

Saúde e Doença

Alessandra de Andrade Rinaldi¹

Estudos históricos e sócioantropológicos têm demonstrado que as noções de saúde e doença são construídas socialmente. Além disso, vêm pontuando que a forma como as sociedades atribuem significados às enfermidades e como concebem a saúde, reflete, em grande parte, seus valores (Iriart, 2003). Na sociedade brasileira atual, entre as camadas médias, prevalece, por exemplo, a concepção segundo a qual ter saúde significa manter o corpo em forma de um ponto de vista estético. Em função desta relação entre corpo, estética e saúde são criadas “necessidades médicas” que incluem cirurgias plásticas, medicamentos, alimentos, cosméticos com o objetivo de construir um “corpo perfeito” (Madel Luz, 2000).

A perspectiva biomédica, preponderante em nossa sociedade, concebe saúde e doença como fenômenos biológicos que necessitam ser tratados por meio de intervenções de natureza técnica. Essa perspectiva sustenta-se na crença na racionalidade científica como modo privilegiado de compreensão do mundo; na ênfase nos sinais físicos e testes laboratoriais para a confecção de diagnósticos; na percepção metafórica do corpo como máquina; na visão dualista que opõe corpo e mente; na ênfase do diagnóstico como resposta as causas do adoecimento e como caminho para o tratamento; e, por fim, no total afastamento do discurso subjetivo do paciente sobre as causas de seu adoecimento (Helman, 1994).

Do ponto de vista da antropologia, as explicações para o binômio saúde e doença baseadas em uma visão biologizante, devem ser relativizadas. Isto porque o corpo não pode ser interpretado exclusivamente à luz dos pressupostos da biomedicina, uma vez que nem todas as sociedades ou grupos sociais interpretam o adoecimento como um problema eminentemente fisiológico. O corpo, segundo Ferreira (1994), é passível de leituras diferenciadas de acordo com o contexto social. O que em outros termos significa dizer que é reflexo da sociedade, não sendo possível conceber seus processos como exclusivamente biológicos. Como exemplo pode ser citada a forma como o Azande - habitantes da África Central, na região do divisor de águas entre os rios Nilo e Congo - concebem a idéia de

¹ Professora do Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade Estácio de Sá e Assistente da Coordenação do Centro- Latino- Americano em Sexualidade e Direitos Humanos- CLAM/ IMS/ UERJ.

“infortúnio” e como a conectam à concepção sobre a causa de suas doenças. Mesmo sem desconhecer aquilo que para nós seriam “causas naturais”, este povo crê que a origem realmente determinante de seus “infortúnios”, a doença inclusive, seja a bruxaria, desencadeada por algum inimigo ou desafeto (Pritchard: 2005). Desse modo, qualquer doença ou infortúnio, mesmo aqueles que na perspectiva ocidental seriam absolutamente acidentais, têm imediatamente uma dimensão jurídica, uma vez que foram causados por alguém.

Não só entre os Azande, mas também no contexto de cultos religiosos brasileiros são construídas explicações sobre a origem das doenças que fogem à concepção exclusivamente biológica do fenômeno. Como exemplo, temos o jarê, uma variante do candomblé, encontrada na Chapada Diamantina, região setentrional do Brasil. Este se constitui como um culto de pequenos lavradores, voltado para a interpretação e tratamento da “aflição” (Rabelo, 1990). Tais atividades são realizadas pelos caboclos, entidades que os participantes do culto associam genericamente aos índios e que vêm como espíritos selvagens. Segundo Rabelo (1994:51), são as metáforas “corpo aberto versus corpo fechado” que ordenam as concepções de saúde, doença e cura no jarê. Na concepção de seus adeptos, o indivíduo interage com pessoas, espíritos e coisas que não pode controlar. Fruto desta interação, a doença se produz em uma situação de vulnerabilidade (corpo aberto do indivíduo) frente ao meio. Para se obter a cura, é necessária a redefinição do contexto relacional gerador da doença e também uma intervenção que tem por fim fortalecer o indivíduo, “fechando seu corpo”. Já entre os umbandistas, segundo Montero (1986), a doença adquire o sentido metafórico de “desordem”. O corpo doente remete a forças que estão fora do indivíduo e que se relacionam ao mundo social e ao universo espiritual. O indivíduo seria um *locus* onde forças sociais e espirituais em conflito se enfrentam. Sendo assim, a atividade primordial da terapêutica umbandista não é a de curar o corpo em si mesmo, mas sim manipulá-lo simbolicamente para, através dele, conter forças maléficas que lhe são exteriores. Segundo Montero (1986) tal atividade implica um processo de desmedicalização da doença.

Outro exemplo diz respeito às representações sobre doença no catolicismo popular. Segundo Minayo (1994:62), os adeptos desta modalidade religiosa são conduzidos pela idéia de que o mundo é regido por um ser supremo que domina o “bem” e o “mal”. Este ser

é entendido como capaz de controlar as pessoas, premiando as que fazem o “bem” e castigando as que praticam o “mal”. As doenças são vistas então como “castigos” para os que não se mantiveram dentro dos parâmetros de benevolência. Ao mesmo tempo são compreendidas como um caminho, uma “benção- meio”, capaz de aproximar o doente, em sua “trajetória terapêutica” dos cultos religiosos, do caminho do “bem”. As doenças promoveriam, assim, uma redenção dos “pecados” cometidos na vida pregressa, reordenando o universo pessoal e social do indivíduo.

Não só a vinculação a cultos religiosos implica distintas concepções de saúde e doença; também o pertencimento a diferentes estratos sociais coloca em jogo concepções que se afastam da perspectiva biomédica. De acordo com Duarte (1986), aqueles que compõem as classes trabalhadoras no Brasil possuem uma visão singular sobre o binômio saúde e doença, dependente da forma como concebem a *pessoa* humana. Duarte afirma que as classes trabalhadoras tendem a manter uma noção mais holista de *pessoa*, afastando-se de uma visão mais individualista, presente, sobretudo, nas camadas médias. Isto faz, entre outras coisas, com que o dualismo corpo-mente, um dos grandes princípios que sustentam a concepção biomédica da doença não seja preponderante entre elas. Assim a doença, nessas classes, é percebida como um episódio que relaciona elementos biológicos, morais e espirituais.

Além dos pontos discutidos acima, as categorias sociais saúde e doença atuam como princípio classificatório de indivíduos e de grupos no interior de uma dada sociedade. Caso sejam consideradas “enfermas” ou “saudáveis”, as pessoas podem responder diferencialmente em diversas esferas da vida social, como na justiça, por exemplo. As concepções de saúde e doença afetam sobremaneira o exercício da justiça. A idéia sobre responsabilidade penal no Brasil, ao final do século XIX e início do século XX, por exemplo, foi extremamente afetada pela psiquiatria da época, que tendia a associar loucura à irresponsabilidade (CARRARA, 1994). Nesse período, no Brasil, as pessoas que cometiam “crimes passionais” eram consideradas “enfermas”, “loucas momentâneas”. Por isso, um grande número de juristas e médico-legistas sustentava que para esses criminosos a pena não tinha qualquer efeito. Compreendido assim o “passional” não poderia responder por seus atos frente à justiça, uma vez que não teria tido “livre-arbítrio” ao cometer o delito (Rinaldi, 2004).

Frente ao que foi discutido conclui-se que é fundamental para o exercício da justiça que se leve em conta o fato de não haver apenas uma única forma de conceber a saúde e a doença, nem uma exclusiva maneira de vivenciá-las. Os indivíduos pensam, formulam sentidos e desenvolvem práticas específicas para lidar com elas (RABELO; ALVES, 2004). Diferentes culturas e grupos sociais mantêm formas singulares de compreensão sobre o que sejam a saúde e a doença, e, sobre tais formas de compreensão, desenvolvem técnicas terapêuticas particulares e reconhecem os especialistas que podem legitimamente manipulá-las.

Referências bibliográficas

- CARRARA, Sérgio. *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1994.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Da vida nervosa (nas classes trabalhadoras)*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1986.
- EVANS- PRITCHARD, E.E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: ZAHAR, 2005.
- FERREIRA, Jaqueline. O corpo sígnico. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, pp. 101-113.
- HELMAN. C. *Saúde, Cultura e doença*. Porto Alegrea: Artes Médicas, 1994.
- IRIAT, J. B. *Concepções e representações da saúde e da doença*. Texto didático. Salvador: ISC-UFBA, 2003.
- LUZ, Madel. Práticas de saúde, cura e terapêutica na sociedade atual. In: Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva(CD-Rom).
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações da cura no catolicismo popular. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, pp.57-73.
- MONTERO, Paula. A cura mágica na Umbanda. *Comunicações do ISER*. Rio de Janeiro,. Ano 5, n. 20- julho, pp.39-48, 1985.

RABELLO, Miriam Cristina M. Religião, ritual e Cura. In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994, pp.47-57.

RINALDI, Alessandra de Andrade. *A sexualização do crime no Brasil: um estudo sobre criminalidade feminina no contexto de relações amorosas (1890-1940)*. Tese de Doutorado 2004. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social- Universidade do Estado do Rio de Janeiro.