

CULTURA E DOENÇA: CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA ANTROPOLÓGICA À REABILITAÇÃO

Karoliny Teixeira Santos (1);
Lilian Ramine Ramos de Souza Matos (2);
Naiara Kássia Macêdo da Silva Bezerra (2);
Érica Verônica de Vasconcelos Lyra (3)

- (1) Terapeuta Ocupacional no Hospital Universitário Dr. Washington Antonio de Barros. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas/UNIVASF.
(2) Fisioterapeutas no Hospital Universitário Dr. Washington Antonio de Barros. Mestranda em Ciências da Saúde e Biológicas/UNIVASF.
(3) Docente do curso de Terapia Ocupacional no DTO/UFPE. Mestre em Saúde Coletiva e Dra. em Psicologia Clínica.

Resumo: Noções e comportamentos ligados aos processos de saúde e de doença interagem com a cultura dos grupos sociais onde os mesmos fazem parte. O artigo visa refletir sobre a construção cultural das doenças e sua implicação nas práticas de profissionais que atuam na área de reabilitação. Para elaboração desse estudo, foi realizada uma síntese, mediante levantamento na literatura (na Biblioteca Virtual de Saúde e Portal Capes) de trabalhos que discutiam o modelo antropológico proposto por Kleinman destacando pontos de intercessões e intercâmbios entre e eles e a Terapia Ocupacional. Um conjunto limitado de conceitos é apresentado e ilustrado, abarcando a distinção fundamental entre doenças, enfermidade e os conceitos: deficiência e incapacidade, proposto pela Organização Mundial de Saúde. Argumenta-se que os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como, as respostas dadas às doenças/deficiências e incapacidades, são sistemas culturais, que agem em conformidade com os grupos e realidades sociais que os produzem. A compreensão dessa relação se mostra essencial para a reformulação de novas práticas, implementação de políticas públicas mais eficientes e na formação dos profissionais da reabilitação

Descritores: Incapacidade, Cultura e Terapia Ocupacional.

INTRODUÇÃO

A pirâmide epidemiológica do Brasil teve início com a redução da taxa de mortalidade na década de 1940, passando pelas doenças infectocontagiosas até chegar às patologias de início insidioso e longa duração, que acarreta na redução progressiva do potencial prático dos indivíduos de realizar as atividades do cotidiano e por dificuldades para desempenhar papéis socialmente esperados (COSTA, 2006; BARROS e CEZAR, 2006). A partir da década de 1980, a proposta de reinserção social emerge como intenção do processo de intervenção, contudo, a ação da Terapia Ocupacional se limitava a diminuição das incapacidades, de modo, que com essa ação, haveria a redução das desvantagens sociais das pessoas com deficiência (ROCHA, 2006).

Essa perspectiva de cuidado vem sendo questionada desde a década 80, quando surgiu no mundo todo, vários movimentos sociais de pessoas com deficiência indagando a visão reducionista, bem como, como exigindo direitos humanitários, sociais e civis (SANTOS, 2008). As ações desses movimentos sociais repercutiram na produção científica da época, que passou a considerar a discussão sobre inclusão social como um movimento de mão dupla, em que o ambiente e a sociedade também devem se preparar para a participação das pessoas com deficiência, diferentemente do conceito de integração social que implicava a normatização corporal como premissa para a inserção social (OLIVER E BARNES, 1990; ROCHA, 2006, SANTOS, 2008).

Logo, este estudo busca apresentar uma reflexão sobre os conceitos e contribuições da antropologia da saúde e da doença discutida por Kleinman, para a construção de novas práticas em reabilitação, mais especificamente em relação à Terapia Ocupacional.

MÉTODO

Para a construção desse estudo, foi realizado dois levantamentos bibliográficos. No primeiro, foi consultada a Biblioteca Virtual de Saúde, sendo escolhidos 03 trabalhos propostos por Kleinman em língua inglesa, que discutiam as inferências antropológicas nos contextos de saúde. Também foi realizado uma revisão de literatura na mesma base de dados, utilizando os seguintes descritores: “Terapia Ocupacional”; ”Cultura” com o operador booleano “AND”. Foram identificados 47 artigos produzidos no Brasil. Deste foram selecionados 03, devido a relação com o tema. E, por fim, também foram utilizados conceitos trazidos pela Organização Mundial de Saúde, através de consulta bibliográfica em livros e periódicos disponíveis na biblioteca da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Distinção entre doença/enfermidade e deficiência/incapacidade

Estudos da área da antropologia e sociologia justificam a distinção conceitual entre doença e enfermidade. Essa distinção afirma, dentro do paradigma médico ocidental, que o termo doença se refere a um mau funcionamento ou má adaptação de processos biológicos e psicofisiológicos no indivíduo; enquanto que enfermidade representa as reações pessoais, interpessoais e culturais à doença ou desconforto (KLEINMAN et al, 1978).

A Organização Mundial de Saúde-OMS (2003) conceitua as deficiências como, de modo mais amplo, os distúrbios fisiopatológicos oriundos dos danos aos tecidos nervosos ou a outras estruturas, ocasionados pela doença. Já o termo Incapacidade é autoexplicativo e está relacionado à função, à capacidade de realizar algo desde dificuldades para abotoar a camisa, dar o laço no calçado, segurar ferramentas e utensílios até a impossibilidade de caminhar e enxergar (OMS, 2003).

- Incapacidade como construção social

Partindo da dimensão sócio-política da questão, a incapacidade física ou mental, não deve ser compreendida como característica do sujeito, mas como uma configuração multifacetária que envolve a relação entre pessoas e o seu entorno. Assim, a incapacidade não pode se restringir à limitação decorrente do déficit ou da deficiência de que o indivíduo seria supostamente portador e que tal condição determinaria em uma disfunção na sua vida social. Essa visão se opõe ao modelo biomédico, que compreende o dano ou déficit em seu aspecto anatômico funcional e como característica do indivíduo (BICKENBACH et al., 1999).

- Construção cultural da realidade clínica

Segundo Kleinman (2004), a cultura não é uma coisa, é um processo pelo qual as atividades normais adquirem significado emocional e moral para os participantes, estando intrinsecamente ligada a condições econômicas, políticas, psicológicas e biológicas. Para o mesmo autor, tratar a cultura como uma variável fixa impede seriamente a nossa capacidade de compreender e responder aos estados de doença. Estudos sobre o contexto social dos cuidados em saúde revelam três domínios estruturais de cuidados de saúde na sociedade: 1. Profissional; 2. Popular (família, rede social, a comunidade) e 3. Paraprofissional (curandeiros não profissionais), sendo responsáveis, estes dois últimos, por 70 a 90% dos cuidados (KLEINMAN et al, 1978).

Logo, segundo o autor supracitado, o sistema de atenção à saúde não se limita ao setor formal e sim, que é composto de forma genérica por três partes, que por vezes se sobrepõem: Setor popular, setor profissional e o paraprofissional. Não está evidente como a normalidade pode ser conceituada quando se trata de estruturas, funções, atividades e desempenho de papéis que comumente apresentam grande variabilidade, pois a compreensão do ser humano normal pode ter sua origem no modelo médico ou no tratamento racional para condições iguais, porém, é também um sistema normativo de “ajustar” pessoas (WILLIAMS, 1999).

Segundo Amaral (1995), a avaliação de um fenômeno requer a adoção de uma norma biológica ou social, e a aplicação de uma norma biológica incorpora o entendimento de desvio corporal conquanto ausência ou excesso, presente no conceito de deficiência da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Pesquisas antropológicas referem que criar desvio é um fenômeno universal, mas existem diferentes visões do que é desvalorizado em uma cultura comparado com outra (BICKENBACH et al, 1999).

Ainda que seja legítimo pensar que a distinção das três dimensões (biológico, psicológico e sociocultural) facilite a construção de um conhecimento analítico, sistematizado, é preciso não esquecer que uma ação social se desenvolve nas três dimensões, ao mesmo tempo e no mesmo espaço (LUZ, 2004). De acordo com a OMS,

“há um mal-entendido vastamente sustentado de que a CIF diz respeito apenas às pessoas com habilidades/incapacidades; na verdade, ela diz respeito a todas as pessoas... em outras palavras, a CIF tem aplicação universal” (WHO, 2001, p.7).

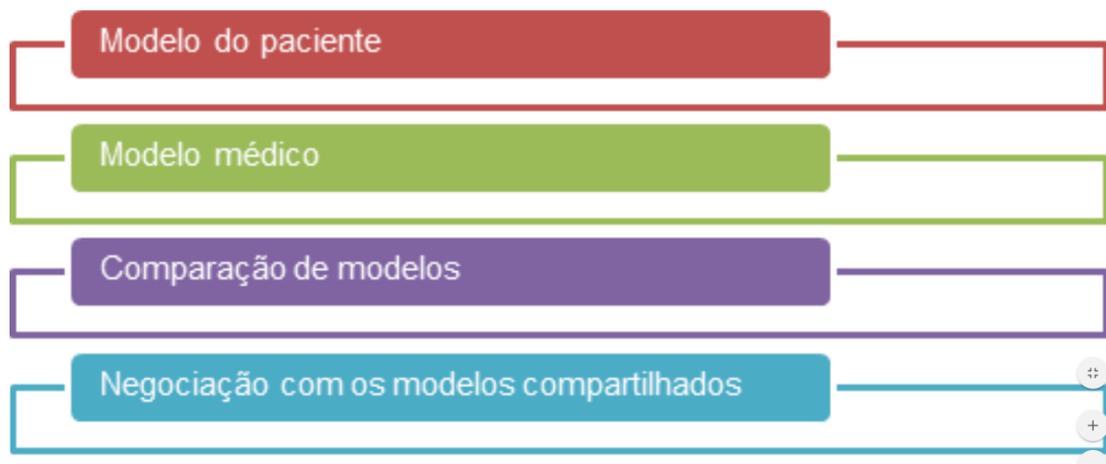
De fato, a CIF busca oferecer um instrumento cuja aplicabilidade seja universal, tendo como base o conceito de universalidade de ZOLA (1989, p. 401), que afirma que: “uma abordagem da incapacidade referida exclusivamente às necessidades especiais é, inevitavelmente, uma abordagem de baixo alcance. O que nós precisamos são políticas mais universais”

- A estratégia clínica para aplicação do modelo explicativo

Kleinman (1978) defende o uso do “modelo explicativo” (explanatory model) para estudar os traços cognitivos e os problemas de comunicação associados às atividades de saúde. Segundo o autor citado, este modelo é formado por noções elaboradas a partir de episódios de doenças/incapacidades e em referência aos tratamentos que foram utilizados, sendo enraizados em diferentes setores do sistema médico e veiculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas.

A grande contribuição desses instrumentos analíticos é que eles permitem abordar sistematicamente, e em seus aspectos plural e dinâmico, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde (KLEINMAN E GOOD,1985). Logo, esses instrumentos analíticos permitem, por parte de profissionais, doentes, família e outros, uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, além de verificar pontos de intercessão entre eles e a análise das divergências que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as intervenções de saúde, educativa ou de pesquisa (KLEINMAN et al, 1978).

Conhecer os modelos explicativos, que prevalece em um determinado grupo, favorece a comunicação com os indivíduos, possibilitando a realização de abordagens compreensíveis e de maior engajamento, que são condições imprescindíveis para o sucesso de qualquer programa de saúde (KLEINMAN, 2004). Abaixo segue resumo dos componentes do modelo explicativo:



- Terapia ocupacional e cultura

O início epistemológico da profissão do terapeuta ocupacional, segundo Morrison et al (2011), se deu ao final do século XIX e se baseou em fundamentos teóricos do tratamento moral, da filosofia pragmática e do movimento de artes e ofícios, consolidando-se em um modelo chamado de Pré-paradigma da Ocupação. Nos anos seguintes, os terapeutas ocupacionais utilizaram a ocupação como agente de promoção, tratamento e restauração, entretanto, à luz do neopositivismo lógico, profissão buscou sua legitimidade junto às ciências biomédicas, sob o Paradigma Mecanicista, baseado na dicotomia saúde-doença (MACEDO et al, 2016).

Macedo et al (2016) refere que no Brasil, a Terapia Ocupacional Social se estabeleceu enquanto campo de atuação, no cerne das transformações sociais ocorridas durante o processo de redemocratização nos fins da década de 70. Alguns terapeutas ocupacionais, aderiram aos movimentos sociais e atentos ao processo de reflexão acerca da realidade social e da sua prática profissional, notaram que suas ações tinham um compromisso político e social, buscando, pois, “[...] participar em projetos de ações sociais e em instituições até então distantes de seus interesses [...]” (BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002, p. 97).

Desde a década de 80, a cidadania foi se tornando alvo das ações dos terapeutas ocupacionais, que têm tido participação ativa em versos movimentos sociais como nos movimentos de luta pelo direito das pessoas com deficiência, das pessoas em sofrimento psíquico, de crianças e adolescentes (BARROS, 2004). Desde então, muitos profissionais vem sendo participantes ativos da luta pela universalização dos direitos de acesso aos serviços de saúde (GALHEIGO, 1997). Na Terapia Ocupacional Social (BARROS, 2004) é imperativo uma concepção de intervenção que mantenha a inter-relação entre pessoa-grupo-atividade-meio ambiente (sociedade/cultura/natureza).

Para o mesmo autor, nesse processo se valoriza o saber de todos, uma vez que são tecnologias historicamente e culturalmente definidas. Na ação, é preciso que o técnico saiba redimensionar o próprio saber, saiba transitar em relações de alteridades sociais e culturais. Para nós, a noção de atividades deve ser redefinida também, para constituir-se em instrumento para a emancipação alimentado pela dimensão sócio-política, cultural e afetiva de pessoas, de grupos e de comunidades (BARROS e CEZAR, 2006). Para os autores anteriormente citados, a atividade torna-se coerente e significativa para o indivíduo: ela é percebida, vivida e atuada por cada um de seus atores: a pessoa, o terapeuta ocupacional, o grupo mediato, a cultura e os valores buscados.

De acordo com Fernandes (2010, p. 38), no Brasil, a cultura aparece nos escritos constitucionais a princípio fazendo referência, a partir de 1934, à “[...] proteção das ciências, das artes e da cultura em geral [...]”. Já em 1988, “[...] a Constituição fala pela primeira vez em direitos culturais, no artigo 215, o qual estabelece os direitos culturais na categoria de direitos humanos fundamentais [...]”, e pauta que, ao Estado, caberia garantir o integral exercício desses direitos.

No que se refere à terapia ocupacional e sua relação aos contextos culturais, Dorneles (2014) refere que: A experiência da intersectorialidade vivida no processo de construção da terapia ocupacional no campo social na década de 90 potencializou a aproximação de uma prática profissional da área junto a ações culturais. Atualmente, é imprescindível para o terapeuta ocupacional desenvolver atividades culturalmente

significantes, uma vez que busca compreender como as atividades mais valorizadas são percebidas na comunidade e como estão articuladas aos símbolos-chaves que formam as identidades (DORNELES, 2014). Exige-se, então, do terapeuta ocupacional a capacidade de constituir intervenções coerentes com as culturas locais específicas, fato que determina uma ruptura com ações moduladas por procedimentos técnicos pré-estabelecidos. O outro é noção (alteridade) relacional, construída no diálogo (BARROS; ALMEIDA; VECCHIA, 2007, p. 132).

CONCLUSÃO

As questões concernentes à saúde e à doença não podem e nem devem ser analisadas isoladamente dos demais domínios da vida social, pois são mediados e recheados pela cultura que dão significado aos indivíduos. Os sistemas de atenção à saúde são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais, políticas e econômicas que os produzem e replicam.

De fato, é emergente investimentos em uma ciência social que seja desenvolvida e acolhida também por terapeutas ocupacionais, uma vez que ela viabiliza uma conduta não etnocêntrica e o reconhecimento de uma realidade clínica que é construída culturalmente e pluralista.

REFERÊNCIAS

AMARAL, A. L. Conhecendo a deficiência em companhia de Hércules. São Paulo: Robe Editorial; 1995. COSTA, JLA. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, V. 11, 2003, 927-40pp.

BARROS, D. D. Terapia Ocupacional Social: o caminho se faz ao caminhar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 90-7, set./dez., 2004.

BARROS, MBA, Cezar CLG, Carandina L. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc Saúde Coletiva** 2006; 11:911-26.

BICKENBACH, JE, Chatterji S, Badley EM, Ustün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. **Soc Sci Med.**, 1999; V.48,1173-87pp.

D'AVANZO, B. La seconda classificazione internazionale di deficit, disabilità e handicap dell'OMS: confronto e integrazione di modelli di disabilità, Lettera, **Percorsi Bibliografici in Psichiatria**, v. 26-27/Abril, 2000.

DORNELES, P. Roda de conversa: terapia ocupacional e cultura: contextos e possibilidades. **Cadernos de Terapia Ocupacional São Carlos: UFSCar**, 2014.

GALHEIGO, S. M. Da adaptação psicossocial à construção do coletivo: a cidadania enquanto eixo. Rev. Ciên. Med. PUCCAMP, v. 6, n. 2/3, p. 105-108, 1997. KLEINMAN et al. Culture, Illness, and Care Clinical Lessons from Anthropologic and CrossCultural Research. **Ann Intern Med**. Fevereiro, Vol.88, n. 02, 1978,251-8pp.

KLEINMAN, A. & GOOD, B. (Eds.). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press, 1985. KLEINMAN, A. *Culture and Depression*. **N Engl J Med**, 2004, pp. 31. Disponível em: www.coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings06/em0601garcia1.pdf. Acessado em 28 de abril de 2017.

MACEDO, M. D. C.; NEVES, A. R. de L.; MONZELI, G. A.; MOTA, V. V. Olhares em formação: refletindo a prática da terapia ocupacional em um contexto cultural a partir de experiências com povos indígenas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 77-89, 2016 <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0665>

OLIVER, M.; BARNES, C. *Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion*. London. Longman. 1998.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP; 2003,

LUZ, MT. **Natural, racional, social**. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.

ROCHA, E. F. *Reabilitação de Pessoas com Deficiência: A intervenção em Discussão*. São Paulo: Roca, 2006. SANTOS, W R.. *Pessoas com Deficiência: nossa maior minoria*. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V.18, nº 03, 501-519pp., 2008.

WILLIAMS, SJ. Is anybody there? Critical realism, chronic illness and the disability debate. **Sociol Health Illn.**, V.21:797-819pp, 1999