

## A cultura da enfermidade como fator de proteção e de risco

Roberto Briceño-León

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VERAS, RP., *et al.*, orgs. *Epidemiologia: contextos e pluralidade* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 172 p. *Epidemiológica* series, nº4. ISBN 85-85676-54-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.

---

## A CULTURA DA ENFERMIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO E DE RISCO\*

---

*Roberto Briceño-León*

### UMA PERSPECTIVA CULTURAL DO RISCO

O conceito de risco tem sido utilizado na epidemiologia como um modo de compreender e de medir a probabilidade de ocorrência de um determinado dano à saúde. De uma perspectiva sociológica, podemos dizer que o conceito de risco nos insere em um modo de descrever o futuro que toma por base as circunstâncias do presente (Luhman, 1993). Estabelecer a probabilidade de ocorrência de um evento é uma tarefa difícil, mas possível, pois levam-se em conta o presente e o passado e projetam-se tais dimensões na direção do futuro, não como predição mas como probabilidade (Popper, 1981). Ao fazê-lo, é

---

\* Tradução: *Claudia Bastos*

possível introduzir propostas de intervenção sobre a realidade que podem alterar os resultados previstos e evitar o dano. O conceito de risco chama-nos a atenção para um aspecto cognitivo do futuro, e para outro de ação a fim de fortalecer ou modificar o futuro previsto.

Para estabelecer a probabilidade do risco, tem-se procurado identificar os fatores que podem contribuir positiva ou negativamente para a ocorrência do dano. Muitas vezes isto tem sido levado a cabo de maneira 'a-histórica' e sem que se considerem as condições da sociedade e do grupo social exposto ao risco (Alvarenga, 1987). Outras vezes, têm-se introduzido algumas variáveis sociais com o uso do conceito de estratificação.

No caso das enfermidades transmitidas por vetores, por exemplo, têm-se considerado fatores associados à presença dos agentes parasitários e do vetor e à presença e distribuição das espécies. E, igualmente, ao meio ambiente, do qual muitas vezes consideram-se somente os elementos clássicos como temperatura, pluviometria, hidrografia, flora e fauna; incluindo-se, outras vezes, o comportamento do ser humano e as condições socioeconômicas (Rodríguez et al., 1993).

Os fatores de risco podem ser de natureza objetiva ou situacional e de natureza subjetiva ou cultural. Os de natureza objetiva são aqueles relacionados à situação material em que se encontram os indivíduos, os vetores e os parasitas; os objetivos correspondem ao modo como os indivíduos interpretam e constroem simbolicamente a situação em que vivem. Os fatores situacionais podem ser temperatura, pluviometria, condições de moradia, existência de serviços de água potável ou os modos de disposição dos excretas, os salários ou a propriedade da terra. Os fatores subjetivos são os modos utilizados pelas pessoas para entender cada um destes fatores, e que podem favorecer ou impedir que se produza a enfermidade. Esta construção simbólica que os indivíduos herdaram e constroem sobre sua própria realidade e que lhes permite interpretar e atuar é o que chamamos de cultura.

A cultura é, então, um fator de risco, uma vez que permite aos homens interpretar a realidade, atuar e estabelecer atitudes ante as condições objetivas de sua situação, isto é, ante os outros fatores de risco.

Alguém poderá argumentar se é correto, neste caso, denominar a cultura ‘fator’ de risco, uma vez que ela pode não ser a causa do dano, mas sim um condicionante de fatores que podem ser causais. É difícil, semanticamente, interpretar isto, pois, para alguns, ‘fator’ implica causalidade (Miettinen, 1985), ao passo que para outros, implica simplesmente associação ou exposição. A proposta de se utilizar a expressão ‘determinante de risco’ (Almeida Filho, 1992) parece-nos difícil de aceitar, pois transmite-nos a impressão de um determinismo ainda mais forte – como lei ou necessidade de ocorrência de um evento – com o que não estamos de acordo e que representa o contrário ao que se deseja como probabilidade. Os eventos históricos – e, pelo menos, as enfermidades transmitidas por vetores são parte deles – são únicos e imprevisíveis. E são a soma de muitas circunstâncias que se encontram por acaso no espaço e no tempo. Não obstante, o que podemos fazer é tentar conhecer quais são esses fatores que, ao se encontrarem, produziram o dano, e é aí que a cultura dos indivíduos pode ser fator de proteção ou de incremento do risco.

Neste trabalho, apresentar-se-ão de maneira sucinta cinco aspectos da cultura da enfermidade que devem ser considerados quando delineamos os fatores de risco.

## A AUSÊNCIA DE CULTURA COMO PROBLEMA

A antropologia desenvolveu dois conceitos com os quais procura dar conta das diferenças de realidade que existem sobre enfermidade. Por um lado, há a doença do ponto de vista biológico, como anormalidade patológica, tal e como pode ser descrita medicamente; esta descrição pode referir-se a uma enfermidade sintomática ou assintomática, mas a aproximação e a construção são médicas. Neste caso, a antropologia tem falado de *disease*. Mas, existe, também, o que pensamos ou cremos sobre a enfermidade, a maneira como a vivemos e as construções que fazemos sobre esta realidade; a isto tem-se denominado *illness* (Kleimann, 1978; Young, 1982; Field, 1978).

Uma é a perspectiva médica ou ‘científica’; outra é a perspectiva popular ou *folk*. Ambas são parte da cultura, mas assumiremos, por ora, que denominaremos como cultural somente a maneira como as pessoas – os doentes, seus familiares e vizinhos – entendem a enfermidade. Na tradição da antropologia médica, observa-se uma conotação negativa para o conceito de *illness*. Considera-se que ela é, via de regra, sem fundamento, não-científica ou errada, e, em qualquer caso, obstáculo permanente para a prevenção ou a busca de tratamento.

Defendemos, aqui, a tese oposta, afirmando que a não-existência de uma *illness*, isto é, de uma cultura da enfermidade, pode representar um fator de risco tão ou mais importante que a existência de uma perspectiva errada sobre a doença.

A cultura da enfermidade constrói-se pela interpretação dos sinais e sintomas por parte das pessoas. Quando uma doença é assintomática não existe, no grupo social, uma maneira de denominar a enfermidade, tampouco uma palavra que a designe e, por conseguinte, não há uma construção cognitiva que permita interpretar o dano e desenvolver ações para se proteger dele – seja tomar um medicamento ou orar – simplesmente, ela não existe.

Em outros casos, e ante a impossibilidade de compreender o fenômeno, interpreta-se de várias maneiras uma mesma enfermidade e há muitas palavras para denominá-la. Neste caso, se estabelece uma determinada causalidade para cada interpretação: maus hábitos, bruxaria, má-sorte, castigo de Deus (Hyman-Hielscher & Sommerfeld, 1985).

Mas, ao lado destes saberes populares também incorporam-se os saberes médicos. Em nossas sociedades, nas quais existe importante presença médica, esta interpretação aporta uma visão e uma perspectiva que, na construção da cultura da enfermidade, intervêm como uma teoria a mais que compete ou é complementada (o que em geral ocorre) por meio dos outros saberes. A cultura é uma intermediação entre ambos os saberes, uma resultante da vulgarização do saber médico e sua reinterpretação pela população.

Mas, o problema ocorre quando não existe uma cultura da enfermidade – ou porque a enfermidade é assintomática, ou porque seus sintomas aparecem muitos anos depois. Isto acontece com a doença de Chagas ou com a esquistossomose, em que as pessoas não associam a doença às suas

causas, nem dispõem de um modo de interpretá-la. No caso da doença de Chagas, pela dificuldade do diagnóstico ou em razão do seu caráter estigmatizante, muitas vezes não se comunica à pessoa que ela padece desta enfermidade, ou não se atribui com regularidade a doença de Chagas como *causa mortis*. A consequência disto é que, para muitas comunidades, mencionar a doença de Chagas é falar de algo inexistente, pois não se dispôs de uma maneira de construir uma cultura da enfermidade. As relações com os vetores ou com as condições do *habitat*, que eventualmente contribuem para a ocorrência da doença, não podem ser interpretadas pela população, que nada faz para se proteger, já que não sabe ser necessário.

Ter uma cultura com uma interpretação 'errônea' sobre a enfermidade é ruim, pois pode orientar o comportamento para ações inúteis ou prejudiciais; mas não ter nenhuma cultura também o é, pois impede a prevenção e a busca de tratamento. Observemos um caso distinto: os mesmos camponeses que não detêm a cultura sobre a doença de Chagas e não fazem nada para se protegerem dos *chipos*, *vinchucas* ou barbeiros revelam, ao contrário, uma ampla e sofisticada cultura sobre as cobras e agem intensamente para se protegerem delas. Neste caso, a cultura é um fator de proteção.

## O 'IDEAL DO EU' SÃO E ENFERMO

Cada um de nós tem uma imagem do que é estar são e do que é estar enfermo. É uma imagem que advém do narcisismo, da presença dos pais e das condições sociais em que se vive, e que, uma vez construída, possibilita e faz com que o indivíduo ajuste-se, adapte-se a ela (Freud, 1973).

A cultura atua moldando o 'ideal do eu' (*Ich-Ideal*) e a imagem de são e enfermo que cada um tem. Muitas populações pobres e camponesas estão acostumadas a conviver com os vetores e as doenças. A doença converte-se em algo 'normal', a morte de seus filhos torna-se trivial (Scheper-Hughes, 1993), e a construção da idéia de saúde individual adquire algumas características particulares que alguém, de uma outra perspectiva cultural e social, poderia considerar como circunstâncias insalubres.

Quando uma família tem de morar em uma fazenda com centenas (ou até milhares) de triatomídeos, resigna-se ante esta situação, e o risco deste tipo de moradia ou dos vetores converte-se em algo aceitável. Mas, também, do ponto de vista individual, a imagem do anêmico ou do desnutrido pode ser aceita como normal e funcionar como modelo em relação ao qual o indivíduo deve ajustar-se.

O importante é que o 'ideal do eu' sadio, que pode representar uma força especial para as ações de proteção do indivíduo, para que evite o risco e veja-se como alguém sadio, perde-se nestas circunstâncias, pois deixa de atuar como força de ajuste.

## A RELAÇÃO CUSTO-BENEFÍCIO DO RISCO ASSUMIDO

Esta expressão foi tomada de empréstimo à economia com o objetivo de demonstrar a racionalidade do cálculo que um indivíduo pode fazer no momento de escolher determinado tipo de comportamento e se expor a um risco.

Em múltiplas circunstâncias, a exposição ao risco relaciona-se com uma decisão pessoal em que o indivíduo, o ator individual, depara-se com um conjunto de escolhas que implicam custos e benefícios. O ator avalia e faz um balanço dos custos e os compara às vantagens decorrentes dos benefícios, e, desse modo, toma decisões que podem levá-lo a evitar ou aceitar a exposição ao risco (Hindess, 1988).

Em entrevistas realizadas com mineiros da selva venezuelana, observou-se um conhecimento muito amplo da malária, das suas formas de transmissão e das conseqüências das variedades da enfermidade. Não existia ignorância, mas um vasto conhecimento do risco a que estavam sendo expostos ao praticarem a mineração de aluvião. Não obstante, ali estavam e desejavam permanecer. A razão era muito clara: buscavam a riqueza, o êxito econômico, e esse benefício ilusório (e também, ainda que raramente, real) era superior ao custo de se adquirir a malária. A doença entrava em seu cálculo racional como um risco adicional, ao lado das cobras, dos ladrões e dos militares.

O valor atribuído ao risco é estabelecido, então, em relação à percepção que se tem dos benefícios que podem ser obtidos ao se expor a esta situação. No caso da mineração do ouro, os benefícios podem ser reais, mas são fundamentalmente imaginários, e, portanto, infinitos, pois têm como limite apenas o desejo dos indivíduos. O custo é, então, ínfimo em relação aos benefícios.

Algo distinto acontece quando os benefícios são percebidos como superiores ao custo, ou de resultados mais imediatos, e isto sucede em situações epidêmicas ou de alto risco. Em uma situação de epidemia de dengue hemorrágico, observamos que as pessoas consideravam maior o benefício da proteção do que o custo de esvaziar os depósitos de água. Mas, meses depois, em situações não-epidêmicas, consideravam que não valia a pena desfazer-se da água armazenada – pois em sua avaliação, os benefícios secundários por dispor de água eram maiores do que o custo de contrair a doença.

Cabe destacar que os fatores de risco não têm importância fixa nos indivíduos, mas que, na verdade, seu peso relaciona-se a outros riscos a que eles também estão expostos. É o balanço entre custos e benefícios que leva o indivíduo a fazer ou deixar de fazer algo.

## O SENTIDO DO FUTURO

A concepção do risco é uma construção mental que relaciona ações e circunstâncias de hoje com um eventual resultado no futuro. Se a pessoa não tem uma idéia clara do futuro, é difícil imaginar que possa atuar hoje. Ao contrário, se dispõe de uma visão clara e uma razoável expectativa de que o resultado esperado ocorrerá, atuará visando a esse futuro planejado e esperado.

Assim, se a doença não existe na cultura ou, no caso de existir, se a pessoa tiver pouca confiança em que poderá controlar a ocorrência ou não do dano, nada fará. Descejará, resignadamente, apenas, que o futuro chegue, sem tentar modelá-lo.

Uma das maiores dificuldades que temos percebido nas populações camponesas e pobres é a tênue idéia de futuro e a confiança limitada na



possibilidade de controlá-lo. Esta característica faz com que o sentido de risco decorrente de muitas enfermidades seja avaliado com dificuldade e de maneira distinta por estas pessoas. Nestes casos, o risco não é um evento que depende de condições relativas à ação humana, mas de forças desconhecidas ou incontroláveis. O risco não é uma probabilidade, mas um azar. E, portanto, a contingência não depende do que cada um faz ou deixa de fazer, mas de outras forças mais poderosas.

A ausência de um sentido importante de futuro faz com que a idéia de risco provável não atue moldando o comportamento, pois o futuro deixa de agir como causa da ação presente.

Quando, por exemplo, tenta-se compreender o risco em uma doença como a de Chagas – em que o vetor pode estar ou não infectado, e os indivíduos parasitologicamente positivos podem ou não desenvolver a enfermidade – eles simplesmente respondem com indiferença, marcados pelo presente, que é seguro e imediato. Além disso, e em muitos casos, a ausência de confiança na possibilidade de controle do futuro é tão relevante que as pessoas se perguntam porque haveriam de se preocupar com esse risco possível, quando é bastante provável que possam adoecer ou morrer previamente de qualquer outra causa.

Na cultura da enfermidade, o sentido do futuro é importante, pois é a maneira de assumir o risco probabilisticamente – e não de forma fatalista, como algo incontrolável.

## O INTERCÂMBIO COM OS SERVIÇOS DA SAÚDE

A relação entre as populações e os serviços da saúde que atuam na prevenção ou no tratamento assenta-se de acordo com um esquema de intercâmbio. Os serviços proporcionam um aporte e as pessoas devem retribuí-lo com outra dádiva ou com um comportamento que satisfaça o pessoal da saúde.

Normalmente, a saúde é entendida como uma dádiva sem dívida; um estado natural em que não se divisa aquilo que é necessário para sua proteção.

É algo recebido como uma dádiva que não implica reciprocidade, pois não há indivíduos com quem contrair a dívida obrigatória (Mauss, 1980).

Sem dúvida, o vínculo que as populações pobres estabelecem com os serviços da saúde é, muitas vezes, o de uma dádiva que recebem e que deve ser retribuída. Com restrita crença na existência da doença ou limitada cultura a seu respeito, as pessoas recebem as ações de prevenção de controle de vetores ou tratamento profilático e as entendem como um presente que lhes ofertam os serviços do Estado. Muitas vezes, não entendem o porquê, mas trata-se de uma recompensa que deve ser retribuída e, por conseguinte, devem colaborar com os funcionários do governo. O importante, aqui, é que as ações de saúde implementadas não têm como finalidade apenas a saúde mesma, mas também o 'outro'. Os comportamentos sanitários serão adotados para um 'outro' a quem se deve um favor, um presente que foi recebido, expresso na visita do funcionário à comunidade, no borrifamento da casa ou na distribuição de comprimidos.

Este fato é valioso, pois pode levar à ação dos indivíduos, ao que se tem denominado participação comunitária. As pessoas estariam dispostas a fazer os exames, a ir a uma reunião ou atuar em algo que se solicite como uma resposta, como o pagamento de uma dívida, ao inspetor, educador ou médico que tem sido 'bom' ou 'generoso' para com elas. Desse modo, não é possível construir a cultura da enfermidade, pois as ações não são executadas em nome dos próprios indivíduos, por conhecimento ou convicção da necessidade de se proteger, mas por um 'outro' a quem se retribui uma ação, pelo pessoal de serviços médicos, de controle entomológico ou de educação sanitária.

Esta resposta de reciprocidade limita a 'sustentabilidade' das ações, já que, cessados os donativos, extingue-se, também, a necessidade de saldar a dívida e com ela as ações de prevenção ou controle que se haviam desenvolvido.

Os cinco aspectos brevemente descritos permitem compreender a cultura da enfermidade. Ela é, portanto, um modo subjetivo de entender a probabilidade do dano; permite construir a relação entre presente e futuro e compreender os comportamentos valendo-se de sua lógica de decisão individual. Deste modo, pode contribuir para o aumento ou a redução da própria probabilidade de ocorrência do dano e converter-se em um fator de proteção ou de risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA FILHO, A. *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador/Rio de Janeiro: Apce/Abrasco, 1992.
- ALVARENGA, A.T. O enfoque do risco. In: II SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, p.19-24, 1987.
- BRICEÑO-LEÓN, R. *La Casa Enferma*. Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana e Consorcio de Ediciones Capriles C. A., 1990.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Retos e problemas para alcanzar a participación comunitaria en el control de las enfermedades tropicales. *Fermentum*, 4, (8-9):165-176, 1993.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Social aspects of Chagas disease. In: LINDERBAUM, S. & LOCK, M. (Eds.) *Knowledge, Power and Practice: the Anthropology of Medicine and everyday life*. Berkeley: Berkeley University of California Press, 1993.
- FIELD, D. The social definition of illness. In: TUCKETT, D (Ed.) *An Introduction to Medical Sociology*. London: Tavistock Publications, 1978.
- FREUD, S. *Obras Completas* (Tomo II). Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
- HINDESS, B. *Choice, Rationality and Social Theory*. London: Unwin, 1988.
- HYMAN-HIELSCHER, S. & SOMMERFELD, J. Concept of illness and the utilization of health-care services in rural malian village. *Social Science & Medicine*, 21(4):469-481, 1985.
- KLEIMANN, A. Concepts and models for the comparisson of medical system as cultural systems. *Social Science & Medicine*, 12:85-93, 1978.
- LUHMANN, N. *Risk: a sociological theory*. Berlin: Gruyter, 1993.
- MAUSS, M. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: Presses Universitaires de France, 1980.
- MIETTINEN, O. *Theoretical Epidemiology*. New York: Wiley & Sons, 1985.
- POPPER, K. *Conjectures and Refutations: the growth of scientific knowledge*. London: Routledge and Kegan Paul, 1981.
- RODRIGUEZ, A.; QUIÑONES, M. & PÉREZ, D. La investigación social en el proceso de estratificación del riesgo. In: BRICEÑO-LEÓN, R. & DIAS, J. C. P. (Coords.) *Las Enfermedades Tropicales en la Sociedad Contemporánea*. Caracas: Fundo Editorial Acta Científica Venezolana e Ediciones Capriles C. A., 1993.

ROTTER, J. B. Generalized expectancies internal versus external control of reinforcement. In: A. K. (Ed.) *Psychological Monographs: general and applied*. The American Psychological Association Inc., 80(609):1-28, 1966.

SCHEPER-HUGHES, N. *Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil*. Berkeley and Los Angeles University of California Press, 1993.

YOUNG, A. The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11:257-285, 1982.