

Cecil G. Helman
Clínico Geral, Stanmore,
Middlesex, pesquisador
assistente honorário em
Antropologia, Universidade
de College, Londres

INTRODUÇÃO

Os termos “doença” e “enfermidade” são usados por antropólogos médicos para descrever as diferentes perspectivas da saúde debilitada por parte de médicos e seus pacientes. A distinção analítica entre os dois termos já foi empreendida por vários autores (Fox 1968; Fabrega 1973, 1975; Eisenberg 1977; Cassell 1978; Kleinman *et al.* 1978; Kleinman 1980); ainda sim, eles não são entidades separadas, mas conceitos ou modelos explicativos que, em certa medida, se sobrepõem. Como Eisenberg notou, tais modelos são formas de construir a realidade, de impor sentido sobre o caos do mundo fenomenológico. No caso da saúde debilitada, os modelos explicativos que os pacientes usam para explicar o que aconteceu e que determinam seu comportamento talvez tenham pouca relação com aqueles da profissão médica (Snow e Johnson 1977; Helman 1978, 1980; Kleinman *et al.* 1978; Snow *et al.* 1978; Blaxter e Paterson 1980); isto talvez guarde importantes implicações clínicas.

DOENÇA (DISEASE)

No paradigma científico da medicina moderna, doença se refere às anormalidades da estrutura e função dos órgãos e sistemas corporais (Eisenberg 1977). Doenças são as chamadas entidades patológicas que compõem o modelo médico de saúde debilitada, como diabetes e tuberculose, e que podem ser especificamente identificadas e descritas pela referência a certa evidência biológica, química ou outra. De certa forma, doenças são vistas como “coisas” abstratas ou entidades independentes que têm propriedades específicas e uma identidade recorrente em qualquer configuração em que possam aparecer. Isto é, assume-se que elas sejam universais em sua forma, progresso e conteúdo. A etiologia, sintomas e sinais, história natural, tratamento e

prognóstico são considerados como similares em qualquer indivíduo, cultura ou grupo em que ocorram (Fabrega 1973; Eisenberg 1977; Cassell 1978; Kleinman 1980). A universalidade da forma de uma doença está relacionada com as definições do modelo médico de saúde e normalidade. Em muitos casos, assume-se que a normalidade pode ser definida pela referência a certos parâmetros físicos e bioquímicos, como altura, peso, nível de hemoglobina, contagem sanguínea, nível de eletrólitos e hormônios, pressão sanguínea, ritmo cardíaco e assim por diante. Para cada medida, há uma faixa numérica dentro da qual o indivíduo é saudável e normal. Doença é frequentemente vista como um desvio destes valores normais e acompanhada por anormalidades na estrutura ou função dos órgãos ou sistemas corporais. Aspectos da personalidade, como a inteligência, também podem ser quantificados dentro de uma faixa numérica de normalidade, como os testes de QI. Por exemplo, o modelo de doença pressupõe que a diabetes em um paciente de Manchester é a mesma diabetes em um homem de uma tribo da Nova Guiné. Enquanto seus níveis de glicose no sangue podem ser idênticos, o significado de doença para os pacientes e as estratégias que eles adotam para lidar com ela podem ser muito diferentes nos dois casos. O modelo de doença não consegue lidar com tais fatores pessoais, culturais e sociais da saúde debilitada, que são melhor percebidos a partir da perspectiva da enfermidade.

ENFERMIDADE (*ILLNESS*)

Cassell (1978) usa “enfermidade” como “o que o paciente sente quando ele vai ao médico” e “doença” como “o que o paciente tem ao voltar para casa do consultório médico. Doença, então, é algo que um órgão tem; enfermidade é algo que um homem tem”. Enfermidade se refere à resposta subjetiva do paciente ao fato de não estar bem; como ele e aqueles ao seu redor percebem a origem e o significado desse evento; como isso afeta seu comportamento ou relacionamentos com outras pessoas; e os passos que ele toma para remediar essa situação (Eisenberg 1977; Kleinman *et al.* 1978, 1980). Enfermidade inclui não somente sua experiência de saúde debilitada, mas o significado que ele confere àquela experiência.

Enfermidade, portanto, é a perspectiva do paciente sobre sua saúde debilitada, a perspectiva que é muito diferente do modelo de doença. Ela depende de um número de fatores. Fox (1968) notou que: “as particularidades e nuances do significado emocional de uma enfermidade para um indivíduo e a natureza de sua resposta afetiva ao seu estado e sintomas são profundamente influenciados pelo seu *background* social e cultural, assim como pelos seus traços de personalidade”. Até mesmo respostas para sintomas físicos, como a dor, podem ser influenciadas pelos fatores sociais e culturais (Zborowski 1952); estes fatores podem, por sua vez, afetar a apresentação dos sintomas e do comportamento do paciente e sua família (Guttmacher e Elinson 1971; Chrisman 1977).

MODELOS POPULARES DE ENFERMIDADE

As teorias populares sobre as causas da saúde debilitada são parte de modelos conceituais muito mais amplos usados para explicar a infortúnio em geral (Fabrega 1973; Helman 1980). Enfermidade é apenas uma forma especializada

de infortúnio ou má sorte dentro desse modelo maior. Assim, ela compartilha das dimensões psicológicas, morais e sociais associadas com outras formas de adversidade, especialmente ao responder à pergunta: “Por que isso aconteceu comigo?”.

Diante de um episódio de saúde debilitada, pacientes tentam explicar o que aconteceu, por que aconteceu e decidir o que fazer a esse respeito. A forma da enfermidade e o comportamento do paciente – e daqueles ao seu redor – dependerão das respostas dadas às seis perguntas seguintes:

O que aconteceu?

Por que aconteceu?

Por que comigo?

Por que agora?

O que aconteceria se nada fosse feito a respeito?

O que eu deveria fazer sobre isso – ou quem eu deveria consultar em busca de ajuda?

Como as perguntas são respondidas e o comportamento que se segue constituem um “modelo popular de enfermidade”.

Não há somente um modelo popular, mas muitos deles. De certa forma, cada paciente tem seu próprio modelo leigo de sofrimento e o que fazer sobre a mesma, embora um modelo popular particular possa ser compartilhado por uma família, uma área ou um grande grupo de pessoas (Snow e Johnson 1977; Helman 1978). Chrisman (1977) e Dingwall (1977) apontam que tais modelos *folk* – mesmo que baseados em premissas cientificamente falsas – podem ter uma lógica e coerência internas e devem ser levados a sério pelo clínico por serem as formas com as quais o paciente tenta dar sentido e lidar com a sua saúde debilitada nos termos de sua própria visão da realidade. As respostas às seis perguntas determinam como essa má saúde é interpretada e como se lida com ela. Por exemplo:

1. *O que aconteceu?* “Eu peguei uma gripe”. Isso inclui nomear a condição ou lhe atribuir uma identidade dentro do quadro leigo de referências e aninhado em seu próprio vocabulário. Mesmo que termos emprestados do modelo médico (como “vírus”) sejam usados pelos pacientes, podem ser conceitualizados de uma forma diferente (Helman 1978).

2, 3 e 4. *Por que aconteceu? Por que comigo? Por que agora?* “Porque eu saí na chuva depois de um banho quente, quando eu estava me sentindo para baixo”. Isto incorpora teorias leigas de etiologia baseadas em crenças sobre a causação da enfermidade e a estrutura e funcionamento do corpo humano. Fisher (1968) e Snow e Johnson (1977) notaram que as crenças populares sobre o corpo podem ter pouca relação com aquelas da profissão médica. Chrisman (1977) observa quatro categorias comuns de etiologia dentro do modelo popular de enfermidade:

Invasão, como um “germe”, “câncer”, “alguma coisa que eu comi” ou a intrusão de um objeto;

Degenerescência, como “estar moído” ou acumulação de “toxinas”;

Mecânico, como “bloqueio” do trato gastrointestinal ou das artérias;

Balanço, como manter “uma dieta apropriada”, “vitaminas suficientes”, “sono suficiente”, assim como manter a harmonia na vida e nos relacionamentos do paciente.

Estas quatro categorias etiológicas tendem a se sobrepor. Há, usualmente, um *continuum* das crenças leigas, desde crenças mais tradicionais até aquelas mais científicas, derivadas do modelo médico.

5. *O que aconteceria se nada fosse feito a respeito?* “Poderá descer para meu peito”. Aqui, incluem-se crenças populares sobre o significado, prognóstico e provável história natural da condição.

6. *O que devo fazer sobre isso – ou quem devo consultar em busca de ajuda?* “Tomar uma aspirina” ou “Ligar para o médico”. Essa estratégia ou comportamento de saúde decorre logicamente do modelo anterior. Com base nestas premissas, os pacientes podem agir de várias maneiras:

a) *Automedicação*. Vários estudos mostram que a maior parte dos sintomas nunca são trazidos para qualquer instância médica, mas são tratados pelos pacientes, ou suas famílias, conforme seu próprio modelo popular de enfermidade. Levitt (1976) estimou que, na Inglaterra, cerca de 75% dos sintomas são tratados pelos próprios pacientes. Muito disso é feito pela automedicação. Pacientes que se sentem mal frequentemente recorrem a tônicos, “amargos” ou aspirinas compradas em farmácias (Claridge 1970); farmacêuticos são frequentemente consultados para uma ampla variedade de condições, de queixas sobre a pele até hemorróidas (Sharpe 1979). Jefferys e seus colegas (1960) e Dunnell e Cartwright (1972) descobriram que entre dois terços e três quartos dos pacientes entrevistados tinham tomado alguma automedicação, especialmente analgésicos, nas últimas semanas antes de suas entrevistas. O uso leigo de medicamentos autoprescritos – tanto remédios modernos quanto tradicionais – logicamente acompanha as crenças dos pacientes sobre a natureza destes preparados e as condições em que são úteis.

b) *Consulta com outros*. Exceto nas condições muito isoladas, a enfermidade é um evento social. Ela envolve pessoas além do paciente, já que ela “perturba sua participação naquelas coletividades das quais ele é membro” (Dingwall, 1977). Estas coletividades incluem família e redes de amizade, assim como o local de trabalho e outras organizações. O paciente que se rotula como doente é capaz de adotar o *sick role*²², assim remover-se temporariamente de muitas obrigações da vida diária. Se autorrotular, no entanto, frequentemente não é suficiente para permitir que o paciente adote o *sick role* e colha seus benefícios, especialmente quando parece que a maioria das pessoas está doente de alguma forma, a maior parte do tempo. No estudo de Dunnell e Cartwright (1972), 91% dos adultos, em uma entrevista aleatória, reportaram que eles haviam tido um ou mais sintomas anormais nas duas semanas que precederam a entrevista. A maior parte destes sintomas é tratada pelos pacientes – e por aqueles ao seu redor – em termos de suas crenças populares sobre a causação e tratamento das enfermidades.

Um paciente que se sente enfermo segue uma cadeia de conselhos e tratamentos – da automedicação até a consulta, primeiro, à sua família, depois aos seus amigos, aos vizinhos, ao farmacêutico local e assim por diante. O ponto em que estas pessoas reconhecem a saúde debilitada do paciente e lhe confirmam o *sick role* varia conforme os grupos sociais e culturais. A percepção da família sobre a enfermidade, por exemplo, pode ser diferente da do paciente (Dingwall 1977; Kleinman *et al.* 1978), especialmente no caso das desordens psicológicas (Laing 1967). Além disso, o que é considerado como uma enfermidade genuína (e, assim, demandando tratamento) em uma sociedade ou grupo cultural talvez não seja considerada como tal em outras sociedades e grupos (Fox 1968). Certos tipos de

enfermidade, por exemplo, uma infecção por um germe, tendem a mobilizar uma comunidade dedicada ao redor do paciente – que é considerado livre de culpa por sua condição – que outras, em que a culpa pela enfermidade é atribuída ao comportamento irresponsável do paciente como, por exemplo, o consumo excessivo de álcool ou “sair na chuva depois de um banho quente” (Helman 1978).

Somente quando o paciente e aqueles ao seu redor se sentem incapazes para lidar com a enfermidade é que a trazem para um clínico geral, para ser convertida em doença. Oferecer uma receita ou um atestado médico confirma essa mudança de paradigma e legitima o paciente no *sick role*.

c) *Depois da consulta*. Crenças populares sobre a enfermidade afetam as atitudes e o comportamento dos pacientes após a consulta, especialmente a adesão com as instruções de seu médico (Stimson 1974; Stimson e Webb 1975; Eaton 1980). Os pacientes tomam decisões – sobre se vão tomar a medicação prescrita e também como ela deve ser tomada – com base no conhecimento leigo derivado da família, amigos, livros, mídia, experiência pessoal e, em menor grau, do clínico geral em si (Stimson e Webb 1975; Eaton 1980). Somente se os tratamentos prescritos fazem sentido para o paciente é que serão tomados segundo a orientação. Perceber a não adesão a partir da perspectiva das crenças populares do paciente sobre a enfermidade pode oferecer *insights* úteis sobre o problema (Stimson 1974).

IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DAS CRENÇAS POPULARES: ALGUNS EXEMPLOS

1. Blaxter e Paterson (1980) estudaram as crenças e os comportamentos em saúde de duas gerações de mulheres de classe trabalhadora em Aberdeen (Inglaterra). Em muitos casos, as mulheres tinham baixas expectativas para sua própria saúde, assim como para as de suas famílias. A saúde era definida em um sentido funcional, social, isto é, a habilidade de continuar a vida diária, apesar da experiência de enfermidade. Elas, portanto, definiam-se como saudáveis, apesar da evidência médica em contrário, e isso obviamente afetava sua atitude em relação à necessidade de cuidado médico. Muitas das jovens mães ignoravam ou adiavam procurar ajuda para suas crianças com infecção crônica de ouvido e outras condições que não causavam um distúrbio de função; estas condições eram tidas como conectadas à saúde geral das crianças ao invés de sintomas de uma enfermidade aguda tratável. Por exemplo, “[...] mas isso não é o que você chamaria de enfermidade – é só uma coisa que aconteceu. Ela tem problemas nos ouvidos, mas isso está além da questão da saúde”.

2. Snow e seus colegas (1978) estudaram crenças leigas sobre menstruação e gravidez entre mulheres em uma clínica urbana estadunidense. Muitas destas crenças poderiam ter um efeito adverso sobre sua saúde e no resultado de suas gestações. Por exemplo, 16% acreditavam que o feto não seria afetado por uma doença venérea da mãe já que, durante a gravidez, “o útero fica fechado e germes não podem entrar”. Em outro estudo sobre crenças menstruais (Snow e Johnson 1977), muitas mulheres acreditavam que elas só poderiam engravidar antes, durante ou logo depois do período em que seus úteros “estivessem abertos”. Entendia-se que nenhuma

concepção era exigida nos outros momentos do mês, já que, então, o útero estaria “firmemente fechado” e o esperma não poderia entrar.

3. Kleinman e seus colegas (1978) contam o caso de uma mulher de 60 anos com edema pulmonar admitida no Hospital Geral de Massachusetts (Estados Unidos). Informada de que tinha água em seus pulmões, ela começou a agir de forma bizarra, vomitando e urinando com frequência em sua cama. Uma consulta psiquiátrica revelou que a mulher, filha e esposa de bombeiros hidráulicos, tinha uma concepção popular da anatomia do corpo humano na qual o peito era conectado por canos que levavam à boca e à uretra. Ela vinha tentando remover a maior quantidade possível de água dos pulmões pelo vômito e a frequente micção. Depois de explicações apropriadas sobre a estrutura e a função do corpo, seu comportamento pouco usual terminou imediatamente.

RELAÇÃO ENTRE DOENÇA E ENFERMIDADE

A maior parte das doenças, embora não todas, é acompanhada de enfermidades, isto é, por uma reação psicológica, social e cultural ao processo de doença. Como mencionado, essa reação pode variar entre indivíduos, grupos e unidades culturais. Membros de comunidades étnicas minoritárias, por exemplo, diante de episódios similares de doença podem variar marcadamente sobre os sintomas dos quais se queixam e em como estes últimos são comunicados para outras pessoas (Zborowski 1980; MacCormack 1980).

Como Kleinman (1980) ressalta, pode haver uma relação circular entre enfermidade e doença. Por exemplo, em uma neurose crônica de ansiedade, um episódio de ansiedade aguda pode se manifestar por uma taquicardia (o processo de doença). A percepção do paciente deste sintoma físico e de seu significado é parte de sua experiência de enfermidade – neste caso, uma sensação de excesso de ansiedade em relação ao sintoma. Isto pode, por sua vez, provocar mais taquicardia, mais ansiedade e assim por diante. Esta retroalimentação positiva, com um círculo vicioso e ascendente de doença e enfermidade, é frequentemente notada em outros casos de excesso de ansiedade, como asma, hiperventilação e outras queixas psicossomáticas.

A doença pode acontecer na ausência da enfermidade. Em condições agudas severas, como trauma massivo ou infecção esmagadora, pode não haver tempo para modelar a doença dentro da experiência de enfermidade (Kleinman 1980). Em alguns casos, como a hipertensão assintomática ou um carcinoma cervical inicial, pacientes podem ser informados de que têm uma doença, embora eles não a sintam. Como resultado, eles podem não ver a necessidade de tratamento médico. Pacientes que têm uma doença assintomática, mas não uma enfermidade, talvez possam, portanto, relutar em consultar seu clínico geral para um *check-up* regular, repetir prescrições, ecografia cervical e assim por diante. Isto pode ajudar a explicar o fenômeno da não adesão às instruções de um médico (Stimson 1974).

A enfermidade também pode acontecer na ausência de uma doença (Eisenberg 1977; Cassell 1978). Hipocondria é um exemplo, embora este grupo contemple uma ampla variedade de sensações subjetivas de mal-

estar que são, geralmente, de origem psicológica e para o qual nenhuma causa física pode ser encontrada. Um clínico geral que enfatiza somente o tratamento da doença, sem considerar a dimensão da enfermidade, pode parecer indiferente para um paciente no qual nenhuma doença física é encontrada. Isto pode causar descontentamento por parte do paciente e pode levar à não adesão, à automedicação ou à consulta de profissionais não qualificados, mas que estão mais dispostos para lidar com a enfermidade. A maior parte dos clínicos gerais, no entanto, tratará tanto da enfermidade quanto da doença.

É bom lembrar também que alguns tratamentos médicos, como medicamentos e operações, podem causar enfermidades e, em alguns casos, doenças.

DOENÇA E ENFERMIDADE NA CIRURGIA

Na Inglaterra, a principal interface entre os modelos médicos e leigos para a saúde debilitada é a consulta à clínica geral. Enquanto os próprios pacientes lidam com a maior parte dos sintomas, o clínico geral é o primeiro ponto de contato para cerca de 90% daqueles que de fato procuram tratamento médico profissional (Levitt 1976). Na consulta, médico e paciente devem concordar com a interpretação dos sintomas do paciente e com o tratamento a ser oferecido. A visão do médico sobre o processo da doença deve ser reconciliada com a visão subjetiva que o paciente tem de sua própria enfermidade e as contradições entre os dois modelos devem ser resolvidas pelo processo de negociação (Stimson e Webb 1975). Tanto o diagnóstico quanto o tratamento prescrito devem fazer sentido nos termos dos modelos leigos de enfermidade do paciente ou, então, não serão aceitos. Por esta razão, clínicos gerais geralmente usam conceitos e vocabulário emprestados tanto do modelo leigo quanto do médico (Eisenberg 1977; Helman 1978), a fim de estabelecer “um consenso para o propósito da ação” (Fabrega 1975). Sem este consenso, pode-se resultar em uma relação médico-paciente medíocre, na não adesão e em problemas médico-legais.

CONCLUSÕES

O modelo doença/enfermidade desenvolvido por antropólogos médicos oferece uma perspectiva útil sobre o diagnóstico e o tratamento da saúde debilitada na clínica geral e em fenômenos como a não adesão, a automedicação e o descontentamento com o cuidado médico. Para que o cuidado médico seja mais efetivo – e aceitável para os pacientes –, clínicos gerais devem tratar **tanto** a enfermidade **quanto** a doença em seus pacientes. E também devem estar atentos para como as perspectivas dos modelos leigos e médicos de saúde debilitada se diferenciam e devem reconhecer as implicações clínicas destas diferenças.

TRADUÇÃO

Soraya Fleischer (Professora do Departamento de Antropologia da UnB)

REVISÃO

Amanda Frenkle (graduanda, UNB)

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de reconhecer o apoio da senhora E. Packter, bibliotecária, Pós-Graduanda do Centro Médico, Hospital Geral Edware.

NOTAS

- 1 © *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1981, 31: 548-552.
- 2 N.T. Optamos por deixar o termo no original porque, embora não cite neste artigo, é bastante provável que o autor se remeta diretamente à categoria *sick role* (papel do doente) tornada clássica na sociologia médica por Talcott Parsons, no início da década de 1950.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLAXTER, M. & PATERSON, E. 1980. *Attitudes to health and use of health services in two generations of women in social classes 4 and 5*. Report to DHSS/SSRC Joint Working Party on Transmitted Deprivation. Unpublished.
- CASELL, E. J. 1978. *The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship*. Harmondsworth: Penguin Books.
- CHRISMAN, N. J. 1977. "The health seeking process: an approach to the natural history of illness". *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 351-377.
- CLARIDGE, G. 1970. *Drugs and Human Behaviour*. London: Allen Lane.
- DINGWALL, R. 1977. *Aspects of Illness*. London: Martin Robertson.
- DUNNELL, K. & CARTWRIGHT, A. 1972. *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*. London: Routledge and Kegan Paul.
- EATON, G. 1980. "Non-compliance". In Mapes, R (ed.) *Prescribing Practice and Drug Usage*. London: Croom Helm, pp. 201-213.
- EISENBERG, L. 1977. "Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness". *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.
- FABREGA, H. 1973. *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*. Stanford: Stanford University Press.
- FABREGA, H. Jr. 1975. The need for an ethnomedical science. *Science* 189: 969-975.
- FISHER, S. 1968. "Body Image". In Sills, D. L (ed.) *International Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York: Free Press/MacMillan. Vol. 2, pp. 113-116
- FOX, R. 1968. "Illness". In Sills, D. L (ed.) *International Encyclopaedia of the Social Sciences*. New York: Free Press/MacMillan. Vol. 7, pp. 90-96.
- GUTTMACHER, S. & ELINSON, L. 1971. "Ethno-religious variations in perceptions of illness. The use of illness as an explanation of deviant behavior". *Social Science and Medicine* 5: 117-125.
- HELMAN, C. G. 1978. "'Feed a cold, starve a fever': folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment". *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 107-137.
- HELMAN, C. G. 1980. "Lay and medical attitudes to illness". *MIMS Magazine* 15: April, 51-59.
- JEFFERYS, M., BROTHURSTON, J. H. F. & CARTWRIGHT, A. 1960. "Consumption of medicines on a working-class estate". *British Journal of Preventive and Social Medicine* 14: 64-76.
- KLEINMAN, A. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A., EISENBERG, L. & GOOD, B. 1978. "Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research". *Annals of Internal Medicine* 88, 251-258.
- LAING, R. D. 1967. *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin.
- LEVITT, R. 1976. *The Reorganised National Health Service*. London: Croom Helm.
- MACCORMACK, C. P. 1980. "Health care problems of ethnic minority groups". *MIMS Magazine* 15: July, 53-60.
- SHARPE, D. N. 1979. "The pattern of over-the-counter prescribing". *MIMS Magazine* 15: September, 39-45.
- SNOW, L. F. & JOHNSON, S. M. 1977. "Modern day menstrual folklore: some clinical implications". *Journal of the American Medical Association* 237: 2736-2739.

- SNOW, L. F., JOHNSON, S. M. & MAYHEW, H. E. 1978. "The behavioural implications of some old wives' tales". *Obstetrics and Gynaecology* 51: 727-732.
- STIMSON, G. V. 1974. "Obeying doctor's orders: a view from the other side". *Social Science and Medicine* 8: 97-104.
- STIMSON, G. V. & WEBB, B. 1975. *Going to see the Doctor: The Consultation Process in General Practice*. London: Routledge and Kegan Paul.
- ZBOROWSKI, M. 1952. "Cultural components in responses to pain". *Journal of Social Issues* 8(4): 16-30.