

## **DOENÇA E CULTURA: SUAS RELAÇÕES NO PROCESSO DE ADOECER**

### ***ILLNESS AND CULTURE: THEIR RELATIONS IN THE ILLNESS PROCESS***

Adriana Rotoli<sup>1</sup>

Marta Cocco<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este artigo propõem-se a discutir e refletir sobre as questões relacionadas à doença e à cultura, associados às contribuições levantadas pela Antropologia. Na primeira parte contemplam-se alguns conceitos, denominações e significados da doença e da cultura. Num segundo momento exemplificam-se as relações entre doença e cultura, numa doença específica: a tuberculose.

**Palavras-chave:** Antropologia. Doença. Cultura.

### **1 INTRODUÇÃO**

Atualmente, as noções como saúde e doença, estão diretamente relacionadas, de fato, a fenômenos que interligam fatores biológicos, ambientais, econômicos, sociais e culturais. Assim, tem-se observado

---

<sup>1</sup> Enfermeiras. Professoras do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen. Mestres em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

que os trabalhos antropológicos na área da saúde têm aumentado, existindo hoje vasta literatura sobre o assunto.

Neste sentido, Uchoa e Vidal (1994) salientam que o discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado da saúde de uma população. Ele nos revela que o estado da saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural. A antropologia médica se inscreve, assim, numa relação de complementaridade com a epidemiologia e com a sociologia da saúde.

Assim, pretende-se com esse artigo analisar as contribuições específicas de diferentes autores e as várias abordagens que delimitam o campo da Antropologia, demonstrar a relevância do discurso antropológico na abordagem da saúde e da doença.

## **2 DOENÇA E CULTURA: contribuições da antropologia**

A antropologia enquanto disciplina tem origem do grego “estudo do homem”. Comumente denominada “a mais científica das humanidades e a mais humana das ciências” (HELMAN, 2003). Que busca desenvolver uma observação holística da humanidade, incluindo fatores que norteiam a sociedade.

Helman (2003) destaca que a antropologia, como espaço de análise, denomina-se a partir de vários campos: A antropologia física que trabalha as questões relativas à evolução humana, com inquietações em esclarecer as razões das contradições das populações humanas. A antropologia social que destaca as dimensões sociais da vida humana. O ser humano é um ser social, que integra uma sociedade e estrutura seu olhar de mundo. É a antropologia cultural que enfatiza uma ordem de símbolos, idéias e significados que constrói uma cultura.

Estes campos que concretizam a Antropologia social e cultural, originam a antropologia médica que direciona-se para a medicina e em outras ciências naturais, preocupando-se com as manifestações biológicas principalmente associada à saúde e à doença (HELMAN, 2003).

Silveira (2000), em seu livro retrata que desde Rivers, o médico é um percussor da pesquisa na antropologia, originou um campo denominado antropologia médica, antropologia da doença e antropologia da saúde. A mesma autora adota o campo da antropologia da saúde, compreendendo que este designa com maior propriedade a amplitude do espaço que abriga o estudo da saúde e da doença. Entendendo que a antropologia da doença abandona muitas vezes a compreensão que pode estar contida no campo da saúde. Da mesma forma, a antropologia médica envolve a submissão do seu objeto ao paradigma biomédico, pois não congrega integralmente a pluralidade, diversidades e a interligação de todas as feições da vida humana.

Os antropólogos trabalham com aspectos relacionados à alimentação, cuidados corporais, morte, concepções, doenças e plantas medicinais. Assim pensando exclusivamente na doença, Minayo comenta que “a doença exprime hoje e sempre um acontecimento biológico e individual e uma angustia que pregava o corpo social, confrontando com as turbulências do homem enquanto ser total” (1991, p.233). A doença remete-se à maneira que as pessoas situam-se diante ou assumem a situação de enfermidade.

Os problemas que emergem da doença constituem-se socialmente e reportam-se a um mundo, compartilhando de crenças, práticas e valores. Quando se pensa em doença, é fundamental pensar em cultura e sociedade, analisando o significado atribuído pelo próprio doente e para as pessoas que o rodeiam.

O dicionário Luft traz como definição de cultura “conjunto de experiências humanas adquiridas pelo contato social e acumulada pelos povos através dos tempos” (2000, p.209), mostrando que a cultura se constroa a partir das relações estabelecidas em sociedade.

A cultura segundo Helman constitui-se de “um conjunto de princípios herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade” (2003, p.121). Os princípios favorecem ao ser humano, vivendo neste mundo e estabelecendo comportamentos em relação às outras pessoas. A estruturação cultural tem ascendência direta em muitos aspectos no modo de vida das pessoas, até mesmo seus comportamentos, crenças,

emoções, religião, rituais, dieta, modo de vestir e condutas frente à doença, à dor e outros.

A cultura que se adquire quando se nasce e durante a vida é a única influência deste tipo, porém é apenas uma das várias forças sobre os comportamentos e crenças referentes à saúde podendo serem excluídos fatores individuais, educacionais, socioeconômicos e ambientais (HELMAN, 2003).

Sabe-se que as culturas não se apresentam solidamente ligadas, por isso é preciso ter cuidado para não generalizar as pessoas de um grupo, sem levar em conta as diferenças que se estabelecem entre elas e em determinados grupos culturais. Assim, percebe-se também que as culturas não são imóveis, pois as influências do convívio com outros grupos possibilitam adaptações e alterações.

Portanto, a cultura constitui-se de uma mescla ampla de influências que repercutem nas crenças e na maneira de viver das pessoas, então a cultura não se apresenta como fato isolado (HELMAN, 2003).

A cultura é expressa na interação social, na qual os atores comunicam e negociam os significados aplicados na saúde, este sistema é também um sistema cultural, um sistema ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais (LAGDON, 1995). O mesmo autor salienta, ainda, que a cultura não é mais uma unidade estanque de valores, crenças, normas e etc, mas uma expressão humana frente à realidade, é uma construção simbólica do mundo sempre em transformação. Também central neste conceito da cultura é o enfoque no indivíduo como um ser consciente que percebe e age, a doença é vista dentro desta perspectiva, como uma construção sociocultural.

A antropologia tem buscado demonstrar que a doença e o corpo são condições reais e imersas nos âmbitos culturais e contextos sociais, contrariando o que se estabeleceu até então, na qual a doença liga-se à mera condição biológica e pertence ao reino animal (SOUZA, 1999).

Na década de 70, vários antropólogos começaram a propor olhares alternativos à biomedicina sobre o conceito de doença, juntando

o campo da etnomedicina com as preocupações da antropologia simbólica, a semiótica, a psicologia e considerações sobre as questões da eficácia da cura. Estes estudiosos se preocuparam com a construção de paradigmas onde o biológico estivesse articulado com a cultural. A doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo experienciado cujo significado é elaborado através de episódios culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica numa negociação de significados em busca da cura (LAGDON, 1995).

Canesqui (2003) relata que a sensação da doença é percebida através de alguns sinais, demonstrando que algo não está bem, impedindo o funcionamento do corpo. Sendo que as atividades cotidianas e de trabalho acabam por tornar inviável sua realização. A doença neste sentido remete-se à significação de ordem social, atingindo tanto a estrutura biológica do indivíduo quanto o social.

Num significado mais aprofundado, refere-se à doença como edificação cultural, ou seja, a doença é ação social, e a cultura, com significações somente tem vigor se partilhada no grupo social (CANESQUI, 2003). A mesma autora salienta que a dor é influenciada por inúmeros rudimentos, assim constituídos “vivências culturais do doente, o seu repertório lingüístico, o seu domínio ou não dos termos médicos, suas crenças e representações sobre o corpo e a doença” (2003, p. 115).

A doença como processo não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma seqüência de eventos que têm o objetivo de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e se possível aliviar o sofrimento. Lagdon (1995) refere que a doença como processo caracteriza-se nos seguintes passos. Reconhecimento dos sintomas, diagnóstico e escolha do tratamento e avaliação.

O reconhecimento da doença baseia-se nos sinais que indicam que o todo não vai bem. Quais sinais são reconhecidos como indicadores de doença, depende da cultura, não são universais como pensado no

modelo biomédico. Cada cultura reconhece sinais diferentes que indicam a presença de doença, o prognóstico, e possíveis causas, e estes sinais, em várias culturas, não são restringidos ao corpo ou sintomas corporais, à situação ambiental, seja do grupo ou da natureza, fazem parte também das possíveis fontes de sinais a serem considerados na tentativa de identificação da doença.

O diagnóstico e a escolha do tratamento inicialmente acontecem dentro do contexto familiar, onde os membros da família negociam entre eles para chegar a um diagnóstico que indicaria qual tratamento deve ser escolhido. No caso de se tratar de uma doença leve e conhecida, a cura pode ser um chá ou uma visita ao posto de saúde. No caso de uma doença séria com sintomas não-usuais, ou interpretada como resultante de conflito nas relações sociais ou espirituais, talvez o xamã ou outro especialista em acertar relações sociais seria escolhido primeiro. Não é possível prever a escolha, pois esta vai ser determinada pela leitura dos sinais da doença negociada pelos participantes.

A avaliação, em casos simples, a doença some depois do tratamento e todos estão satisfeitos, mas frequentemente a doença continua, assim é preciso rediagnosticá-la, baseado na identificação de novos sinais ou na reinterpretação dos sinais. Através dos episódios da doença envolvendo diagnóstico, tratamentos, e avaliações sucessivas, as pessoas procuram os sinais extra-corporais, tais como nas relações sociais ou nos movimentos cosmológicos, para compreender a experiência de sofrimento.

Lagdon (1995) também refere a doença como experiência, sendo que a doença é bem mais entendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciados pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. O exemplo mais simples disto é a questão da dor. Sabemos que membros de culturas diferentes experimentam e expressam suas dores diferentemente. Numa mesma cultura, parece que a dor é experimentada numa maneira diferenciada entre os sexos. Entre os descendentes dos açorianos na

Ilha de Santa Catarina, os homens negam sentir dores e sintomas de saúde na mesma frequência que as mulheres. Dor no parto é um outro exemplo. Enquanto mulheres de algumas culturas enfrentam o parto com grande medo da dor, e expressam a experiência de parto como uma terrível dor, outras, de outros lugares ou classes, passam pela experiência com pouca referência à dor.

O que se observa atualmente é que a maioria dos programas de saúde partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações frente às doenças, desconsiderando os diferentes fatores sociais e culturais que interferem nas condutas das pessoas. Desta forma Uchoa e Vidal (1994) referem a necessidade de os programas de educação e planejamento em saúde possuírem um conhecimento prévio das formas de pensar e agir das populações nas quais se quer intervir, para que se possa estar desenvolvendo ações que venham ao encontro dos aspectos sociais e culturais das comunidades.

A partir destas reflexões, reportando-se às inter-relações entre doença e cultura, exemplificando uma doença que melhor compreende este processo de ligação entre doença e cultura.

### **3 A TUBERCULOSE COMO EXEMPLO**

Ao longo da história, doenças endêmicas e tropicais têm significado grandes perdas, especialmente para as populações menos favorecidas social e financeiramente. Conforme Barata (2000), a tuberculose tem persistido nos países mais pobres, apesar da montagem de programas de saúde que contemplem esta população e patologia.

No século XIX, a medicina associava a tuberculose (tísica), doença ligada diretamente a miséria da população. Os cortiços eram vistos como local sujo e propagador de doenças que matavam muito, devendo-se considerar outros aspectos como a nutrição, condição de moradia e de vida da população menos favorecida e mais exposta a contrair a doença. Acreditava-se que a tuberculose poderia ser hereditária, a doença significava herança de morte. Talvez essa idéia

tenha se formado devido às crianças nascidas mortas de mãe que sofriam deste mal (GONÇALVES, 2002).

Nesta época não havia métodos terapêuticos eficazes para combater a tuberculose; residindo aí a razão da etiologia da doença com diferentes origens. Não sabendo o agente causador e nem como lidar com a doença. As ações dos médicos variavam de acordo com o que pensavam ser a causa da doença.

No mesmo período, a tuberculose se apresenta numa visão romântica da debilidade física – doença do mal social; doença da fraqueza, a peste branca. No Brasil ocorre a influência destas representações com a chegada dos imigrantes europeus. Para eles a tuberculose estava ligada à sensibilidade, às artes, ao amor e ao refinamento, passou a ser uma forma valorizada de estética. O aspecto do tuberculoso tinha de ser considerado atraente, uma vez que se tornou um sinal de distinção, de educação.

Segundo Gonçalves (2002), a tuberculose também era conhecida, no campo artístico como a doença do amor. Escritores doentes eram mais interessantes, pois encontravam-se em proximidade com a morte. Acreditava-se que o fato de estar em contato com a tristeza, solidão estariam mais aflorados os sentimentos românticos. A decepção amorosa levaria à boemia, descuido de si, álcool, exposição e enfraquecimento onde doença ataca a “presa” facilmente.

A descoberta do agente etiológico em 1882 por Robert Koch, desordena a visão da dinâmica de tratamento da doença, o indivíduo é visto como transmissor da doença. A descoberta médico – científica tornou o indivíduo responsável pela transmissão da doença, não sendo mais genético. Tornando possível o tratamento para o bem social.

No final do século XIX, na Europa, ocorre a reconstrução da imagem da tuberculose. A concepção romântica dá lugar à compreensão social da doença. O doente neste contexto social é rotulado de disseminar um tipo de mal. Aqueles que até pouco tempo eram vistos como vítima, agora como perigosos. Esta discussão repercute nas quatro primeiras décadas do século XX, informando a respeito da tuberculose.

Na década de 20, com medo do contágio, foi recomendação



comum a prática do isolamento e boa alimentação. O médico Renato Barbosa forma a opinião que o único tônico eficaz é o repouso, o único reconstituente necessário é alimentação substancial, o único excitante verdadeiro é ação do ar puro e das radiações solares.

Em 1936 com a descoberta do RX, ocorre o cadastro torácico, que vem determinar contratações em empresas. A doença implicava em redução salarial, e aposentadoria em 5 anos da doença. Neste sentido percebe-se como a história e a tecnologia estão ligadas à percepção e tratamento da doença.

Esta tecnologia não modificou o “verdadeiro” tratamento. Os lugares onde os “tuberculosos” eram internados foram chamados de sanatórios, locais de repouso e bom clima. Dentre o tratamento da tuberculose a climatoterapia era muito recomendada. No Brasil algumas cidades foram indicadas devido ao clima ser favorável ao tratamento da doença, Campos do Jordão em São Paulo ficou conhecida como “tisiópolis”, cidade da tuberculose. Esta dinâmica permaneceu até os anos 40, quando foi comprovada sua ineficácia.

O isolamento destas pessoas não era apenas uma prática terapêutica, mas também social, onde ocorre a discriminação e os estigmas de um ser doente que causam medo e mistério, tendo uma vida alterada e individualizada em função da doença.

No final dos anos 30 onde os hospitais e sanatórios não comportavam todas as internações, criou-se a política da visita domiciliar. A tuberculose tornou-se um problema de saúde pública. A família assume juntamente com o paciente a responsabilidade com o tratamento.

Na década de 40 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose, que realizou campanhas nacionais e instituiu a vacinação da BCG em recém nascidos. Foi neste período que a quimioterapia começou alterar a moléstia. Sendo uma doença mortal mas passível de cura. A estreptomicina exibiu importante efeito terapêutico em 1944, mas não resolveu a questão da cura. Em 1949 a descoberta de outras drogas eficazes proporcionou mudanças no quadro médico e social em relação a tuberculose.

A introdução dos antibióticos proporcionou mudanças no quadro médico social da tuberculose. É ao longo dos anos 50 e 60 que o tratamento passou a ser ambulatorial; em consequência, houve um crescimento dos sanatórios e pavilhões para a tuberculose que foram fechados no final da década de 50. O problema desta época foi a resistência aos antibióticos, com altos índices de mortalidade e poucas altas por cura.

A partir de 1964 o doente passa ser tratado de forma individual, com uso de medicamento por 12 meses, o indivíduo é novamente socializado através do processo de tratamento, neste momento a medicina descobre a cura, e o indivíduo assume seu grau de compromisso nesse processo. Surgem agravantes no processo com o passar dos anos, o abandono, a recidiva, a falência terapêutica. Tornando esta política muito relativa pela política de saúde.

Com o surgimento da AIDS, a tuberculose tem tomado maiores proporções, sendo um desafio para os serviços de saúde. Duas patologias ligadas ao preconceito e ao medo. A permanência dessas doenças estão diretamente marcadas pelo corte socioeconômico, no cenário mundial. Porém com um diferencial, a AIDS apresenta-se com maiores investimentos para o tratamento e cura. Enquanto que nos nossos dias a tuberculose continua sendo estigmatizada como doença de pobreza, onde estaria a população menos favorecida e exposta à doença.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Frente as discussões, menciona-se que as estratégias para controlar a disseminação da tuberculose devem levar em conta os fatores de características epidemiológicas e clínicas da doença, formas de prevenção, controle e tratamento, a conduta e terapêutica devem ser sócio-culturalmente apropriadas, entendidas no contexto social.

Na perspectiva antropológica, o universo sócio-cultural do doente é visto não mais como obstáculo maior à efetividade dos programas e práticas terapêuticas, mas como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Assim, pensa-se que com as contribuições da antropologia é possível nortear a organização dos serviços, os programas de prevenção e as intervenções terapêuticas, levando em consideração a questão sócio-cultural dos usuários.

***ABSTRACT:** This text proposes to debate about questions related to illness and culture, in association with contributions from anthropology. First some borad concepts, denominations and meaning of illness and culture are definid. In then, connection between illness and culture in a particularize disease: tubrculosis - is discussed.*

***Key words:** Anthropology. Illness. Culture.*

## **REFERÊNCIAS**

BARATA, R. **Doenças Endêmicas:** abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CANESQUI, A, M. Os estudos e antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, 2003.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença.** Trd. Claudia Buchweitz e Pedro M. Gaaz. 4ea, Porto Alegre: Artmed, 2003.

GONÇALVES, H. **Peste branca: Um estudo antropológico sobre a tuberculose.** Porto Alegre: UFRGS, 2002.

LAGDON, E.J. A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. **Palestra oferecida na Conferência 30 anos Xingu**, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995.

LUFT, C. P. **Minidicionário Luft.** Luft, L. (org). São Paulo: Ática, 2000.

**MINAYO, M.C.S.** Abordagem antropológicas para avaliação de políticas sociais. **Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 3, 1991.**

**SILVEIRA, M.L.** **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000.

SOUZA, I. M.A. Na trama da Doença: uma discussão sobre redes sociais e doença mental. In: **Experiência de Doença e Narrativa.** RABELO, Miriam Cristina *et al* (Orgs.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

UCHÔA, E; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.10.n. 4, p. 497- 504, 1994.