

## Parte I

Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico

Paulo César B. Alves  
Iara Maria A. Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

RABELO, MCM., ALVES, PCB., and SOUZA, IMA. *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

# 4

## Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico<sup>1</sup>

Paulo César B. Alves & Iara Maria A. Souza

---

### INTRODUÇÃO

---

A literatura socioantropológica sobre itinerário terapêutico tem como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento. Essa problemática fundamenta-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. No caso das sociedades complexas modernas, esse fato assume maior proporção e significado. Nelas, os indivíduos geralmente se deparam com mais possibilidades de escolha, uma vez que encontram à disposição uma ampla gama de serviços terapêuticos (pluralismo médico). Estes serviços desenvolvem diferentes métodos e premissas para explicar as aflições dos pacientes. São distintos serviços que padronizam, interpretam e procuram tratar a aflição dentro de modelos explicativos muitas vezes desconhecidos – ou só parcialmente conhecidos – pelos leigos.

A análise do itinerário terapêutico não se limita, contudo, a identificar a disponibilidade de serviços, os seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas fazem das agências de cura. Tais elementos são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. Nesses estudos, torna-se importante levar em consideração que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre. Assim, a análise sobre itinerário terapêutico envolve necessariamente a idéia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades socioculturais, para elaboração e implementação de projetos específicos e até contraditórios (Velho, 1994). Trata-se, portanto, de estudos que procuram identificar a dinâmica

contextual com base na qual se delineiam os projetos individuais e coletivos de tratamento. Pela própria natureza, requerem uma abordagem que permita estabelecerem-se relações entre a dimensão sociocultural e a conduta singularizada de indivíduos.

Neste aspecto, tais estudos deparam-se com algumas questões cruciais para a teoria social contemporânea. Uma dessas questões diz respeito à própria lógica interpretativa mediante a qual se visa a analisar os universos sociais e simbólicos, dentro dos quais as pessoas buscam e avaliam determinados tratamentos para as suas aflições. O objetivo do presente trabalho é duplo: por um lado, partindo de uma preocupação epistemológica, busca identificar e discutir alguns dos princípios que regulam o ato interpretativo nos estudos tradicionais sobre o itinerário terapêutico. Por outro, pretende considerar, de um ponto de vista teórico, o próprio conceito de itinerário terapêutico, avaliando diferentes abordagens ao tema e propondo novos caminhos para investigação. Apesar de se citarem vários trabalhos produzidos sobre os processos de escolha de tratamento, não se propõe, aqui, desenvolver uma revisão exaustiva, mas apenas indicar alguns aspectos críticos no estudo dos itinerários.

## AS INTERPRETAÇÕES DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

---

Os primeiros trabalhos sobre itinerário terapêutico foram elaborados no âmbito de uma concepção tradicionalmente conhecida como comportamento do enfermo (*illness behaviour*), termo criado por Mechanic & Volkart (1960). Entre as pesquisas realizadas segundo essa ótica, as de Mechanic foram as que melhor caracterizaram a concepção de *illness behaviour*. Inicialmente, as pesquisas tinham uma forte coloração pragmática: os indivíduos orientam racionalmente a conduta para a satisfação das suas necessidades. Em outras palavras, tomava-se como princípio o fato de que os indivíduos defrontam-se no mercado como produtores e consumidores e cada um procura obter as maiores vantagens possíveis em suas transações. Tratava-se, portanto, de uma teoria baseada em uma concepção voluntarista, racionalista e individualista, com base no pressuposto de que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício.

As premissas do modelo utilitarista e racionalista foram, desde cedo, objeto de crítica por parte de vários teóricos. Parsons (1964; 1979), por exemplo, já havia observado a excessiva simplificação desse modelo. Para ele, a ação humana é inseparável de atos de interpretação; logo, para entendê-la, é necessário reconhecer a importância dos valores e normas que orientam a conduta dos indivíduos. No entanto, por muito tempo ainda, o modelo utilitarista e racionalista permaneceu, sob novas roupagens teóricas, como referência central nos estudos sobre itinerário terapêutico. Um exemplo significativo é o modelo teórico de decisão (*decision theoretic model*) desenvolvido por Fabrega (1974).

Uma segunda grande vertente dos estudos sobre *illness behaviour*, talvez a mais importante, procurou investigar a determinação de valores culturais supostamente oriundos das minorias étnicas, a diferentes grupos socioeconômicos, estruturas familiares, gênero e idade, nas respostas aos problemas de saúde. A ênfase da análise, neste caso, costumava recair sobre a identificação dos fatores culturais e/ou elementos cognitivos que determinam a pouca ou alta utilização dos serviços de saúde, especialmente profissional, e os aspectos cognitivos dos pacientes referentes ao processo de tratamento. Um dos mais importantes trabalhos nessa área foi o de Zborowski (1952), que analisou comparativamente como americanos de origem judaica, italiana e irlandesa reagem à dor em um hospital de Nova York. Significativa também foi a investigação de Koos (1954) sobre as decisões de tratamento em uma pequena cidade americana. Tentando, em parte, aliar a interpretação coletivista ao modelo utilitarista-racionalista, o autor observou que o processo de escolha de tratamento estava fortemente relacionado às necessidades e condições financeiras da família.

Os estudos tradicionais sobre *illness behaviour* adquiriram importância ao chamar a atenção para os fatores extrabiológicos da doença. Quase todos, porém, apresentam sérios problemas de caráter teórico-metodológico. McKinlay (1972), por exemplo, observou que algumas dessas pesquisas utilizaram tanto informações de pessoas que estavam sob tratamento médico profissional, quanto dados retrospectivos de informantes que já haviam concluído a carreira de paciente, sem avaliar criticamente as diferenças epistemológicas entre ambos e sua implicação para a análise. Para Dingwall (1976), por sua vez, um dos problemas de tais estudos foi o fato de tratarem as ações dos indivíduos apenas do ponto de vista da demanda do sistema de serviços de saúde. Além do mais, boa parte das análises acerca de definições populares sobre doença e processos terapêuticos partiu de uma crença não questionada no modelo biomédico, como se fosse o único existente. Conseqüentemente, ao explicar as ações dos indivíduos atribuíram excessiva ênfase à racionalidade do modelo biomédico, com o qual se contrastavam os processos lógicos do conhecimento leigo.

As diversas considerações críticas a respeito dos estudos tradicionais sobre *illness behaviour* contribuíram, em grande parte, para importantes reformulações teórico-metodológicas relacionadas à questão do itinerário terapêutico. Os trabalhos etnográficos desenvolvidos a partir da década de 70 passaram a salientar o fato de que as sociedades, e mesmo grupos sociais dentro delas, não só elaboram diferentes concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças, como estabelecem convenções sobre a maneira como os indivíduos devem comportar-se quando estão doentes (Lewis, 1981). Essa mudança de perspectiva trouxe uma nova interpretação acerca das definições e significados que os indivíduos e grupos sociais, em diferentes contextos, atribuem às suas aflições. A análise sobre o itinerário

terapêutico dirigiu-se então para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. Assim Dingwall (1976), por exemplo, argumentou que o indivíduo procura tratamento em um serviço terapêutico quando atribui relevância a algum distúrbio biológico que afete a sua interpretação de normalidade. Blaxter & Paterson (1982) observaram que, em Aberdeen, mães de classe operária têm uma definição funcional sobre saúde e doença e só procuram ajuda médica para os filhos quando estes não podem mais desempenhar normalmente as tarefas cotidianas.

A análise interativa do itinerário terapêutico foi fortemente influenciada pelos estudos sobre redes sociais. Amostra significativa foi o trabalho realizado na África por Janzen (1978), responsável por lançar o conceito de *management group of therapy*, que consiste em um grupo de parentes e amigos mobilizados para definir a situação e buscar uma resolução quando a doença atinge um indivíduo. O que o grupo faz, de fato, é trocar informações, prover apoio moral e tomar as decisões e providências. Boa parte das pesquisas sobre redes sociais e saúde procurou correlacionar certos aspectos da estrutura das redes (a densidade, isto é, seu grau de interconexão) a um determinado padrão de busca de ajuda médica. A questão básica era o fato de que os indivíduos, dependendo da estruturas das redes sociais em que se inserem, têm maior ou menor probabilidade de procurar o médico ou o psiquiatra (Price, 1981). Horowitz (1977), em um estudo sobre procura de serviços em uma clínica psiquiátrica, mostrou que indivíduos envolvidos em redes de interação informais, marcadas por forte interconexão entre seus integrantes, recorrem menos a agências psiquiátricas profissionais, por sofrerem maior controle do grupo e terem mais acesso a suporte social. Além disso, pressupondo que uma das características das redes sociais é a capacidade de fornecer conexões com as instituições, Horowitz defende a idéia de que, quanto mais uma pessoa conecta-se a outras que não mantêm conexões entre si, mais tem canais para obter informações e, por conseguinte, mais facilmente procurará as agências psiquiátricas formais.

Na tentativa de ordenar as diferentes interpretações sobre doenças e processos de tratamento entre as várias alternativas disponíveis em uma dada sociedade, os antropólogos passaram a sugerir distintas classificações de sistemas terapêuticos. Entre elas, o modelo proposto por Kleinman (1978; 1980) tem sido atualmente o mais utilizado. Voltado prioritariamente para o estudo de práticas médicas e cura, Kleinman criou o conceito de sistema de cuidados com a saúde (*health care system*), em que aponta para uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados (Kleinman, 1978). Para este autor, a maioria dos sistemas de cuidados com a saúde contém três arenas (ou subsistemas) sociais dentro das quais

a enfermidade é vivenciada: profissional, *folk* e popular. A arena profissional é constituída pela medicina científica, 'ocidental' (cosmopolita), pelas profissões paramédicas reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais profissionalizados (chinês, ayurvédico, unãni etc.). O setor *folk* é composto pelos especialistas 'não oficiais' da cura, como curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros. O popular, por sua vez, compreende o campo leigo, não especializado da sociedade (automedicação, conselho de amigo, vizinho, assistência mútua etc.). É justamente nesta última arena que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento, cuidados com a doença são inicialmente resolvidas.

Para entender as práticas que se processam no interior de cada setor, bem como as relações entre as diferentes arenas, Kleinman desenvolveu o conceito de 'modelo explicativo'. É um conjunto articulado de explicações sobre doença e tratamento, que determina o que se pode considerar como evidência clínica relevante e como se organiza e interpreta esta evidência com base em racionalizações construídas por perspectivas terapêuticas distintas. Conforme Kleinman, os modelos explicativos populares se baseiam em um grupo de estruturas cognitivas que têm seu fundamento na cultura compartilhada por todos os integrantes de um certo grupo. Assim, embora reconheça em tese a importância de fatores sociais e interativos, em seus trabalhos, Kleinman acaba por enfatizar apenas os elementos culturais e, por este motivo, tende a dar uma visão unificada dos modelos explicativos, especialmente os populares.

Como regra, a análise dos sistemas terapêuticos, mais particularmente aqueles relacionados ao modelo explicativo, tende a compartimentalizar os subsetores do sistema. Como observa Harrel (1991), nesta perspectiva supõe-se que os indivíduos interpretem certos tipos de prática como 'mais adequadas' para lidar com certos tipos de doenças, de tal forma que se considera que os padrões de seleção entre alternativas terapêuticas sejam definidos por certas situações de enfermidade. É importante observar que, em um contexto de pluralismo médico, os diversos subsetores usualmente não estabelecem fronteiras definidas entre si, podendo coexistir com pouca capacidade de se excluírem mutuamente. Assim, as relações entre as interpretações subjetivas dos indivíduos e os modelos explicativos dos diferentes subsetores terapêuticos não necessariamente se enquadram de acordo com um modelo integrado e coerente (Comaroff, 1978). Last (1981) aponta para o fato de que as pessoas possam engajar-se em processos terapêuticos sem saber, ou querer saber, sobre a lógica interna do sistema escolhido.

## CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS SOBRE A LÓGICA EXPLICATIVA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

---

Neste breve levantamento bibliográfico sobre as principais interpretações do itinerário terapêutico, podemos observar que quase todos os estudos citados fundamentam-se em discursos essencialmente explicativos. É por meio de enunciados de caráter nomológico-dedutivo que se procura interpretar os complexos processos da escolha e avaliação de tratamento. Pode-se notar que tais estudos procuram desenvolver argumentos com base em premissas previamente estabelecidas (como ‘escolha racional’, ‘valores culturais’, ‘estruturas de redes sociais’ e mesmo ‘modelos explicativos’)<sup>2</sup> que objetivam explicar as ações de indivíduos ou grupos sociais. Assim, a interpretação das ações que as pessoas desenvolvem para lidar com as suas aflições é subsumida a uma lógica meramente explicativa, característica de um determinado modelo do conhecimento científico. Acreditamos que considerar a interpretação e a explicação como equivalentes e intercambiáveis acarreta sérios problemas epistemológicos.

A explicação é um ato ilocucionário que pressupõe um argumento demonstrativo fundamentado em relações estabelecidas entre conclusão e premissas (Achinstein, 1989). O foco prioritário e fundante da explicação reside na enunciação, como uma operação construtiva que parte da formulação de juízos ou discursos de verdade ou falsidade, implicando concepções de causa, leis, hipóteses, verificações e deduções (Brown, 1972). Deste modo, a explicação esclarece algo pela perspectiva racional, lógica, da conduta humana. A lógica explicativa baseia-se na busca de uma regularidade, de uma suposta ordem. É por intermédio de enunciados, tomados como universais, que o investigador estrutura o seu argumento lógico para entender a multiplicidade das ações sociais. Em decorrência, o processo explicativo pressupõe alguns juízos proposicionais que expressam generalidades empíricas ou idealidades sobre os eventos humanos. A explicação é um modelo de entendimento cujo campo paradigmático, é desnecessário dizer, foi proveniente das ciências naturais e matemáticas. Trata-se de um modelo em grande parte responsável pela emergência de uma certa imagem de cientificidade, a qual funciona como idéia reguladora e princípio definidor de critérios internos a todo o empreendimento de conhecimento que tenha a pretensão de se apresentar como ciência. Essa representação do conhecimento científico foi (e em alguns aspectos continua sendo) marcante nas ciências sociais. Para Radcliffe-Brown, por exemplo, a investigação antropológica deveria ser constituída “por métodos essencialmente semelhantes aos empregados nas ciências físicas e biológicas” (1973:233). Leach, engenheiro por formação, afirmava que a antropologia poderia aprender muito se comesse a pensar nas idéias organizacionais da sociedade como “constituintes de um padrão matemático” (1974:15).

Reduzir a interpretação a um ato explicativo, porém, conduz a problemas epistemológicos, pois a atitude explicativa, por sua própria estrutura cognitiva, busca atrás ou subjacentemente às experiências sociais uma ‘geometria do vivido’ ou uma ‘gramática das ações’. Restringindo-se à regularidade da conduta humana, o pesquisador tende a reduzir os atores sociais e suas ações a modelos tipológicos ou classificatórios pré-determinados. Essa tendência expressa-se claramente nas proposições de Lévi-Strauss sobre a “dissolução do homem”, de Lacan e Althusser sobre o sujeito como mero “feito”, no ataque de Derrida à “metafísica da presença”. A atitude explicativa não leva em devida conta o contexto intencional, circunstancial e dialógico em que os indivíduos desenvolvem suas ações.

A interpretação, nas ciências sociais, é uma tarefa que deve pôr em primeiro plano o universo de significações das experiências individuais. A interpretação é basicamente um ato compreensivo; e compreender é apreender e explicitar o sentido da atividade individual ou coletiva como realização de uma intenção. Isso não significa que a interpretação exclua a explicação. Esta, contudo, só ocorre se, em um certo sentido, a compreensão das ações e seus significados já se realizou. Ao se estudar os processos de escolha de tratamento, é preciso considerar que esses processos não são meramente fatos que podem ser apreendidos com base em conceitos genéricos, mas ações humanas significativas, dependentes das coordenadas estabelecidas pelo mundo intersubjetivo do senso comum (Alves, 1993).

Interpretar é, portanto, buscar significações, ou seja, compreender as formas expressivas que se referem diretamente às experiências e vivências de outras pessoas. Tais formas expressivas constituem representações, processos pelos quais os indivíduos exprimem algo a respeito da coisa representada. Assim, uma importante tarefa do antropólogo é tornar inteligíveis certas expressões (ações e enunciados) culturais partilhadas por um determinado grupo social.

O processo de tornar inteligíveis as representações humanas é, por si só, uma tarefa complexa. A história da antropologia é, em grande parte, uma história pontuada pela constante busca de métodos que permitam a análise dos processos de significação desenvolvidos pelos membros de uma dada sociedade. É importante observar, entretanto, que não se podem tomar as construções teóricas elaboradas pelos pesquisadores como aquelas que melhor expressam as experiências e vivências dos atores sociais. Afirmar o contrário é assumir uma máxima romântica e duvidosa, para a qual as generalizações interpretativas da antropologia, por terem acesso a universos sociais e simbólicos mais amplos, são tão ou mais inteligíveis e esclarecedoras do que as interpretações dos próprios atores. Toda interpretação científica é interpretação unilateral, pois fundamenta-se em regras genéricas e genéticas. No caso da antropologia, trata-se de um saber construído não apenas por uma rede de conceitos e definições previamente definidos, como também por contatos interativos desenvolvidos pelo pesquisador no trabalho de campo. Isso não diminui, obviamente, a validade e a importância do saber antropológico; apenas

chama a atenção para o fato de que toda interpretação do fenômeno cultural é essencialmente de caráter conjectural. Logo, não esgota todos os horizontes potenciais de sentido que podem se atualizar a partir das ações dos indivíduos. É fundamental, portanto, ter consciência de que a interpretação antropológica está mais próxima de uma lógica de incertezas e probabilidades do que de conclusões verdadeiras e dedutivas. É ilusória a ambição de se chegar a generalizações científicas que permitam descrever completamente um fenômeno cultural. Como nos diz Sperber, “embora faça menor apelo à imaginação e maior à experiência, o etnógrafo é pertinente (...) à maneira do romancista”, de modo que, se a leitura dos *Argonautas do Pacífico Ocidental*, de Malinowski, de *Naven*, de Bateson ou da *Religião dos Nuer*, de Evans-Pritchard, contribui para a nossa compreensão de nós próprios e do mundo em que vivemos, não é porque comportem generalizações interpretativas, é porque transmitem, confusamente inteligíveis, alguns fragmentos da experiência humana que, só por si, justificam a viagem (Sperber, 1992:57).

## O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

---

Considerando as observações expostas, podemos dizer que é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam ‘descer’ ao nível dos procedimentos usados pelos atores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos socioculturais. Esta seção procura discutir algumas premissas que julgamos importantes para a interpretação do itinerário terapêutico.

A primeira observação a ser feita é que a escolha e a avaliação do tratamento realizadas por um indivíduo ou grupo social não se atêm a um único conjunto de estruturas cognitivas, que se possa identificar como a fonte última de significados das afirmações proferidas pelo informante. Tampouco podemos afirmar que se pode considerar uma forma de conhecimento como o conhecimento autêntico sobre eventos médicos, pois nos enunciados dos informantes frequentemente misturam-se explicações diversas e tipos diferentes de conhecimentos (teóricos, de eventos e de experiências prévias), que são produzidos pela negociação de significados com outras pessoas. Todas essas formas de conhecimentos ligam-se entre si e vão-se modificando uma às outras continuamente (Young, 1981). Assim, torna-se necessário que toda análise sobre o itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, “circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes” (Velho, 1994:27).

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular. É claro que uma interpretação não pode captar e reproduzir todas as variáveis que atuam sobre as biografias específicas. Tampouco é tarefa da antropologia se ater ao mundo subjetivo dos atores sociais. Haverá sempre uma dimensão não penetrada da subjetividade que torna impossível sua reprodução pela análise externa do pesquisador. Contudo, não se pode esquecer que os sujeitos constroem suas ações em um mundo sociocultural, cuja estrutura deriva de um processo histórico e, portanto, diferente para cada cultura e sociedade. Trata-se de um mundo pré-construído e pré-organizado, no qual os indivíduos nascem e desenvolvem seus trajetos biográficos. Os sistemas de signos e símbolos, as instituições, os recursos materiais e as hierarquias são alguns dos elementos que configuram as situações nas quais os indivíduos se encontram e desenvolvem uma variedade de relacionamentos. Esses elementos são tomados como suposições básicas ('fazem sentido') para determinados grupos sociais e servem de referências para os processos comunicativos, as definições e projetos individuais ou coletivos. Porém, reconhecer a existência de estruturas sociais não significa dizer que elas sejam determinantes das ações humanas. Uma coisa é o significado objetivo de um dado fenômeno sociocultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação no seio dele.

Tais considerações teóricas são fundamentais para o estudo do itinerário terapêutico, permitindo-nos pôr em relevância dois aspectos essenciais e interligados: as definições de situação e a natureza das relações intersubjetivas no processo de tomada de decisão. Para que se possa entender como esses dois elementos constituem pontos focais na análise, torna-se necessário precisar, ou, antes, reformular o conceito de itinerário terapêutico.

A idéia de itinerário terapêutico remete a uma cadeia de eventos sucessivos que formam uma unidade. Trata-se de uma ação humana que se constitui pela junção de atos distintos que compõem uma unidade articulada. Aqui, novamente, temos dois aspectos a observar: primeiro, o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela. Estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem, o itinerário terapêutico é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais. Segundo, o itinerário terapêutico não é necessariamente produto de um plano esquematizado, pré-determinado. Só é possível falar de uma unidade articulada quando o ator, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-

las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente. Por conseguinte, se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse aspecto, o itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações.

É necessário entender o significado das ações que constituem o itinerário terapêutico. Em primeiro lugar, estas se fundamentam em diferentes processos de escolha e decisão. Falar de processo de escolha é referir-se a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance e são igualmente acessíveis ao indivíduo. Assim, torna-se necessário que o sujeito da escolha, para fazê-la, transforme seu ambiente social (que a todo momento lhe impõe diversas alternativas) em um campo denominado por Husserl de 'possibilidades problemáticas', dentro do qual a escolha e a decisão se tornam possíveis. O termo 'problemática' refere-se ao fato de que a escolha a ser feita pelo indivíduo – a opção por um determinado caminho e abandono, ao menos temporariamente, dos outros – é passível de ser questionada. É importante observar que, se as alternativas que o mundo social oferece estão fora de controle dos indivíduos e são todas igualmente possíveis, o projeto – o ato intencional de se estabelecer um curso futuro resultante das ações – está dentro de seu controle. Portanto, não se podem confundir, na análise dos processos de escolha e decisão, os 'campos de possibilidades', um fenômeno sociocultural, com 'possibilidades problemáticas', que não são alternativas pré-constituídas, mas decorrências de construções de indivíduos. Uma análise que se atenha apenas à descrição das alternativas e possibilidades oferecidas pela sociedade/cultura não poderá compreender como são construídos em contextos específicos os complexos processos de escolha e decisão de tratamento.

Ao se descrever o processo pelo qual os indivíduos transformam seu ambiente social em um campo de possibilidades problemáticas, deve-se levar em consideração pelo menos dois aspectos: a imagem do que poderá ser o curso futuro projetado da ação e a sua legitimação. Fundamentado em ações distintas, voltadas para objetos preconcebidos, o itinerário terapêutico não passa de uma coleção sintética de projeções individuais. Assim, cada ato de escolha está relacionado ao que o ator antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento. Mas como alguém pode saber qual será ou qual deve ser o resultado da sua decisão? Não tem sentido responder a esta questão afirmando que cada caminho ou opção disponível já apresenta, objetivamente, solução ou desenvolvimento futuro. Somente no curso da ação – e, portanto, após realizado o ato de escolha –, é que o indivíduo começa a interpretar a sua situação, suas ações e o estado de coisas resultante. No ato da escolha e na tomada de decisão, o que existe é uma imagem do que pode ser a sua opção: trata-se, no caso, de uma imagem de que determinado tratamento seja o mais adequado para a sua aflição.

A imagem, como observa a fenomenologia, é um modo de se intencionar a realidade exterior. É um nome para uma certa maneira que a consciência dispõe de visar o seu objeto, de referir-se ao mundo. Para Sartre, a “imagem é um certo tipo de consciência” (1967:122). Imaginar é explicitar o “sentido implícito do real”, sendo o imaginário indispensável para uma apreensão do real como totalidade. Como consciência, a imagem está sempre voltada para o mundo, só existe e só pode existir em relação às coisas, aos objetos. Imagem e mundo – entendido como totalidade daquilo que se apresenta à consciência – surgem ao mesmo tempo. Deste modo, no ato da escolha terapêutica, a apreensão do que seja o tratamento adequado se dá ‘em imagem’ – imagem que é, em grande parte, responsável pela elaboração de um projeto e conseqüente tomada de decisão.

A formação das imagens sobre os tratamentos não se constitui, entretanto, mero exercício individual da imaginação criadora. A consciência não estabelece seus objetos *ex nihilo*, pela autonomia da interioridade subjetiva, mas valendo-se de processos interpretativos construídos e legitimados por meio da interação social, na qual os significados são continuamente (re)formulados no interior de situações dialógicas específicas. É preciso não ignorar que os discursos, por serem eminentemente situacionais, encontram-se impregnados de interesses, hesitações, incongruências, estratégias e conflitos. Uma imagem acerca de um tratamento tem um caráter fluido, pois não é inteiramente formada pela adesão dos sujeitos a um certo modelo interpretativo, e sim construída dentro de redes de relações sociais. São justamente essas redes sociais, constituídas ou mobilizadas nos episódios de aflição, que servem de referência para os indivíduos e, portanto, sustentam e confirmam as elaborações de imagens relacionadas a determinados tipos de tratamento. Em outras palavras, uma imagem é subjetivamente dotada de sentido porque os outros membros do grupo social afirmam-na como real. Importa salientar, contudo, que as redes sociais não constituem entidades fixas e cristalizadas, como mostrou Boswell (1969): como fenômenos sociais, constroem-se intersubjetivamente no curso de eventos concretos, nos quais continuamente se negociam e confirmam os significados de tratamento e cura no cotidiano de cada membro do grupo.

## CONCLUSÃO

---

Conquanto pareça existir uma tendência de que a ocorrência de certos sinais e sintomas implique uma ação imediata de determinada busca de auxílio terapêutico, não se pode afirmar que exista um padrão único e definido no processo de tratamento. O itinerário terapêutico é um fenômeno por demais complexo para que possa ser subsumido a generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão

terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados (Rabelo, 1993). Vale observar que as decisões a respeito de tratamento se dão no interior de um complexo processo, em que importa tanto a adesão dos sujeitos a certas imagens, quanto as interações que ocorrem no interior das redes de relações dos indivíduos, que podem confirmar ou não essas imagens.

Desconhecer tal realidade pode ser problemático para qualquer análise sobre o itinerário terapêutico. As diversas teorias que abordam essa temática, presas a princípios de caráter nomológico-dedutivo, procuraram desenvolver, em diversos níveis, argumentos baseados em premissas previamente estabelecidas para explicar as ações individuais. Assim, na busca de uma generalidade, de uma suposta ordem, os estudiosos do itinerário terapêutico subsumiram os complexos processos que envolvem a escolha de um tratamento a um modelo de conhecimento científico que reduz as ações humanas a uma 'geometria do vivido'.

Investigando o itinerário terapêutico com esta perspectiva, a antropologia terá de mover-se dentro de uma lógica de incertezas e probabilidades, de tal forma que, ao querer generalizar além do indispensável as suas interpretações, o etnógrafo pode correr o risco de pouco contribuir para a compreensão do fenômeno humano.

## NOTAS

---

- 1 Uma primeira versão deste trabalho foi apresentada na Anpocs de 1994, no GT Corpo, Pessoa e Doença.
- 2 Embora a abordagem de Kleinman tenha uma clara influência da hermenêutica, a análise que desenvolve com base no conceito de 'modelo explicativo' termina por girar ao redor de uma lógica explicativa, tomando por suposto que os indivíduos orientam suas ações baseados na lógica inerente a esses modelos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- ACHINSTEIN, P. *La Naturaleza de la Explicación*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):263-271, 1993.
- BLAXTER, M. & PATERSON, E. *Mothers and Daughters: a three-generational study of health, attitudes and behaviour*. London: Heinemann Educational Books, 1982.
- BOSWELL, D.M. Personal crises and the mobilization of the social network. In: MITCHEL, J. (Ed.) *Social Networks in Urban Situations*. Manchester: Manchester University Press, 1969.

- BROWN, R. *La Explicación en las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Periferia S.R.L., 1972.
- BRUYNE, P.; HERMAN, J. & SCHOUTHEETE, M. *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- COMAROFF, J. Medicine and culture: some anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 12B:247-254, 1978.
- DINGWALL, R. *Aspects of Illness*. London: Martin Robertson, 1976.
- FABREGA, H. *Disease and Social Behavior: an interdisciplinary perspective*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 1974.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- HARREL, S. Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing: a case study. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:25-28, 1991.
- HOROWITZ, A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. *Social Forces*, 56:86-105, 1977.
- JANZEN, J. *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press, 1978.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, 12:85-93, 1978.
- KLEINMAN, A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KOOS, E. *The Health of Regionville: what the people thought and did about it*. New York: Columbia University Press, 1954.
- LAST, M. The importance of knowing about not knowing. *Social Science and Medicine*, 15B:115-152, 1981.
- LEACH, E.R. *Repensando a Antropologia*. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- LEWIS, G. Cultural influences on illness behaviour. In: EISENBERG, L. & KLEINMAN, A. (Eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel, 1981.
- MCINLAY, J.B. Some approaches and problems in the study of the use of services: an overview. *Journal of Health and Social Behaviour*, 13:115-152, 1972.
- MECHANIC, D. & VOLKART, E.H. Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26:86-94, 1960.
- PARSONS, T. Some theoretical considerations bearing on the field of medical sociology. In: PARSONS, T. *Social Structure and Personality*. New York: The Free Press, 1964.
- PARSONS, T. *The Social System*. London: Routledge & Kogan Paul, 1979.
- PRICE, F. Only connect? Issues in charting social networks. *Sociological Review*, 29(2), 1981.
- RABELO, M.C. Religião e cura: algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3):316-325, 1993.
- RADCLIFFE-BROWN, A.R. *Estrutura e Função na Sociedade Primitiva*. Petrópolis: Vozes, 1973.
- SARTRE, J.P. *A Imaginação*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1967.
- SCHUTZ, A. *Collected Papers I. The Problem of Social Reality*. Haia: Martinus Nijhoff, 1973.

- SCHUTZ, A. *Fenomenologia e relações sociais*. WAGNER, H. R. (Org.) Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SOUZA, I. M. *Redes sociais e suporte social: uma revisão de literatura*. Trabalho apresentado na XIX Reunião da ABA, Niterói, 1994. (Mimeo.)
- SPERBER, D. O Saber dos Antropólogos. Lisboa: Edições 70, 1992.
- VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: VELHO, G. *Individualismo e Cultura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- YOUNG, A. The creation of medical knowledge: some problems in interpretation. *Social Science and Medicine*, 15B:379-386, 1981.
- ZBOROWSKI, M. Cultural components in responses to pain. *Journal of Social Issues*, 8:16-30, 1952.