

REPRESENTAÇÃO DE DOENÇA ENTRE PÓS-GRADUANDOS ¹

DISEASE REPRESENTATION AMONG POST-GRADUATES

Maria Jésia Vieira ²

RESUMO: Este trabalho analisa as concepções de doença em diversos momentos históricos e, tomando como referencial teórico a antropologia da doença de *Laplantine* (1991), analisa, em um grupo de pós-graduandos, suas representações de doença enquanto experiência pessoal e enquanto experiência profissional, dentro de 4 pares etiológicos propostos pelo autor.

UNITERMOS: Doença - Conceito de doença - Representação de doença.

ABSTRACT: This study analyses the concepts of disease in a different historical moment and taking LAPLANTINE's anthropological background, analyses, in a postgraduate team, their disease representation as own experience and as professional experience, in four ethnological pairs proposed by the author.

KEYWORDS: Disease - Concept of disease - Disease representation.

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Analisando, através de diferentes contextos históricos, as concepções de doença e saúde, percebemos que algumas delas predominam em determinados momentos, modificam-se em outros e influenciam de forma marcante os modos de assistir, ensinar e produzir cientificamente.

As conquistas técnico-científicas têm representado o duplo papel de serem influenciadas e influenciarem as concepções prevalentes de doença.

Entretanto, não obstante a prevalência temporal, as diversas concepções continuam presentes e exercendo sua influência, seja no modo como o doente sente a sua doença, seja no modo como o profissional a encara e desenvolve sua prática.

¹ Trabalho inscrito no 48º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM concorrendo ao prêmio EDITH DE MAGALHÃES FRAENKEL

² Profa. Adjunta do Depto. de Enfermagem e Nutrição do CCBS da Universidade Federal de Sergipe. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Profa. credenciada junto ao Curso de Especialização da Escola de Enfermagem UFBA, Doutoranda do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da E.E.R.P. - USP, convênio UFBA.

Neste sentido, empreendemos este trabalho com o intuito de explorar as representações de doença num grupo de profissionais, tentando entender a doença enquanto experiência pessoal e social.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A doença, definida simplesmente como falta ou perturbação da saúde, não existe enquanto entidade desprovida de significados.

A literatura artística, em prosa ou verso, é rica de representações que variam segundo a perspectiva do escritor que por sua vez retrata um contexto de vivências e componentes diversos interrelacionados.

Laplantine (1991), num estudo etnográfico da sociedade francesa contemporânea, analisou os diferentes modos pelos quais os homens e as mulheres representavam a morbidez e a saúde, sejam a partir de sistemas biomédicos, sistemas psicológicos ou sistemas relacionais.

O mesmo autor estudou a doença enquanto “disease” (tal como é apreendida pelo conhecimento médico) e como “illness” (tal como experimentada pelo doente) e chamou ao primeiro termo “doença na terceira pessoa” e ao segundo, “doença na primeira pessoa”, estudo este feito através de romances, autobiografias e entrevistas.

A literatura técnica apresenta a doença enquanto fato objetivo ligado ao ser biológico, enquanto fato subjetivo ligado ao ser psicológico e enquanto relação ligada ao ser social.

Segundo *Lopez* (1965), “estas correntes se interceptam no pensamento do enfermeiro e do médico”.

Almeida Filho (1989) discorre sobre três concepções de doença que caracterizaram períodos na história da ciência, mas ainda presente entre grupos de profissionais. A primeira delas é a concepção dinâmica da doença que a explica através do equilíbrio ou desequilíbrio entre organismo e ambiente. A terceira é a concepção sociológica da doença onde esta é vista como um fato social.

Conforme *Berlinguer* (1988), desde as civilizações primitivas os homens se interrogam sobre o conceito de doença: ausência ou supressão, presença estranha e nociva, forças autodestrutivas, comportamentos insalubres.

Os conceitos mais antigos de doença caracterizam-na como mal, entidade em si, a que *Laplantine* (1991) chama de modelo ontológico de doença. Quer se chame de mal, ou posteriormente de doença, ela implica, conforme *Gonçalves* (s.d.), em “restrições da capacidade humana de viver a vida tal e qual

vinha sendo vivida, e assim avaliados como negativos, constituírem-se em necessidades de saúde”.

A Grécia antiga, uma democracia política embora constituída de donos de escravos, “ desenvolve de forma consciente e universal uma racionalidade capaz de romper com a estrutura mítico-religiosa, antropomórfica do saber quotidiano, e constituir as bases do conhecimento sistemático da natureza de caráter filosófico-científico”. A concepção hipocrática, neste contexto, explica a doença como reação orgânica natural ao desequilíbrio, com intenções de cura, já que a natureza é entendida como “estado de equilíbrio dinâmico da realidade, dentro da qual o homem se inclui” (*Gonçalves* - s.d.).

Alcmeão, no século VI, considerava a saúde como equilíbrio de forças (isonomia), e a doença como domínio de uma delas (monarquia).

Convivia, entretanto, na mesma época, uma medicina dirigida aos escravos e pequenos artesãos, que visava a recuperação dos corpos trabalhadores “ num sentido ortopédico”, reduzindo sua prática às lesões externas do corpo, o que seria mais tarde o cirurgião-barbeiro da Idade-Média.

A concepção de doença, no Cristianismo, era a de provação, expiação de pecados, forma de evitar um mal maior, permissão de Deus; e aqueles que cuidavam dos doentes deveriam obter a salvação da alma dos mesmos e das suas próprias, conforme *Laplantine* (1991).

A passividade e a expectância da Idade Média, em relação à saúde, com suas inúmeras consequências, sob influência da teoria miasmática, desaguaram num movimento de reorganização da situação instalada, criando novas necessidades, influenciadas por uma nova forma de racionalidade, e uma nova forma de produção econômica com a transição para o capitalismo.

Foucault (1979) refere como medicina moderna aquela “nascida em fins do século XVIII entre Morgani e Bichat com o aparecimento da anatomia patológica” modificando a compreensão de corpo e de doença.

Para *Gonçalves* (s.d.), o modelo tecnológico do trabalho em saúde, que despontou na Europa entre o século XVIII e XIX, substituiu a doença-entidade pela doença fenômeno coletivo, entendendo-a como natural, referindo-se à espécie humana, e como social, referido à estrutura da sociedade como causadora de doença.

“ Mudam os conhecimentos, os valores científicos, e evolui a cultura geral. Muda o poder, e o juízo de valores dos homens” (*Berlinguer* - 1988).

Laplantine (1991) refere que em toda cultura, em um determinado momento, privilegia-se um certo número de representações (da doença) em detrimento de outras que nem por isto estão ausentes.

Combinando termos que representam a doença e a cura, o autor estabeleceu quatro grupos de modelos etiológicos e quatro grupos de modelos terapêuticos organizados por pares contrastantes. Os modelos etiológicos são: ontológico-relacional, exógeno-endógeno, subtrativo-aditivo e benéfico-maléfico. Os modelos terapêuticos são: alopático-homeopático, exorcista-adorcista, aditivo-subtrativo e sedativo-estimulante.

Cada elaboração de uma representação, segundo o mesmo autor, resulta de uma escolha ao mesmo tempo cultural e individual, lógica e afetiva.

O presente trabalho pretende levantar, num grupo de pós-graduandos, a predominância da representação da doença dentro dos modelos etiológicos propostos pela autor acima citado.

Considerando, entretanto, que a doença é representada diferentemente do ponto de vista do profissional ou do doente, seja este último o próprio profissional, tentaremos conhecer se existem diferenças de representações neste mesmo grupo quando encarada a doença na primeira ou na terceira pessoa.

Objetivos

- Conhecer as representações da doença num grupo de pós-graduandos.
- Verificar se existem diferenças de representações no mesmo grupo, considerando a doença do ponto de vista profissional ou do ponto de vista pessoal.

REFERENCIAL TEÓRICO

Laplantine (1991) apresenta no seu estudo antropológico da doença quatro modelos etiológicos organizados por pares contrastantes.

O primeiro par, vai do modelo ontológico ao modelo relacional. O **modelo ontológico** centra-se na doença, de natureza mais frequentemente física, do qual participam a exploração da anatomia e da microbiologia. Deste modelo participam o **especificismo**, que localiza o mal no exterior do corpo, em uma entidade patogênica, e o **essencialismo**, que atribui às doenças propriedades essenciais, agrupando-as dentro de modelos ou grupos classificatórios.

O modelo ontológico torna a identificação etiológica objetiva, e suas representações são tranquilizadoras ao admitir que a doença tem uma causa exterior, é localizada, sendo seu órgão, e não ele, o doente; não há a sua participação na doença, e, portanto, não há culpa.

O modelo relacional vê a doença em termos de harmonia ou desarmonia, equilíbrio ou desequilíbrio, um desarranjo por excesso ou falta, relacionada ao espaço, à temporalidade. Uma primeira abordagem considera a doença como ruptura do equilíbrio entre o homem e ele mesmo (abordagem fisiológica).

A medicina humoral hipocrática, que admite a variação dos quatro humores (sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra), onde a saúde é chamada "crase" e a doença como estado "discrásico", e a "idiosincrasia" como predisposição individual ligada ao tipo, é uma das variantes desta abordagem.

A fisiopatologia, apreendendo o organismo de maneira dinâmica e funcional (fim do século XVIII e começo do XIX), buscando a doença como esforço de responder ao agente patogênico e centrando sua atenção menos nos órgãos que na desordem das funções, é outra vertente da abordagem fisiológica.

Uma segunda abordagem considera a doença como ruptura do equilíbrio entre o homem e o Cosmos, principalmente na obra de Paracelso, cuja retomada, em nossos dias, se evidencia principalmente sob a forma de cronobiologia ou de compressão dos ciclos.

Uma terceira abordagem do modelo relacional apresenta a doença como ruptura do equilíbrio entre o homem e seu meio social. Esta concepção vai além do corpo que sofre, mas também da pessoa do doente. Esta abordagem comporta formulações religiosas, mágicas ou sociológicas.

O segundo par vai do modelo exógeno ao modelo endógeno.

O modelo exógeno, à semelhança do modelo ontológico, situa a causa da doença fora do indivíduo. Ela pode ter origem na má vontade de um poder antropomorfo (feiticeiro, diabo, destino) como relação supra-humana, ou tem origem num agente nocivo que pode ser físico (influência dos planetas, clima, meteorologia, condições ecológicas, sociais) ou químicos (alimento).

Este modelo inclui algumas abordagens como a imputação à natureza, a exemplo da microbiologia. Outra abordagem seria a imputação etiológica a partir da cultura, ou sociogênese das doenças (modo de vida, poluição, problemas, ritmo de trabalho, alimentação inadequada, etc.), ou mais explicitamente ligadas à educação, políticas e cultura, nas teorias sociomédicas contemporâneas.

No modelo exógeno, tem-se a possibilidade de designar o inimigo pelo nome, e ainda de isolar verdadeiras causas de doença.

No modelo endógeno, contrapondo-se ao anterior, a doença se situa no indivíduo, e é parte integrante dele, ou melhor, ela se origina no interior do indivíduo. Esta concepção inclui as noções de temperamento, constituição, predisposições, signos zodiacais, natureza do organismo, hereditariedade (não como algo de que o indivíduo não é parte, mas uma hereditariedade assumida), meio interno, ou seja, movimento causal como centrÍpeto.

Deste modelo participam também as abordagens psicológicas, psicanalíticas e psicossomáticas da doença. Nelas, o indivíduo não só participa mas também produz a sua doença, (concepção psicogenética das doenças), bastante enfatizada na década de 20.

Ele admite duas variantes na gênese das doenças: a variante somática e a variante psicológica.

O terceiro par vai do modelo aditivo ao modelo subtrativo.

O **modelo aditivo** expressa a compreensão de que a doença é a presença de algo, seja material ou simbólico, acréscimo de dor, angústia, possessão, tumores, febres, sofrimento, etc., ou seja, a negação de que a doença possa vir de si mesmo, e envolver a personalidade do doente. Pode ser concebida como excesso de alimentação, energia, bebida, ou ainda como proliferação de células.

No **modelo subtrativo**, o doente sofre de alguma coisa a menos, que é preciso que lhe restituam. Frases como “perdeu a razão”, “perdeu a memória”, “falta de apetite, força, sono”, etc. são representações deste modelo, que requerem, por sua vez, a adição de algo como terapia. Na representação das populações árabes muçulmanas, “o doente que recebe, reagirá melhor que aquele de quem se suprime alguma coisa”.

O quarto e último par vai do modelo maléfico ao modelo benéfico. Este par se constitui, na verdade, num sistema de avaliação que impregna a prática do terapeuta e a experiência do doente.

O saber médico acidental persegue a doença como um mal absoluto, mas também passa a reconhecê-la como um desvio social, principalmente a partir da crise do saber médico científico dos anos 60.

O **modelo maléfico** adota posições diferenciadas tais como a doença-resignação, submissão ou resistência, abjeção, a doença ferida, ligada aos horrores de guerra, a doença humilhação, o parto como catástrofe sanguínea demonstrando a visão limitada da fisiologia feminina, enfim, todas elas impregnadas da concepção de doença como um mal.

No **modelo benéfico**, a doença é uma reação, que tem “se não um valor, pelo menos um sentido”, já que é tida como uma tentativa de restauração do equilíbrio perturbado, ou, em certos casos, um episódio que exalta e enriquece. Suas formas de representação incluem a doença-gratificação (forma de chamar a atenção, atrair cuidados); a doença-proeza onde o indivíduo procura vencê-la com o melhor de seu desempenho (Chopin compondo os prelúdios a partir de seus acessos de sufocação; Monet inaugurando o impressionismo a partir de sua visão deformada pela miopia, Beethoven continuando a compor apesar da surdez, etc.); a doença-cura, de inspiração hipocrática, onde o vômito, a diarreia, a febre são manifestações de defesa do organismo, concepção esta comum na

prática homeopática; a doença-volúpia, dita pelos psicanalistas como “o prazer do sistema”, ou a aliança do doente com a doença, ou ainda, em outra vertente, o prazer do profissional em curar ou cuidar; e a doença-salvação, na ótica religiosa, como uma graça, santidade, que exalta, libera, enriquece.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo realizado foi do tipo exploratório-descritivo, com utilização de um questionário fechado contendo alternativas de representação de doença agrupadas dentro dos quatro pares etiológicos apresentados no referencial teórico.

A amostra foi composta de 29 pós-graduandos que, durante a semana de 7 a 14/06/95, participavam de alguma atividade didática em uma escola do sudeste do país.

Foi-lhes apresentado um questionário contendo as alternativas agrupadas, e pedido que, imaginando uma situação de doença pela qual o mesmo tivesse passado, atribuissem uma ordem de prioridade à forma como sentiu a sua própria doença, considerando sempre o número 1 como prioridade maior.

Terminado o primeiro momento, foi-lhes pedido que retomassem sua posição de profissional de saúde e, considerando o doente, atribuissem uma ordem de prioridade num questionário de igual teor, considerando sua forma de encarar a doença.

O número de itens priorizados, em ambos os casos, ficava ao critério do respondente, não sendo necessário preencher todas as alternativas.

A cada prioridade atribuída foi dado um peso, tendo a prioridade 1 recebido o peso 14 e assim, sucessivamente, até a prioridade 14 que recebeu o peso 1.

A análise dos dados foi quanti-qualitativa; eles inicialmente foram organizados em uma tabela, onde a soma dos pontos obtidos pela atribuição de pesos foi confrontada entre o primeiro e o segundo momento, sendo o primeiro chamado de experiência pessoal e o segundo de experiência profissional, e a seguir, discutidos do ponto de vista qualitativo.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados demonstraram que os informantes representaram a doença prioritariamente como causa **exógena**, **aditiva**, caracterizada pela presença de algo estranho ao organismo, e como fato **relacional**, seguindo esta ordem de prioridade.

TABELA 1 - REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA ENTRE PÓS-GRADUANDOS, EM QUATRO PARES DE MODELOS ETIOLÓGICOS E VISTA COMO EXPERIÊNCIA PESSOAL E PROFISSIONAL.

Pares	Modelos	Experiência		
		Pessoal	Profissional	Total
I	Ontológico	566	507	1073
	Relacional	829	889	1718
II	Exógeno	1211	1355	2566
	Endógeno	615	495	1110
III	Aditivo	1095	1359	2454
	Subtrativo	888	777	1665
IV	Benéfico	775	736	1511
	Maléfico	814	792	1606

No primeiro par de modelos, ontológico e relacional, houve prevalência de representações da doença enquanto relação, sendo mais pontuada a doença como ruptura de equilíbrio entre o homem e seu meio social, e doença como desequilíbrio da sociedade (ver anexo). Observa-se um peso maior no que se refere à visão profissional, correspondendo ao que *Almeida Filho* (1989) chama a concepção dinâmica de doença, já referida por Galeno. O mesmo autor fala ainda em concepção sociológica da doença, surgida a partir da crise do saber médico-científico, encarando a doença como fato social.

Em nossa percepção, a representação é bem coerente com as atuais concepções de doença que conformam o discurso profissional, sobretudo no contexto da pós-graduação.

Observa-se ainda neste primeiro par, que embora com menor peso, a concepção ontológica, de per si, foi mais prevalente enquanto experiência pessoal que profissional, sendo pontuadas as representações de doença como alteração de humores, predisposição individual, alterações de vida (sem participação pessoal), reação do organismo; e ainda doença como o “não eu”, órgãos, corpo doente, mas não o indivíduo.

Vale ressaltar aqui o depoimento de um dos informantes, quando da devolução do questionário, afirmando que ficou irritado ao perceber que via sua experiência pessoal de doença como fato biológico, (ontológico), enquanto que sua concepção profissional de doença era um fato social (relacional).

Berlinguer (1988) diz que “a doença será diferente se for julgada pela própria pessoa, parentes, ou por quem deva avaliá-la.”

Diferentemente do encontrado por *Ferreira* (1994) e *Schulze* (1993), a doença foi pouco representada, entre os respondentes, como coisa (espinho, bicho, bola, laranja).

No segundo par, onde o modelo exógeno foi o mais prevalente, principalmente do ponto de vista profissional, encontramos como representações de maior peso as causas sócio-culturais (tipo de vida, trabalho, problemas, vida sedentária), alimentação inadequada ou escassa, violência e agressões (humanas e/ou ambientais).

O modelo endógeno obteve pontuação maior na primeira pessoa, caracterizando principalmente como reação a uma situação ou doença como símbolo de situações mais profundas.

Queiroz (1991) encontrou como causas atribuídas de doença, entre famílias de baixa renda, as de origem social como situações da vida, trabalho, causas econômicas, preocupações, alimentação insuficiente, falta de higiene, além de condições climática, entre outras, na sua maioria situadas no modelo exógeno. Vale citar que nesta população só se considerava doença eventos que incapacitassem para o trabalho (temporária ou permanentemente), sendo as outras situações caracterizadas pela população como indisposições ou mal-estar.

No que diz respeito à representação endógena, *Berlinguer* (1988) fala da doença como um sinal, considerando aí os fatos sociais, psicológicos e ambientais.

O terceiro par, modelo aditivo, foi o mais pontuado, em especial na terceira pessoa, sendo suas principais representações a doença como presença de corpos estranhos, micróbios, doença causada por presença de sentimento que perturba e doença como presença de dor ou tumoração.

No modelo subtrativo foi evidenciada, na primeira pessoa, a doença como incapacidade de defesa, reação.

Canguilhen (1990) fala da teoria microbiana (aditiva) das doenças contagiosas, bem como das doenças de carência (subtrativas); cita *Sigerist* (1932) quando diz que Normal e Patológico são variações quantitativas dos fenômenos fisiológicos, mas acrescenta que a mudança de intensidade é uma alteração, e portanto um conceito qualitativo.

No quarto par, diferentemente do que ocorreu nos três primeiros, o modelo prevalente, maléfico, foi mais pontuado na primeira pessoa, sendo, em suas representações mais evidentes, a doença como nociva, pernicioso, indesejável, privadora, e a doença como agressão.

No modelo benéfico foi mais evidente, também na primeira pessoa, a doença como oportunidade para curar ou cuidar.

Os dois modelos tiveram pontuações muito aproximadas, diferente também dos três primeiros pares.

Este par de modelos oferece nitidamente um critério valorativo, o que possibilita a escolha pessoal, independente do técnico que é mais presente no discurso técnico-ideológico.

Ao lado do sentimento da doença como um mal, há também, quase com a mesma intensidade, o desejo de superação e de aproveitamento da experiência para uma melhor compreensão do cliente.

Olivieri (1985) fala de sentimentos experimentados pelo doente, como desespero, agressão, medo, perda, insegurança, ser peso para os outros, entre outros, e diz ainda que “ para entender o ‘ser doente’ é necessário colocá-lo ‘ante nosotros’; é preciso chegar à ‘presentificação’, imaginar-se no lugar do doente, “ser com o doente”.

Lepargneur (1987) refere-se a este par benéfico-maléfico em quatro gradações: a doença como um mal; a doença podendo ser um mal, mas a fé cristã tornando-a uma benção redentora; a doença como um desafio à capacidade do ser humano de não se deixar arrasar; e, finalmente, a doença como libertação, descoberta, valorização do sujeito, identidade, paz e comunicação a partir da doença.

Olhando o conjunto dos modelos, as pontuações feitas pelo grupo de pós-graduandos estão muito próximas do discurso profissional priorizando o sistema relacional, exógeno e aditivo, tendo a doença uma multicausalidade e expressando inclusive as características dos tempos atuais de transição epidemiológica.

Verifica-se, entretanto, a presença de outros modos de ver a doença, principalmente a doença na primeira pessoa.

As diferenças entre a primeira e terceira pessoas não foram numericamente expressivas, embora tenha ficado claro que elas existem. Pode-se questionar o fato de que os respondentes não estão vivenciando a doença em si no momento da pesquisa, o que afeta subjetivamente a resposta, e ainda por serem de um grupo diferenciado no aspecto técnico-cultural, e estarem vivenciando uma situação especial de discussões técnico-científico-ideológicas.

Em relação ao quarto par, entretanto, a idéia que nos sugere é de se encarar a doença como um mal que é possível ser superado em benefício do cuidar.

CONCLUSÕES

Falar de doença, ao invés de saúde significa encarar de frente o fato de que ela faz parte do nosso dia-a-dia, e objetivá-la pode ser um caminho de entendê-la enquanto experiência pessoal em benefício do social.

Percorrer suas diversas conotações é um exercício de sentir que, embora cada uma delas tivesse seus determinantes em tempo e lugar, a influência destas concepções são presentes e têm sérias implicações na nossa maneira de assistir, ensinar e pesquisar.

Há muito o que investigar e fazer da melhoria do nosso desempenho profissional.

E cada passo pode ser um passo em direção à qualidade.

ANEXO

Prezada colega:

De acordo com a situação pedida, atribua números aos itens, por ordem de prioridade, considerando o número 1 como prioridade maior.

O número de itens priorizados fica a seu critério, e eles podem passar indistintamente pelos 4 grupos.

I - A doença em si ou como relação

- doença como o não-eu (órgãos que conspiram contra o doente, rejeição, o corpo doente)
- doença como um ser anônimo (ela, isso)
- doença como coisa
- doença como alteração de humores, predisposição individual, exagero do normal, alteração da vida, reação do organismo
- ligada a cronobiologia
- ruptura de equilíbrio entre o homem e seu meio social
- oportunidade para que se restaurem as relações
- provocada por forças mágicas
- desequilíbrio social

II - Causa endógena ou exógena

- atribuída a poderes sobre-humanos (destino, Deus, espíritos maus)
- influência mórbida do meio físico (planetas, astrologia, clima, geografia, meteorologia); (condições ecológicas e sociais); (micróbios, parasitas, meios pútridos)
- causas sociais (tipo de vida, problemas, sedentarismo)
- alimentação inadequada ou escassa
- vida moderna, urbana
- violências e agressões (humanas e ambientais)
- herança (o eu frágil)
- reação a uma situação (símbolo de situações mais profundas)
- doença como originária do próprio doente (órgão de choque, aceitação da doença)

III - Presença ou ausência de algo

- presença do mal
- presença de corpos estranhos, micróbios
- presença de espíritos maus
- ação de feiticeiros
- sentimento que perturba
- sofrimento que é carregado
- presença de dor, tumoração
- excesso de alimentação, bebida, energia
- proliferação de células
- carências (substâncias, energia, apetite, força)
- perda (de memória, razão, etc.)
- incapacidade (de defesa, de reação)
- fraqueza
- disfunção

IV - Doença como mal ou bem

- forma de atrair a atenção
- oportunidade de superar-se a si mesmo
- forma de esconder problemas
- oportunidade para curar ou cuidar
- salvação, santidade, expiação de culpas
- forma de evitar “ coisa pior”
- doença como nociva, perniciosa, indesejável, privadora
- doença como agressão
- doente como excluído
- doença como azar, absurdo
- pesadelo, ferida, humilhação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia sem números*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
2. BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: Cebes - Hucitec, 1988. 150p.
3. CANGUILHEN, G. *O Normal e o Patológico*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990. 307p.
4. FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C., MINAYO, M. C. de S. *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
5. FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p.79-112.
6. GONÇALVES, R. B. M. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina - USP, [s. d.] 94p. (mimeo)
7. LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. S. Paulo: Martins Fontes, 1991. 273 p.
8. LEPARGNEUR, H. *O doente, a doença e a morte*. Campinas: Papirus, 1987. p. 75-122.
9. LOPEZ, I. J. J. *Lecciones de psicologia médica*. 4. ed. Madrid: Paz Mantalvo, 1995. v.1.
10. OLIVIERI, D. P. *O "ser doente": dimensão humana na formação do profissional de Saúde*. S. Paulo: Moraes, 1985. 81p.
11. QUEIROZ, M. de S. *Representações sobre saúde e doença*. Campinas: Unicamp, 1991.
12. SCHULZE, C. M. N. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In: SPINK, M. J. *O conhecimento no cotidiano*. S. Paulo: Brasiliense, 1993. p. 266-79.