

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM SAÚDE: SOMA DE PROPRIEDADES INDIVIDUAIS OU PROPRIEDADES EMERGENTES?

*Márcia Grisotti**

Resumo: O artigo resgata algumas contribuições da Sociologia sobre os fatores sociais das representações em saúde bem como algumas contribuições da filosofia e história da ciência, especialmente a teoria das propriedades emergentes em Bergandi (1981), que tem a ver não com a antiga polêmica entre as representações do mundo natural e do mundo social, mas entre os níveis de complexidade entre eles. No centro do debate está a questão: as representações sociais são vistas enquanto soma de percepções individuais ou enquanto propriedades emergentes? Uma das grandes contribuições dos estudos sobre representações foi insistir que o pensamento é uma atividade socialmente compartilhada, isto é, que as representações sociais são sustentadas dentro de um discurso mais amplo que forma não apenas o pensar individual, mas também influencia como as pessoas imaginam o que devem pensar, dizer e fazer. Nesse sentido, utilizar narrativas dos sujeitos apenas como relatos, como se elas representassem o que os sujeitos realmente pensam e como se comportam, não nos permite identificar as lacunas entre percepções e comportamentos. Por esse motivo, analisar 'como está sendo dito' é tão importante quanto compreender 'o que é dito'.

Palavras-chave: representações sociais em saúde; propriedades individuais e emergentes; percepção e comportamento

O tema das representações sociais em saúde não é novo. Sob esta denominação várias pesquisas foram realizadas, objetivando compreender o que as pessoas pensam sobre o processo saúde-doença, quais as estratégias utilizadas nas diferentes condutas terapêuticas (populares, científicas, alternativas etc.), como se dá a relação médico-paciente, entre outras questões.

Porém, em alguns trabalhos evidencia-se uma 'naturalização' das percepções e comportamentos dos indivíduos, como se a simples narrativa dos sujeitos entrevistados representasse o que eles realmente pensam e como se comportam. Nessas narrativas são descritas várias idéias sobre a saúde do indivíduo, de seus familiares e de outros, as quais muitas vezes são contraditórias com a análise de

* Professora do Departamento de Sociologia e Ciência Política – UFSC

seus comportamentos. Essa constatação nos permite questionar até que ponto o discurso ou narrativa do indivíduo caracteriza uma representação social.

Por meio de uma análise minuciosa de muitas narrativas de doenças observa-se uma tendência dos indivíduos para legitimar sua posição a partir do que dizem. Nesse sentido, como sugerem Radley e Billing (1996), as representações sociais em saúde tendem a ser ideológicas, pois são sustentadas dentro de um discurso social mais amplo que forma não apenas o pensar individual, mas também influencia como as pessoas imaginam o que devem pensar e dizer. Falar sobre saúde-doença envolve várias estratégias e artifícios para legitimar a posição do orador. Por exemplo, quando uma pessoa é percebida como 'fraca' ou 'doente', ela tem dificuldade em ter sua visão sobre outras áreas da vida aceita por outros. Há, portanto, um limite na análise do processo saúde-doença, mediante as narrativas verbais, coletadas como discurso: as narrativas são mais do que relatos e compreender 'como está sendo dito' é tão importante quanto compreender 'o que é dito'.

Para Herzlich (1991), os limites da noção de representação social residem na generalidade do nível de análise que a noção constitui:

Elá parte de um material verbal constituído, seja através de respostas a um questionário, seja através do discurso emitido em entrevistas individuais. Isso coloca, de início, o problema da mediação da representação pela linguagem (p. 31-32).

Além das questões metodológicas como, por exemplo, o tipo de entrevista, de observação e de relação entrevistador/entrevistado, é necessário indagar qual é o conceito de representação social em saúde utilizado nessas pesquisas: ela é vista enquanto soma de percepções individuais ou enquanto propriedades emergentes?

As narrativas sobre saúde-doença são mais do que descrições físicas ou de atitudes internas de alguma pessoa e mais do que as visões sobre o que as pessoas na sociedade devem fazer para evitar doenças. Elas também articulam a situação da pessoa no mundo e o modo como os indivíduos se vêem uns aos outros.

A doença, conforme já foi descrita por Parsons e também por Canguilhem, não é só uma condição física: envolve papéis, normas e relações sociais. Herzlich (1991), Herzlich e Adam (1994) e Moscovici (1994) tentam dissolver a fronteira entre as percepções individuais e as sociais, descrevendo as representações sociais como um fenômeno de natureza dual: a doença envolve tanto imagem individual quanto normas sociais.

Como enfatizam Radley e Billing (1996), é uma das grandes realizações da abordagem da teoria das representações sociais insistir que o pensamento é uma atividade socialmente compartilhada.

Distanciando-nos da noção individualista, que considera a sociedade como uma coleção de indivíduos e o indivíduo racional como unidade de análise, podemos compreender o tema das representações sociais em saúde a partir de dois aspectos. Um deles vem do pensamento sociológico a respeito dos determinantes

sociais e, mais tarde, dos estudos sobre as possíveis inter-relações entre estrutura e sujeito, pensamento e ação. O segundo, menos evidente, vem da filosofia e da história da ciência, especialmente da teoria das propriedades emergentes em Bergandi (1981), e tem a ver não com a relação entre o mundo social e o mundo natural, mas entre os níveis de complexidade que ambos possuem.

1. ABORDAGENS SOCIOLOGICAS

1.1 DETERMINANTES SOCIAIS: DURKHEIM E PARSONS

O termo ‘representação social’ ou ‘representação coletiva’ foi desenvolvido por Durkheim (1984), autor que, na Sociologia, enfatizou o papel do pensamento social em relação ao pensamento individual e a força (impositiva) que o pensamento social exerce sobre os indivíduos. Os fatos sociais, para ele, são caracterizados como uma realidade exterior que se impõe aos indivíduos: “consistem em maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores aos indivíduos, dotados de um poder de coerção em virtude do qual se impõe” (DURKHEIM, 1984, p. 48).

Parsons (1966), dentro da perspectiva funcionalista, foi o autor que mais utilizou o caso da prática da medicina moderna como objeto de análise. Destacou a importância das determinações e normas sociais sobre o indivíduo e o controle social (por meio de sanções) caso não haja conformidade com as regras sociais. Para ele, as expectativas institucionalizadas com relação ao paciente são:

1) ‘la excepción de las responsabilidades normales del rol social, en relación, desde luego, con la naturaleza y la gravedad de la enfermedad’; 2) ‘la definición institucionalizada de que no se puede esperar de la persona enferma que se ponga bien por un simple acto de decisión o deseo’; 3) ‘la definición del estado de enfermo como indeseable en sí mismo con la obligación de querer sanar’; 4) ‘la obligación - en proporción a la gravedad del caso, desde luego - de buscar ayuda *técnicamente competente*; es decir, en la mayoría de los casos, la ayuda de un médico, y *cooperar* con él en el proceso de sanar’ (PARSONS, 1966, p. 439)¹.

E as expectativas institucionalizadas com relação ao médico são caracterizadas pela responsabilidade do médico “en hacer todo lo posible para la recuperación completa, pronta y sin dolor de sus pacientes” (PARSONS, 1966, p. 451).

¹ 1) ‘a restrição das responsabilidades normais do papel social, em relação, imediata, com a natureza e a gravidade da doença’; 2) ‘a definição institucionalizada de que não se pode esperar da pessoa doente que se recupere por um simples ato de decisão ou desejo’; 3) ‘a definição do estado de doente como indesejável em si mesmo com a obrigação de querer curar’; 4) ‘a obrigação – em conformidade com a gravidade do caso, imediatamente – de buscar ajuda *técnicamente competente*; quer dizer, na maioria dos casos, a ajuda de um médico e *cooperar* com ela no processo de curar’ (PARSONS, 1966, p. 439).

O papel do médico, para ele, é coletivamente orientado (universalista), funcionalmente específico e afetivamente neutro; e a prática médica é a aplicação do conhecimento científico por pessoas treinadas, tecnicamente competentes.

Parsons (1966) reconhece que, mesmo nos níveis fisiológicos e biológicos, existe incerteza e desconhecimento por parte dos médicos e que há elementos psicológicos no processo de enfermidade. Em relação ao primeiro aspecto – incerteza médica – Parsons argumenta sobre a determinação da especificidade funcional do médico: especializar-se para adquirir um status de competência técnica que o diferencie de outras funções sociais. Em relação ao segundo aspecto – presença de elementos psicológicos - ele sugere a neutralidade afetiva do médico na relação com o paciente.

Embora reconhecendo a existência de rituais de magia, estes, para ele, só aparecem em situações de incerteza (PARSONS, 1966, p. 451). Não é percebida a recorrência a outros recursos terapêuticos pelos doentes e menos ainda é considerado o significado dessas estratégias extra-médicas para o entendimento das representações em saúde-doença.

Ao definir a prática da medicina pela finalidade de curar e prevenir doença, Parsons se limitou a descrever como essa prática médica funciona desconhecendo as condições de sua produção e reprodução. Para Minayo (1995), Parsons reduziu a concepção de doença à noção de ‘desvio’, colocando-a no âmbito exclusivo do paciente e do médico, enfatizando seus respectivos papéis como atores sociais no conjunto da sociedade, desconhecendo-se, portanto, os conflitos existentes na sociedade, os interesses que perpassam a medicina como produção social e os fatores culturais do processo saúde-doença.

Ao enfatizar os determinantes sociais, independentemente das percepções individuais do doente, o indivíduo passa a ser visto como sujeito passivo e acrítico no processo saúde-doença e a prática médica como essencialmente técnica, conforme se pode perceber no argumento:

“El paciente necesita los servicios técnicos porque ni él ni sus inmediatos asociados o familiares “conocen” la cuestión ni lo que hay que hacer para su tratamiento, así como tampoco los bienes instrumentales necesarios” (PARSONS, 1966, p. 441)².

I.2 ABORDAGENS INTEGRADAS ENTRE ESTRUTURA E SUJEITO: HERZLICH E BOURDIEU

A crise dos modelos explicativos globais e a emergência, nos anos 70 de novas perspectivas teóricas na sociologia, baseadas no papel do sujeito, geraram

² “O paciente necessita os serviços técnicos porque nem ele nem seus vizinhos parceiros ou familiares “conhecem” a questão nem o que tem que fazer para o seu tratamento, assim como tampouco controla os meios instrumentais necessários” (PARSONS, 1966, p. 441).

problemas teóricos e metodológicos. O resultado disso, como argumenta Herzlich (1991), tem sido o emprego, de forma frouxa, da noção de representação:

(...) ela tornou-se um tipo de metanoção comum a todas as ciências sociais - encontrando-se aliás até em colunas de revistas - designando qualquer conteúdo ideativo e podendo aplicar-se incondicionalmente a qualquer objeto ou situação (p. 31).

Herzlich (1991) considera que a noção de representação social, tal como Moscovici (1994) procurou elaborar, constituiu uma tentativa de articular a influência recíproca entre a estrutura social e o sujeito, mas argumenta que Moscovici enfatizou um dos aspectos: “sua reflexão se apoiava mais no sujeito ativo, construtor do mundo a partir dos materiais que a sociedade lhe fornece, do que na própria estrutura social” (HERZLICH, 1991, p. 24).

Essa autora, inspirada pelos trabalhos antropológicos e pela idéia durkheimiana de que existe um ‘pensamento social’, tratou de mostrar que:

Qualquer que fosse a importância da medicina moderna, a doença é um fenômeno que a ultrapassa e que a representação não é apenas esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também interpretação e questão de sentido (HERZLICH, 1991, p. 26).

O foco central de seu trabalho era, por um lado, mostrar como a interpretação coletiva dos estados de saúde e doença colocava em questão a ordem social e, por outro lado, analisar as ‘categorias’, ‘oposições’, ‘argumentos cognitivos’ e ‘formas de racionalidade’ com as quais os sujeitos tentam traduzir e organizar, para o investigador, sua experiência. Os estudos iniciais de Herzlich (1991), sobre as representações sociais foram criticados, segundo ela própria, devido: 1º ao caráter muito geral, pouco mensurável, da representação e de sua articulação com o comportamento individual. A pergunta a ela colocada era: ‘pode-se estabelecer uma relação direta, preditiva, entre uma representação e um comportamento individual?’ 2º à tentativa de atribuir, às representações dos sujeitos sociais, uma realidade e papel autônomos.

Sobre a primeira crítica, Herzlich (1991) responde que “não pode haver ligação mecânica entre uma representação coletiva e uma conduta individual específica” e poderíamos acrescentar que não pode haver essa ligação nem mesmo entre uma representação individual e o comportamento individual, isto é, um indivíduo pode perceber, de certa maneira, alguns aspectos da realidade, porém isso não significa que seu comportamento, a partir dessa representação, seja equivalente.

Para Herzlich (1991), portanto, a predição de condutas individuais não é o objetivo dos estudos de representação. Segundo ela, o interesse no estudo de uma representação social deve situar-se no nível do esclarecimento de fenômenos mais coletivos:

Uma representação social, para mim, permite em princípio compreender porque alguns problemas sobressaem numa sociedade e esclarecer alguns

aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores. Compreendemos de que forma chegam e constituem o foco de condutas múltiplas e complexas – tal o papel de orientação das representações; mas a explicação das condutas propriamente ditas deve incluir outras variáveis, e não apenas as representações (HERZLICH, 1991, p. 28).

Sobre esse aspecto, Bourdieu (1990, 1996) considera limitada a idéia de que as representações sociais têm função orientadora das condutas, devido à lacuna entre pensamento e ação.

Foster e Anderson (1978) resolveram, pelo menos analiticamente, o problema dessa lacuna, por meio da divisão dos sistemas médicos em duas categorias: 1) sistema da teoria da doença, “disease theory system” e 2) sistema de atenção à saúde, ou serviço de saúde, “health care system”. A primeira refere-se à crença sobre a natureza da saúde, as causas e o porquê da doença, os remédios e outras curas técnicas, que denominamos de **percepção** da doença. A segunda refere-se ao modo pelo qual as sociedades ou indivíduos organizam os cuidados para assistir os doentes e utilizam o conhecimento da doença para cuidar do paciente. A esta categoria denominamos **comportamento**.

Essa distinção possibilita visualizar e compreender, com maior nitidez, em primeiro lugar a realidade simbólica na qual estão submersos os sistemas médicos e no interior da qual se produzem os diversos modelos explicativos sobre o processo saúde-doença; em segundo, os desafios inerentes à introdução de práticas médicas entre indivíduos ou comunidades que previamente têm conhecimento e se comportam no interior apenas de seu sistema tradicional; e, em terceiro lugar, as diferenças entre percepção e comportamento, as quais nem sempre são simultâneas e coerentes entre si, isto é, um indivíduo pode perceber, de uma certa maneira, alguns aspectos da realidade, porém, isso não significa que seu comportamento, a partir dessa percepção, seja equivalente. Isso implica uma complexificação da teoria das representações.

Sobre a segunda crítica – de atribuir às representações dos sujeitos uma realidade e papel autônomos – Herzlich (1991, p. 29) responde enfatizando o papel do pesquisador em reconhecer que a representação não constitui um simples reflexo do real, mas sua construção, que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele.

Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1993b), em *El Oficio de Sociólogo*, podem responder adequadamente a essa segunda crítica. Para eles, não seria possível explicar a ação ou o funcionamento de um sistema com base no sentido que a apreensão imediata dos sujeitos individuais lhe atribui, de forma espontânea:

El principio explicativo del funcionamiento de una organización está muy lejos de que lo suministre la descripción de las actitudes, opiniones y aspiraciones individuales; en rigor, es la captación de la lógica objetiva de la organización lo que proporciona el principio capaz de explicar, precisamen-

te, aquellas actitudes, opiniones y aspiraciones. Este objetivismo provisório que es la condición de la captación de la verdad objetivada de los sujetos, es también la condición de la comprensión total de la relación vívida que los sujetos mantienen con su verdad objetivada en un sistema de relaciones objetivas (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1993b, p. 34)³.

Devido à centralidade, nesse trabalho, dos conceitos de estrutura e sujeito, pensamento e ação, cabe resgatar o conceito de *habitus* (que diz respeito à gênese social dos esquemas de percepção, de pensamento e de ação) e de *campo* (que diz respeito às estruturas sociais), desenvolvidos por Bourdieu (1990, 1993a, 1996).

Em seus trabalhos, Bourdieu (1990), Bourdieu e Wacquant (1992) retomam a antiga polêmica entre as estruturas objetivas (especialmente as desenvolvidas pelas correntes do pensamento positivista e estruturalista) e as construções subjetivas (especialmente as desenvolvidas pela fenomenologia), procurando, sobretudo, segundo Ortiz (1994), reequacionar o problema da ‘interiorização da exterioridade e da exteriorização da interioridade’ para além das alternativas comuns do objetivismo e do subjetivismo, do estruturalismo e do construtivismo e até do materialismo e do idealismo. Ao contrário do estruturalismo, que considera os sistemas de representação somente como ‘estrutura estruturada’, Bourdieu os denomina também como ‘estrutura estruturante’, analisando as funções do discurso ideológico, assim como os aspectos relativos à reprodução desse discurso por meio dos agentes sociais. Para ele, o ator social não é o simples executor de algo que se encontra objetivamente programado e que lhe é exterior (ORTIZ, 1994, p. 11).

Os valores e normas sociais são interiorizados (não necessariamente de forma consciente) pelos atores, assegurando a adequação entre as ações do sujeito e a realidade objetiva da sociedade. “A possibilidade de ação se exercer se encontra, assim, objetivamente estruturada sem que disto decorra uma obediência às regras (DURKHEIM, 1984) ou uma previsão consciente das metas a serem atingidas” (ORTIZ, 1994, p. 15.) E as estratégias para a orientação da prática “não são nem conscientes ou calculadas, nem mecanicamente determinadas” (BOURDIEU, 1990, p. 36). Para Bourdieu, é necessário abandonar as teorias que tomam a prática como redutível ao funcionamento mecânico de esquemas pré-estabelecidos, normas, modelos, papéis.

O problema, para Bourdieu (1996), consiste em encontrar mediações entre o agente social e a sociedade, entre homem e história e, para ele, essa mediação é possível com o conceito de *habitus* – que ele define como estrutura estruturada e estruturante, que engaja, nas práticas e nas idéias, esquemas práticos de constru-

³ O princípio explicativo do funcionamento de uma organização está muito longe do que fornece a descrição das atitudes, opiniões e aspirações individuais; a rigor, é a captação (conquista) da lógica objetiva da organização o que proporciona o princípio capaz de explicar, precisamente, aquelas atitudes, opiniões e aspirações. Este objetivismo provisório que é a condição da captação da verdade objetivada dos sujeitos é também a condição da compreensão total da relação vívida que os sujeitos mantêm com sua verdade objetivada em um sistema de relações objetivas (BOURDIEU; CHAMBOREDON; PASSERON, 1993b, p. 34).

ção oriundos da incorporação de estruturas sociais originadas, elas próprias, do trabalho histórico de gerações sucessivas (BOURDIEU, 1996, p. 158) e como sistema de disposições adquiridas com as quais é objetivamente ajustado às condições particulares sob as quais está construído: é gerador de estratégias que podem ser objetivamente afins aos interesses de seus autores sem terem sido expressamente concebidas para esse fim (BOURDIEU, 1993a, p. 94). Isso permite que as práticas sem razão explícita e sem intenção significativa de um agente singular sejam, no entanto, 'sensatas', 'razoáveis' e objetivamente orquestradas (BOURDIEU, 1993a, p. 73).

A noção de *habitus* permite lembrar que, ao lado da norma expressa e explícita ou do cálculo racional, existem outros princípios geradores das práticas e mesmo o que há de mais codificado⁴ "tem como princípios não princípios explícitos, objetivados e, portanto, também eles codificados, mas esquemas práticos" (BOURDIEU, 1990, p. 96-97).

Os *habitus* são produtos das posições sociais nos mais diversos campos⁵ e, ao mesmo tempo, são princípios geradores de práticas distintas e distintivas. São também esquemas classificatórios, a partir de critérios de visão e gostos diferentes. Essas diferenças, associadas a posições distintas, funcionam, em cada sociedade, como as diferenças constitutivas de sistemas simbólicos (BOURDIEU, 1996).

Em síntese, o *habitus*, cujos limites são estabelecidos pelas condições histórica e socialmente firmadas, é uma 'estrutura estruturante', uma 'subjetividade socializada', que provoca as práticas individuais e coletivas e serve como base classificatória para elas.

O poder do *habitus*, para Bourdieu, deriva da natureza irrefletida da prática, antes do que de regras e princípios conscientemente apreendidos. Além disso o *habitus*, tal como foi caracterizado por Bourdieu, é, ele mesmo, formado no contexto das 'disposições' sociais dos sujeitos e, dessa maneira, acaba servindo para reproduzir as estruturas sociais existentes.

Nesse sentido, a abordagem de Bourdieu pode esclarecer, ao menos teoricamente, o problema da lacuna entre a estrutura e o sujeito no que diz respeito ao comportamento em relação à saúde, ou seja: como as circunstâncias sociais, nas quais os sujeitos vivem e trabalham, modelam suas representações e comportamentos? E por que e como os sujeitos adotam, mantêm e mudam suas representações e comportamentos em relação à sua saúde? E, mais especificamente, possibilita com-

⁴ Codificação significa a objetivação (oficializar, tornar público) do discurso, minimizando o 'fluido vago', produzindo classes claras e operando cortes nítidos e fronteiras bem definidas. Assegurar que se diz a mesma coisa quando se dizem as mesmas palavras. Transformar um esquema prático num código lingüístico. A linguagem diplomática ou as regras protocolares que regem as precedências e conveniências nas situações oficiais são alguns exemplos fornecidos por Bourdieu. Para mais detalhes ver *Coisas ditas* (BOURDIEU, 1990).

⁵ A noção de campos é definida em Bourdieu (1993a) como espaços estruturados de posições (ou de postos) cujas propriedades dependem das posições nesses espaços, podendo ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes. Em outras palavras, são espaços relativamente autônomos como, por exemplo, o campo artístico, o científico, filosófico etc.

preender: 1) as noções de saúde e doença e as estratégias utilizadas pelos ‘doentes’ nos seus itinerários terapêuticos, não como simples subjetividades, mas como ‘objetividades interiorizadas’, 2) os níveis de complexidade entre a dimensão objetiva da doença, entendida como uma construção científica, e a dimensão subjetiva dos ‘adoecidos’, entendida como uma construção subjetiva da doença.

A análise de Bourdieu (1996) sobre a lógica prática e a lógica da prática oferece um bom entendimento da natureza das representações e dos comportamentos relacionados à saúde, já que, como ele acentuou, a vida diária das pessoas é permeada por conhecimentos e práticas rotineiras, as quais, na maior parte das vezes, são realizadas de forma impensada ou não refletida. O comportamento relacionado à saúde é parte desta implícita lógica da vida diária rotineira, irrefletida.

A divisão entre lógica prática e os discursos sobre a prática pode ajudar a entender porque muitas vezes as pessoas tendem a reproduzir um discurso ‘oficial’ (dos médicos ou serviços de saúde) quando perguntados sobre saúde ou doença. Essa constatação gera, ao mesmo tempo, uma necessidade, no contexto da pesquisa empírica, de maior atenção na construção dos argumentos e narrativas ‘públicas’ e ‘privadas’ dos sujeitos, conforme já foi evidenciado nos estudos de Radley e Billing (1996), anteriormente.

Na pesquisa empírica, a recuperação, de forma integrada, das duas dimensões - aspectos estruturais e aspectos subjetivos – não parece ser tão fácil, como se pode observar analisando os trabalhos de Boltanski (1984) “*As classes sociais e o corpo*” e “*Os usos sociais do corpo*”, este último realizado no Centre de Sociologie Européenne, sob coordenação de Bourdieu.

Embora Boltanski (1984) negue em todo o seu discurso a adoção de uma posição estritamente objetivista, ele defende que o princípio explicativo do pensamento de senso comum sobre a doença reside no efeito da legitimidade produzida pelo discurso médico e na distância social que separa o médico e o doente.

Na pesquisa realizada com famílias de ‘classes baixas’, na França, Boltanski (1984) demonstrou que a atitude de recusa, dos médicos, em fornecer ao doente um mínimo de informações sobre seu corpo e doenças e, com isso, de proporcionar “uma relação científica e reflexiva com a doença”, tem conseqüências inversas, pois leva o doente à obrigação de construir, com seus próprios meios, o discurso sobre a doença mediante materiais fragmentados, palavras e frases mal entendidas, arrancadas do discurso do médico:

Incapazes de emitir um discurso que reproduza o do médico ou mesmo de repetir textualmente o discurso deste, os membros das classes populares constroem, com o discurso do médico, um outro no qual exprimem quase que apesar deles próprios e, como se verá, através do jogo das reinterpretações, suas representações da doença (BOLTANSKI, 1984, p. 70).

Ou seja, a distância social, a barreira lingüística e a legitimidade do conhecimento médico impedem os sujeitos pesquisados de produzirem representações coletivas próprias sobre as doenças. Para o autor em questão, a prática médica familiar,

por exemplo, não se baseia num conjunto de princípios explicativos, nem se apóia em representações do corpo, da doença ou da eficiência dos remédios; por esses motivos Boltanski (1984) caracteriza a medicina familiar como essencialmente 'imitativa', contentando-se as entrevistadas (mães) em reproduzir os gestos e palavras do médico:

Longe de praticarem uma medicina paralela, as mães administram aos filhos remédios que o médico prescreveu anteriormente para tratar doenças similares (BOLTANSKI, 1984, p. 21).

Os membros das classes populares, conscientes de sua ignorância, não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação frequentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou do apelo ao único especialista a falar da doença: o médico (p.29).

Esse argumento de Boltanski (1984) é insustentável, pois, mesmo reconhecendo como válida a argumentação deste quanto ao fato de que o saber dos doentes é, pelo menos em parte, dependente do saber médico, não podemos negar a existência ou mesmo uma certa autonomia das representações. Sobre esse aspecto, Herzlich (1991) considera que não se pode reduzir as representações à pura reprodução de um saber:

Parece-me, também, impossível reduzir o funcionamento das representações ao princípio objetivo da distância que separa leigos e médicos, detentores do saber dominante. De fato, a doença está hoje nas mãos da medicina, mas ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa (p. 30).

Sobre esse aspecto do conhecimento científico e leigo, Herzlich (1991) aponta que na história da medicina sempre existiu uma certa relação, não de dependência, entre o pensamento erudito e o pensamento de senso comum. A respeito desse fato, podemos lembrar Rosen (1994), em sua obra *'Uma História da Saúde Pública'*, na qual foi demonstrada a convivência, durante décadas, da teoria miasmática das doenças com a teoria microbiana e isso não só entre os médicos e o senso comum, mas mesmo no interior do círculo médico.

Boltanski (1984) não reconhece o verdadeiro papel da medicina familiar, que é o espaço de busca de explicação para o porquê da doença e da criação de estratégias de ação. O estudo sobre as especificidades da medicina familiar pode elucidar os motivos, por exemplo, de por que, apesar da legitimidade social da medicina 'oficial' e, no caso do Brasil, do direito universal à assistência médica a todo cidadão em qualquer serviço de saúde oferecido pelo Estado, uma parcela significativa da população vai encontrar, através de canais heterogêneos e até antagonistas de medicina e religião, formas alternativas de acesso ao tratamento (GRISOTTI, 1998).

2. NÍVEIS DE COMPLEXIDADE E PROPRIEDADES EMERGENTES

Como não existe um conceito unitário e universal de doença, como, pelo contrário, esse conceito varia de cultura para cultura, há problemas e limites na classificação das doenças. Na verdade, o que existe são pontos de vista sobre as doenças: médico (por exemplo, as descrições científicas do patologista, do epidemiologista, do clínico), econômico (seguros e planos de saúde, acidentes de trabalho etc), jurídico (aposentadoria por invalidez, acidentes de trabalho, fechamento de fronteiras em caso de epidemias), social (condições e estilos de vida) e cultural (como a população define o processo de adoecimento para si e para os outros e a vivência subjetiva da doença).

Percebe-se que, quando o médico, o paciente e os familiares do doente falam sobre a doença, nem sempre eles se referem à mesma realidade⁶. Isso porque essas diferentes definições estão situadas em diferentes níveis de complexidade e cada nível é caracterizado pela existência de propriedades emergentes, as quais não são completamente deduzíveis e explicáveis pela soma de características de todos os indivíduos de uma população. Bergandi (1981) faz uma distinção entre propriedades coletivas e emergentes. As propriedades coletivas podem ser deduzidas a partir da soma das características de todos os membros de uma população, enquanto novas e irredutíveis propriedades emergentes aparecem quanto mais complexo e maior for o nível de organização do sistema de relações⁷.

No nível individual, as condições patológicas são sentidas pelo doente e nem sempre estão de acordo com os diagnósticos realizados no nível das descrições científicas das patologias. Em pesquisas anteriores constatamos que existem diferentes dimensões da doença percebidas pelos adoecidos e que se traduzem, posteriormente, em diferentes formas de tratamento: “estar doente” - uma constatação e convivência com a doença por um período temporário, cujo mecanismo de tratamento percebe-se também temporário; “ser doente” - convivência e adaptação permanente com a doença, o que implica um reajuste de todas as estratégias de sobrevivência, incluindo uma alteração no estilo de vida (percepções, hábitos, comportamentos), gerando um leque de privações e sofrimentos tanto pessoais quanto dos indivíduos em torno; “poder ficar doente” - possibilidade ou não de contrair alguma doença, seja por acaso ou por tendências psico-orgânicas individuais, acarretando ou não a procura por medidas preventivas e “sentir-se doente” - um estado psicológico no qual, biologicamente, o indivíduo está sadio (do ponto de

⁶ Nesse sentido, vários estudos na área da antropologia médica foram produzidos, principalmente sobre as representações e os comportamentos frente às situações de doença. Um aspecto interessante desses trabalhos é o resgate das diferenças entre três conceitos: *disease* (doença, enquanto conceito construído no quadro de um sistema nosológico, da medicina científica), *illness* (experiência direta e subjetiva da doença) e *sickness* (reconhecimento pelos círculos familiares não-médicos da pessoa afetada).

⁷ Para uma análise detalhada desse conceito e de sua relação com o debate sobre holismo/reduccionismo, ver Bergandi (1981), Bunge (1996) e Looijen (2000).

vista da medicina oficial), porém ele próprio se sente interiormente debilitado ou ao contrário, certas pessoas não apresentam nenhum sintoma mórbido apesar da presença de germes patológicos em seus corpos (GRISOTTI, 1998).

É nesse nível que constatamos que muitas vezes algumas doenças são consideradas novas para alguns indivíduos, mas não para a ciência.

No nível populacional, as definições das doenças são consideradas construções abstratas. Mesmo reconhecendo que não existe (nem há meios possíveis de existir) uma definição universal, nem uma classificação 'natural' das doenças, adotou-se, a partir de convenções internacionais, uma classificação artificial e arbitrária para uniformizar os dados epidemiológicos em vista de sua exploração estatística⁸.

A ausência de percepção sobre esse caráter arbitrário das definições das doenças e dos diferentes níveis de complexidade em que elas estão imersas acarreta, muitas vezes, a errônea transposição de dados gerais para o estudo de casos individuais. Um exemplo pode ser demarcado com a utilização, pelos médicos, de dados epidemiológicos, válidos estatisticamente, isto é, válidos no nível populacional ou social, na prática clínica, aplicando-os de maneira reducionista a pacientes, portanto, no nível individual. Sachs (1996) discute a utilização dos dados epidemiológicos sobre os níveis de colesterol no contexto das doenças cardiovasculares em casos individuais. Os dados que demonstram correlação entre níveis elevados de colesterol no sangue e infarto do miocárdio só são válidos no nível populacional. No nível individual, clínico, a atenção recai sobre as especificidades biológicas, sociais e psicológicas do paciente.

Esse nível já foi trabalhado extensivamente anteriormente e é o espaço onde as abordagens socioantropológicas em saúde têm depositado sua maior contribuição.

A epidemiologia também foi sendo reformulada com o desenvolvimento dos estudos das doenças não-transmissíveis. As definições e modelos causais passam a ser probabilísticos, isto é, há uma transição da noção de causa para a de fator de risco e uma passagem das doenças de agente único para o domínio das doenças crônicas, de origem multifatorial. A partir daí, novas variáveis são incluídas. Por exemplo: tipo de alimentação e de habitação, grau de instrução, categoria profissional etc.

⁸ Segundo Grmek (1995, p. 16-7), em 1893 começa a classificação das doenças com a nomenclatura internacional das causas de morte, concebida por Jacques Bertillon; ela serviu de modelo para uniformizar as estatísticas de mortalidade na cidade de Paris e depois se expandiu no mundo inteiro. Mais tarde, em 1948, a Organização Mundial da Saúde produziu uma classificação estatística internacional de doenças, traumatismo e causas de morte. As publicações médicas dos dois últimos séculos contêm a descrição de 20.000 doenças, síndromes, formas de traumatismo. Porém, um grande hospital com todos os serviços especializados, não registra mais que 800 diagnósticos diferentes e um clínico geral, mesmo bem informado, utiliza no máximo 300 diagnósticos. Em 1993, foi publicada, em Genève, a décima revisão da classificação das doenças; o número de entidades nosológicas foi aumentado, mas as incoerências fundamentais persistem.

Porém Goldberg (1982) salienta que, com a inclusão das variáveis socioeconômicas e culturais, as dificuldades são ampliadas, pelo caráter complexo e não controlável do meio ambiente social. Por isso, segundo esse autor, há necessidade de esclarecer as variáveis no momento da formulação de hipóteses e coleta de dados. Para ele, não é satisfatório adotar um modelo linear, no qual todas as variáveis são colocadas num mesmo plano, ignorando suas correlações. Por exemplo: em que diferem duas famílias nas quais a categoria socioprofissional do 'chefe' seja a mesma, mas com nível de instrução diferente? Ou então, quando idade e sexo são incluídos entre as variáveis, escolherá estudá-las enquanto um fenômeno biológico ou fisiológico (pode-se definir um idoso a partir dos sessenta e cinco anos) ou enquanto fenômeno social (idade de aposentadoria)? Além disso, a vivência da doença é diferente de uma geração a outra e entre as várias culturas. Por isso, como adverte Goldberg (1982):

(...) *considérer les individus comme unités statistiques indépendantes méconnaît complètement l'existence des rapports sociaux dans lesquels sont produits les représentations, les comportements, les savoirs et les modes de vie...L'analyse de la structure sociale est indispensable*⁹ (p. 66).

Nesse sentido, Goldberg (1982) aponta os limites da análise estatística, que fazem um corte no tempo e apresentam uma imagem das situações de risco ou dos comportamentos sanitários de uma população sem apreender a sua historicidade.

No nível do ecossistema, situam-se os fenômenos ecológicos e epidemiológicos complexos. De acordo com Ávila-Pires (2002):

(...) *medical ecology concerns itself with the web of relationships linking all intervening environmental factors - physical, biotic, and social - that affects health, while epidemiology focus on human populations, and draws from a number of disciplines in search for the origins and patterns of distribution of diseases. Climate and soil are examples of physical factors; reservoirs, vectors, pathogenic organisms, plants and animals are part of the biotic environment; cultural traits and social structures constitute the framework of the social environment*¹⁰ (p. 10).

⁹ Considerar os indivíduos como unidades estatísticas independentes ignora completamente a existência das relações sociais nas quais são produzidas as representações, os comportamentos, os saberes e os modos de vida... A análise da estrutura social é indispensável.

¹⁰ Ecologia médica refere-se à rede de relações que vincula todos os fatores ambientais intervenientes – físico, biótico, e social – que afetam saúde, enquanto a epidemiologia foca em populações humanas e tira conclusões a partir de um número de disciplinas à procura das origens e padrões de distribuição das doenças. Clima e solo são exemplos de fatores físicos; reservatórios, vetores, organismos patogênicos, plantas e animais são parte do meio ambiente biótico; traços culturais e estruturas sociais constituem a estrutura do ambiente social (ÁVILA-PIRES, 2002, p. 10).

Nesse nível pode-se perceber os limites da produção do conhecimento científico diante da complexidade dos fatores acima citados e da falta de controle sobre os mesmos.

O que se pode deduzir da teoria das propriedades emergentes é que, quanto mais complexo o nível em questão, mais propriedades emergentes aparecem. Essa concepção não procura separar a sociedade da natureza, mas propõe diferenciá-las, para fins analíticos, com o objetivo de tornar compreensíveis as suas interrelações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA-PIRES, F. D. *A new concept of disease*. 2002. mimeo
- BERGANDI, D. Emergent proprieties and ecological research. *American naturalist*, p. 593-596, 1981.
- BOLTANSKY, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOURDIEU, P. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- . Algumas propriedades dos campos. In: *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1993a.
- . *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. São Paulo: Papirus, 1996.
- BOURDIEU, P.; WACQUANT, L. J. D. Objectivation du sujet objectivant. In: *Reponses*. Paris: Seuil, 1992.
- BOURDIEU, P.; CHAMBEOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. *El oficio de sociologo*. 15.ed. Madrid: Siglo Veintiuno, 1993b.
- BUNGE, M. *Finding Philosophy in social science*. London: Yale University press, 1996.
- DURKHEIM, E. Sociologia. In: RODRIGUES, J. A. (Org.). 2.ed. São Paulo: Ática, 1984.
- FOSTER, G. M.; ANDERSON, B. G. *Medical Anthropology*. Berkeley: John Wiley, 1978.
- GOLDBERG, M. Cet obscur objet de l'épidémiologie. *Sciences sociales et santé*, n. 1, p. 55-109, 1982.
- GRISOTTI, M. *Sistemas médicos oficial, familiar e paralelo: estudo de percepção e comportamento em relação ao processo saúde-doença*. 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- GRMEK, M. Déclin et émergence des maladies. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 9-32, 1995.
- HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Revista de Saúde Coletiva-PHYSIS*, v. 1, n. 1, 1991.
- HERZLICH, C; ADAM, P. *Sociologie de la maladie et de la santé*. Paris: Nathan, 1994.
- LOOIJEN, R. C. Holism and reductionism in biology and ecology. *Episteme*, Dordrecht, n. 23, 2000.
- MINAYO, M. C. de. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- MOSCOVICI, S. Prefácio. In: *Textos em representações sociais*. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: *Textos de Pierre Bourdieu*. 2.ed. São Paulo: Ática, 1994.

PARSONS, T. Estructura social y processo dinámico: el caso de la práctica médica moderna. El Sistema Social. *Revista de Occidente*, Madri, 1966.

RADLEY, A.; BILLING, M. Accounts of health and illness: dilemmas and representations. *Sociology of health and illness*, v. 18, n. 2, 1996.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. 2.ed. São Paulo: Hucitec/UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SACHS, L. Causality, responsibility and blame: core issues in the cultural construction and subtext of prevention. *Sociology of health and illness*, v. 18, n. 5, p. 632-652, 1996.

Abstract: *The article resurrects some contributions from sociology toward social factors of the representations in health as well as some contributions from philosophy and the history of science, especially the theory of emerging properties from Bergandi (1981), which is not to do with the old argument between the representations of the natural world and the social world but is about the levels of complexity between them. At the center of the debate is the question: social representations are seen as the sum of individual perceptions or as emerging attributes? One of the great contributions of studies concerning representations was the insistence that thought is a socially shared activity, that is, the social representations are sustained within a wider discussion that forms not only individual thought, but also influences how people imagine they should think, talk and do. In this sense, to use individuals' narratives as just accounts, as if they represent what people really think and how they behave, does not allow us to identify the gaps between perceptions and behaviour. For this reason, to analyses 'how it's being said' is as important as understanding 'what is said'.*

Keywords: *social representations in health; individual and emergent properties; perception and behaviour.*