeled*) como doente no decurso de negociações sociais entre ela e o seu médico, a família, o pessoal hospitalar, etc. (Waxler, 1981). Por outras palavras, a rotulação de alguém como doente depende não só de evidências médicas objectivas, mas também de negociações sociais entre várias partes, em contextos institucionais e sociais que desempenham um importante papel na negociação. Para Waxler o processo de rotulação não é apenas um fenómeno social sobreposto ao facto de se diagnosticar fenómenos bio-médicos, mas essa rotulação tem também impacto sobre a doença e seus sintomas.

As influências culturais são também poderosas. É bem conhecido o facto de a reacção perante a dor variar imenso devido, entre outras razões, à cultura, e de o valor atribuído aos sintomas diferir muito em importância e significado, por efeito de crenças, preconceitos e conhecimentos que cada cultura aceita e transmite. Existem variações de ordem étnica, de classe, familiares, etc. A doença é culturalmente construída no sentido de que a forma como a percebemos, experimentamos e com ela lidamos é baseada nas nossas explicações de doença específicas das posições sociais que ocupamos e dos sistemas de valores que possuímos (Kleinman, Eisenberg e Good, 1978).

Para Good e Good (1981), a cultura afecta o modo como o indivíduo atende às diversas sensações e as transforma em queixas médicas. Estes autores propõem um modelo hermenêutico centrado na compreensão da doença, não como reflexo de processos somáticos, mas como realidade humana significativa e modelada culturalmente. Para este modelo, importa compreender os aspectos ocultos da realidade da doença, e transformar essa realidade, reformulando o entendimento que o doente dela tem.

Também Lipowski se preocupa com o sentido que o doente baseado na sua experiência pessoal, crenças, valores e conhecimentos atribui à sua doença. A partir da observação clínica, enumera mesmo os principais significados psicológicos, vivenciados pelos doentes:

1) A doença como ameaça ou desafio que é preciso enfrentar e vencer. É o conceito que mais coincide com o dos próprios médicos.

2) A doença como perda, em termos quer concretos quer simbólicos, o que poderá conduzir a uma reacção emocional de luto.

3) A doença como ganho ou alívio que consciente ou inconscientemente pode conduzir à aceitação exagerada ou prolongada do papel de doente (*sick role*).

4) A doença como punição, justa ou injusta, podendo dar lugar, assim, a diversos tipos de reacção emocional, desde a depressão à revolta (Lipowski, 1981).

A doença é ainda descrita como inimigo, como fraqueza moral, como estratégia ou como valor (Pfifferling, 1981).

Para Lipowski, os factores determinantes desta atribuição de significados são tanto factores interpessoais como factores intrapessoais, relacionados com a patologia específica, como ainda factores sócio-culturais.

Para conceptualizar vários dos aspectos já referidos, principalmente as divergências em torno dos fenómenos clínicos, diversos autores propuseram uma distinção semântica entre «disease» e «illness» que parece fundamental. Os médicos diagnosticam e tratam «diseases», isto é, anormalidades da estrutura e função dos órgãos e sistemas orgânicos (doença para a medicina biológica). Os doentes sofrem «illnesses», isto é, experiências de estados alterados do bem-estar e do funcionamento social, ou experiências subjectivas de mal-estar (Field, 1976; Idler, 1979; Eisenberg e Kleinman, 1981; Twaddle, 1981).

Muitas vezes a doença é inicialmente vista como «de menor importância», e só passado algum tempo, e após cuidados médicos, a pessoa entra no que Parsons chamou «sick role» (Field, 1976).

Outros autores acrescentam «sickness», referindo-a como uma identidade social, a distinguir de «disease» (conceito biológico) e de «illness» (conceito sócio-psicológico). «Sickness» seria um rótulo posto por outros e publicamente assumido pelo indivíduo. Por exemplo, algumas sociedades definem como «sickness» certas formas de activismo político, ou de expressão religiosa, ou ainda de comportamento sexual. Alternativamente elas também podem ser definidas como imorais, criminosas ou então, aceites como práticas saudáveis e legítimas (Ahmed, Kolker, Coelho, 1979).

Sociologicamente falando, «sickness» é uma forma de comportamento desviante (das normas sociais).

Concluindo, pode haver «illness» na ausência de «disease» (percentagem significativa de consultas médicas correspon-

dem a queixas sem base biológica definida) e pode haver «disease» sem quaisquer queixas ou sintomas do doente (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978). A hipocondria é um exemplo sugestivo da total discrepância entre o conceito de doença do médico e do doente.

A pessoa doente deve, segundo as normas da sua cultura, dirigir-se a alguém que a trate, mas saber a quem deve solicitar ajuda é matéria mais complexa. Estudos sobre os cuidados médicos na comunidade já há muito mostram que o número de pessoas sob cuidados médicos é apenas cerca de 1/3 das pessoas doentes no mesmo período de tempo. (White, Williams, Greenberg, 1961). Estimativas há que calculam entre 70 a 90% os episódios de doença exclusivamente tratados à margem dos sistemas de saúde estatais (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978; Eisenberg, 1980). As medicinas populares e folclóricas poderá caber boa parte da restante prestação de cuidados.

Muito embora a desigualdade perante a doença e a assistência médica seja um facto, podendo afirmar-se que a pobreza aumenta a vulnerabilidade a diversos tipos de doenças (Mechanic, 1978), não está esclarecida a preferência de largos sectores populacionais pelas medicinas populares. As circunstâncias sócio-económicas não bastam para a explicar. Parece provável que os grupos sociais mais influenciados por crenças ancestrais possam recorrer ao curandeiro, que «fala a sua linguagem», e não ao médico, que poderá nem os entender, nem ser entendido.

Ao longo da história e ao lado da medicina que se aprendia nas universidades, de base científica, existiram sempre maneiras de tratar as doenças que pouco ou nada tinham a ver com ela. É preciso dizer, e a propósito de «científico», que esta designação não pode ser sinónima de qualquer concepção positivista e que os saberes não contêm doutrinas definitivamente verdadeiras. O saber médico, como todo o conhecimento, deve ter consciência da sua apreensão probabilística da realidade, e de que as teorias hoje vigentes correspondem apenas a uma fase mais da evolução, constituindo um paradigma no sentido de Kuhn (1970).

A O.M.S. designou por medicina tradicional o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, explicáveis ou não, utilizados para diagnóstico e tratamento de doenças, transmitidas verbalmente ou por escrito de uma geração a outra. Torna-se necessário saber muito mais sobre a natureza e eficácia dos actos terapêuticos desta medicina tradicional. Isto pressupõe uma atitude de tolerância e respeito absolutos, exclusivamente orientada para a compreensão e o estudo. Em vez de se designarem ingénuas e supersticiosas, essas crenças e expli-

cações devem ser encaradas como adaptativas, visando superar a crise e o período de insegurança e incerteza que a doença em regra acarreta (Fabrega, 1975). A acupunctura chinesa é um bom exemplo de uma prática milenária para a qual tem havido um crescente interesse por parte da medicina científica.

Apesar da divulgação pública dada aos êxitos da concepção científica da doença, a atribuição conferida pelo doente ao «seu mal» continua embebida em velhos sistemas de crenças (que podem até permanecer inconscientes) acerca da saúde e da doença.

A existência de uma diversidade de sistemas de crenças é hoje amplamente aceite. Stoeckle e Barski (1981) referem, como principais o sistema científico, o sistema primitivo e o sistema «folk». A medicina primitiva é própria das culturas chamadas primitivas e é também designada etno-medicina. A medicina «folk» é, pelo contrário, desenvolvida nos países «civilizados» e o seu representante é o curandeiro. Não se pode confundir o curandeiro com o charlatão. O curandeiro autêntico é sincero e a sua acção baseia-se em crenças ancestrais; ajuda o semelhante como considera melhor. O charlatão usa a dor alheia para viver, sem convicção acerca do que proclama e executa (Seguin, 1982). A medicina popular aplica um conjunto de recéitas familiares bem conhecidas das respectivas comunidades cuidando geralmente de doenças não graves. Sob a designação mais moderna de medicinas paralelas, doces ou naturais, agrupa-se um conjunto de práticas diversas que são objecto de curiosidade crescente, mas certamente de valorização bem desigual (Science et Vie, 1985).

Está bem documentada a presença e importância de todas as formas de medicina na cultura moderna e os antropólogos apontam a função central dos diferentes sistemas: dar um sentido à doença, nomeando-a, definindo a(s) sua(s) causa(s) e até racionalizar os tratamentos. Pugnando por uma atitude etno-médica para com a doença, Fabrega (1975) propõe a investigação de uma «gramática social da doença» que elucide os modos como a doença se vai ligar aos comportamentos e à comunicação com o grupo social, incluindo as possíveis alterações que podem afectar os membros do grupo.

Ora os estudos de antropologia médica mostram que os curadores tradicionais se preocupam essencialmente com a «illness», isto é, tratam a experiência humana da doença, dão explicações significativas para a mesma, e respondem às expectativas pessoais, familiares e comunitárias que a rodeiam. Pensa-se também que é possível considerá-los mais interessados pelos problemas dos pacientes, com quem passam mais tempo e a cujas necessidades pessoais e sociais

respondem melhor (Kleinman, Eisenberg, Good, 1978). Outros salientam, referindo-se à prática dos curadores não médicos, a importância das emoções, e de como eles são capazes de despertar a esperança, aumentar a auto-estima, e de promover uma corrente emocional positiva, ligada a um grupo de apoio (Frank, 1974). No curandeiro, muitas pessoas poderão encontrar alguém que fala o mesmo «idioma», que se refere a crenças comuns e que conserva os poderes de sugestão que o médico foi perdendo progressivamente.

Inversamente, o médico é para muitos, uma pessoa distante, que não oferece apoio suficiente para as suas necessidades emocionais, e usa uma linguagem que lhes é «estranha». As próprias instituições médicas, particularmente os grandes hospitais, onde as relações são cada vez mais frias e impessoais, com um complicado sistema de hierarquias técnicas e administrativas, não facilitam a integração e a prestação de cuidados «globais» aos doentes. Já há muitos anos, Henri Pequignot referia o perigo de os progressos científicos da medicina restringirem as possibilidades de diálogo médico-doente (Esprit, 1957). Contudo, o médico é, muitas vezes, ele próprio, uma importante fonte de apoio social, como viu Balint, entre muitos outros.

A literatura médica continua a preocupar-se com a alta percentagem de não-adesão ao tratamento (Blackwell, 1973, 1976), mas isso só prova o papel activo que o doente tem e a quantidade de factores, até subjectivos, em jogo. As distorções comunicacionais de parte a parte são frequentes e responsáveis por fracassos relacionais e terapêuticos. Para Zola (1981), os doentes quando não cooperam, estão a reagir não ao tratamento, mas ao modo «como são tratados».

Para tentar mudar o conceito de «adesão ao tratamento» para o de «aliança terapêutica», Katon e Kleinman (1981) sugerem uma forma de «negociação» de modelos partilhados. Tendo em conta o contexto social da decisão de ir ao médico, as diferenças entre os modelos explicativos e as discrepâncias cognitivas e expectativas terapêuticas, o modelo apropriado para a consulta médica seria o de um processo de negociação entre as perspectivas do médico e as do doente, de modo a conseguir-se cooperação mútua para atingir objectivos comuns. Assumindo a ideia de que toda a prática médica é um conjunto de transacções sociais e interpessoais que conduzem à «construção cultural da realidade clínica», aqueles autores defendem a necessidade de negociação activa entre o médico e o doente-aliado terapêutico. Esta abordagem implica o acesso a dados pessoais, familiares, sociais e culturais e sublinha a importância da família, que poderá ser parte activa no processo. No domínio da relação médico-doente,

Katon e Kleinman salientam a existência de «barreiras cognitivas» e de dificuldades de comunicação e expressam a necessidade da prática de uma atitude pedagógica e «compreensiva», recíproca e permanente. Daí a conveniência de uma equipa pluridisciplinar para ajudar a estabelecer compromissos exigidos por aquela relação.

É possível concluir daqui que, se a Medicina, ao que creio, continuar a ter que compreender, reconhecer e tratar os doentes e, também, ajudar a promover condições de vida que previnam a doença, então ela terá forçosamente que abarcar nas suas preocupações todos os determinantes envolvidos tanto na questão da saúde como na da doença.

José Morgado  
Pereira

## Referências Bibliográficas

- 192
- |  |      |   |
|--|------|---|
| Ahmed, Paul;<br>Kolker, Aliza;<br>Coelho, George     | 1979 | <i>Toward a New Definition of Health: An overview</i> , Nova Iorque, Plenum Press.  |
| Blackwell, Barry                                     | 1973 | «Drug Therapy: Patient compliance», <i>The New England Journal of Medicine</i> , 289, (5), 249-52.  |
| Blackwell, Barry                                     | 1976 | «Treatment Adherence», <i>British Journal of Psychiatry</i> , 129, 513-31.  |
| Engel, Georg L.                                      | 1977 | «The Need for a New Medical Model: A challenge for biomedicine», <i>Science</i> , 196, 129-36.  |
| Engel, George L.                                     | 1982 | «The Biopsychosocial Model and Medical Education», <i>The New England Journal of Medicine</i> , April, 802-5                                  |
| Eisenberg, Leon                                      | 1980 | «What Makes Persons 'Patients' and Patients 'Well'?», <i>The American Journal of Medicine</i> , vol. 69, 277-86.                              |
| Eisenberg, Leon;<br>Kleinman, Arthur                 | 1981 | «Clinical Social Science», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).  |
| Eisenberg, Leon;<br>Kleinman, Arthur<br>(eds.)       | 1981 | <i>The Relevance of Social Science for Medicine</i> , D. Reidel, Dordrecht, Holland.  |
| Esprit   | 1957 | <i>Les médecins vous parlent de la médecine</i> , n.º 247, Février.   |
| Fabrega, Jr.<br>Horacio                              | 1975 | «The Need for an Ethnomedical Science», <i>Science</i> , vol. 189, 969-75   |
| Field, David   | 1976 | «The Social Definition of Illness», in Tuckett (1976) — <i>An introduction to medical sociology</i> , Londres, Tavistock Publications (1976). |
| Frank, Jerome D.                                     | 1974 | <i>Persuasion and Healing</i> , Baltimore e Nova Iorque, The John Hopkins University Press e Schocken Books.                                  |
| Good, Byron;<br>Good, Mary-Jo<br>Delvecchio          | 1981 | «The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).                  |
| Idler, Ellen   | 1979 | «Definitions of Health and Illness and Medical Sociology», <i>Social Science and Medicine</i> , vol. 13-A.                                    |
| Katon, Wayne;<br>Kleinman, Arthur                    | 1981 | «Doctor — Patient Negotiation and other Social Science Strategies in Patient care», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).             |
| Kleinman, Arthur;<br>Eisenberg, Leon;<br>Good, Byron | 1978 | «Culture, Illness and Care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research», <i>Ann. Int. Med.</i> 88: 251-258.              |



- Kuhn, T. S. 1970 *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.
- Lipowski, Z. J. 1981 Psychosocial Reactions to Physical Illness, in Psychosomatic factors in chronic illnesses. *Psychiatric Fennica* (Supplementum).
- Mechanic, David 1978 *Medical Sociology*, Nova Iorque, Free Press.
- Parsons, Talcott 1951 *The Social System*, Nova Iorque, Free Press.
- Pfifferling, John-Henry 1981 «A Cultural Prescription for medicocentrism», in Eisenberg, I.; Kleinman, A. (eds.) (1981).
- Seguin, Carlos Alberto 1982 *La Enfermedad, el enfermo y el médico*, Madrid, Ediciones Pirâmide.
- Science et Vie 1985 *Les Médecines parallèles*, Mars.
- Stoeckle, John; Barsky, Arthur 1981 «Attributions: uses of social science Knowledge in the Doctoring of Primary Care», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).
- Twaddle, Andrew 1981 «Sickness and the Sickness Career: some implications», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).
- Waxler, Nancy E. 1981 «The Social Labeling perspective on illness and medical practice», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).
- White, Kerr; Williams, T. F.; Greenberg, B. 1961 «The Ecology of Medical Care», *The New England Journal of Medicine*, vol. 265; 885-92.
- Zola, Irving Kenneth 1981 «Structural Constraints in the Doctor-Patient Relationship: The case of non-compliance», in Eisenberg, L.; Kleinman, A. (eds.) (1981).