

Determinantes culturais da saúde: uma abordagem para a promoção de equidade

Cultural determinants of health: an approach to promoting equity

Juan Carlos Aneiros Fernandez

Doutor em Ciências. Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas e colaborador do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz", CEP 13083-887, Campinas, SP, Brasil.

E-mail: juancaf@fcm.unicamp.br

Resumo

Este artigo pretende discutir o emprego de uma abordagem de natureza *socioantropológica* do processo saúde-doença como forma de se produzir o enfrentamento de iniquidades em saúde. Considerando-se que os elementos culturais têm sido pouco tratados nas abordagens sobre os Determinantes Sociais da Saúde, neste artigo explora-se a ideia de que fatores étnico-culturais podem estar relacionados à produção das desigualdades em saúde ao exporem segmentos da população a uma condição de maior vulnerabilidade. Pretende, por essa razão, contribuir para o desafio de se agregarem necessidades emergentes ou recalcadas de ordem étnico-cultural relacionadas à saúde ao já consolidado modelo vigente de atenção e cuidado, considerando para isso, por um lado, os usos da questão da diversidade no contexto contemporâneo e, por outro lado, a questão do "inacabamento" também em relação às instituições criadas. Sugere, por fim, a oportunidade que representa tomar por foco de interesse para essa discussão os aspectos culturais relacionados às cosmovisões e, em particular a experiência das comunidades de terreiros.

Palavras-chave: Socioantropologia da saúde; Determinantes sociais da saúde; Equidade; Processo saúde-doença.

Abstract

This article discusses the use of a socio-anthropological approach to the health-disease process as a way of dealing with health inequities. Considering that cultural elements have been poorly treated in the approaches on the Social Determinants of Health, this article explores the idea that ethnic and cultural factors may be related to producing inequalities in health by exposing segments of the population to a more vulnerable condition. The aim, therefore, is to contribute to the challenge of aggregating emerging or repressed ethnic and cultural health related needs to the consolidated current model of care and attention. To do this, we consider, on the one hand, uses of the issue of diversity in the contemporary context and, on the other, the issue of “incompleteness” also related to the institutions created. It suggests, finally, the opportunity presented by the focus of interest of this discussion of cultural aspects relating to worldviews and, in particular, the experience of communities of “terreiros”.

Keywords: Socio-Anthropology Health; Social Determinants of Health; Equity; Health-Disease Process.

Introdução

Uma discussão de natureza *socioantropológica* a respeito do processo saúde-doença na situação contemporânea encontraria sua justificativa tanto no preenchimento de um “vazio” que se pode constatar na produção acadêmica no tocante ao elemento “cultura” dos bastante estudados, nacional e internacionalmente, “Determinantes Sociais da Saúde”, quanto no interesse crescente de autoridades sanitárias do País no tocante à produção de inovações para o enfrentamento das iniquidades em saúde¹.

São amplamente conhecidos os diferentes momentos de predomínio das conceituações do processo saúde-doença ao longo da história do Ocidente, que incluem as ideias de equilíbrio-desequilíbrio-reequilíbrio, da medicina hipocrática; de miasmas, como desenvolvidas a partir de meados do século XIX; de micro-organismos como agentes etiológicos fundamentais que marcam o desenvolvimento médico científico do século XX (Buss e Pellegrini Filho, 2007), além das concepções de positividade e negatividade que caracterizam os termos e suas relações (Canguilhem, 1995; Czeresnia, 2003; Lefèvre, 2004).

A discussão que se pretende realizar neste artigo foca a complexidade da determinação do processo saúde-doença e se alinha, por essa razão, às formulações que presentemente se realizam em torno dos determinantes sociais da saúde, pretendendo, contudo, destacar o aspecto cultural, que parece pouco explorado comparativamente ao aspecto econômico presente nessa determinação.

Isso requer partir de um posicionamento que leva da predominante abordagem ontológica da doença a sua abordagem na perspectiva relacional, e com um interesse especial nas relações com as culturas. Como assinalado por Laplantine (1991, p. 49),

no campo extremamente diversificado das imputações etiológicas etnograficamente conhecidas, é possível distinguir duas grandes tendências: as medicinas centradas na doença e cujos sistemas de representações são comandados por um modelo ontológico de natureza mais frequentemente física;

¹ Como exemplo disso, considere-se o projeto “Práticas populares de cuidado à saúde em comunidades de terreiros” financiado pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis, desenvolvido entre 2013 e 2015, e coordenado por este autor.

as medicinas centradas no homem doente e cujos sistemas de representações são comandados por um modelo relacional que pode ser pensado em termos fisiológicos, psicológicos, cosmológicos ou sociais.

Tal posicionamento problematiza uma “expropriação do sentido existencial da doença” (Laplantine, 1991, p. 104) para a qual “a questão do sentido e do por que [relativa ao processo saúde-doença] [...] não cessa de aparecer do ponto de vista biomédico como uma duplicação inútil da problemática causal” (Laplantine, 1991, p. 217). Como assinala Menéndez (1998), o conhecimento médico hegemônico no campo da saúde “só vê as representações e práticas da população como fatores que incidem negativamente sobre a saúde; as percebem como um saber basicamente a modificar” (p. 75).

Alternativamente a esse entendimento, na abordagem da determinação cultural do processo saúde-doença, caberia considerar, por exemplo, as cosmovisões de diferentes grupos como “fenômenos sociais totais”, que permitem “a apreensão do mundo como realidade social dotada de sentido” (Berger e Luchman, 1991, p. 174); como universo simbólico que “põe cada coisa em seu lugar certo” (Berger e Luchman, 1991, p. 135). Esse entendimento alternativo é o que poderia estabelecer um divisor de águas entre considerar a cultura do outro como a possibilidade de um encontro gerador de potência ou, diferentemente, a cultura do outro como um obstáculo a superar.

Nessa abordagem, o processo saúde-doença deixaria de ser pensado em uma rede de causalidade que lhe seria intrínseca - ao modo positivista do cientificismo de conhecer para prever e, assim, poder controlar -, e passaria a ser visto “como um fenômeno psicossocial, historicamente construído [...]” (Berger e Luchman, 1991, p. 134). Essa argumentação, tomada na perspectiva *socioantropológica*, trata de considerar a resposta que as culturas oferecem aos processos saúde-doença, isto é, que conhecimentos da vida cotidiana - que não requerem, portanto, maior verificação - são acionados pelos sujeitos na vivência desses processos.

Com esta argumentação, pretende-se preservar, nesta discussão, aquilo que Minayo (1998, p. 43) chama de

[...] duas tensões salutares. Ou seja, a que se estabelece entre a pesquisa teórica-básica sem compromisso imediato com a realidade e a pesquisa estratégica e operacional voltada para a formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e solução de problemas. A segunda tensão seria entre a disciplinaridade que leva a aprofundar o lugar, o papel e a contribuição da antropologia na sua incursão no setor saúde, e a interdisciplinaridade que significa sua interface com as outras disciplinas [...].

Por um lado, e pensando no binômio teórico-operacional explicitado por essa autora, podem-se produzir não apenas informações relevantes para o desenvolvimento de uma Antropologia da Saúde, mas, também, informações necessárias ao funcionamento adequado do Sistema Único de Saúde, uma vez que características ou fatores étnico-culturais podem estar relacionados à produção das desigualdades em saúde, expondo segmentos da população a uma condição de maior vulnerabilidade.

Para explorar essa possibilidade, recorreremos ao exemplo da etnicidade, que corresponde “ao uso consciente e simbólico de elementos de raça, história, origem comum, costumes, valores e crenças que fazem os membros de um grupo para criar uma comunidade exclusiva e coesa que demanda o reconhecimento por parte dos demais grupos” (Valdívia, 2011, p. 130). A afirmação dessas identidades e diferenças - e não obstante elas sejam um produto positivo da irreduzível pluralidade humana - tem constituído cenários, ao longo de toda a história, de forte tensão e com desfechos deletérios. Processos ativos de exclusão e, ou, de afastamento recíproco resultaram e ainda persistem como expressão de diferentes dimensões de práticas etnocêntricas prevaletentes das ordens, culturas e contextos dominantes do ponto de vista social, econômico e político. Isso faz, portanto, com que movimentos de reconhecimento dessas diferenças possam ser aproximados à produção de saúde e equidade em saúde.

Importantes avanços na criação de instituições representam tentativas de regular as tensões promovidas pelo encontro dessas diferenças. Os estatutos de igualdade nos diferentes países e as declarações internacionais de direitos são exemplos bem sucedidos disso. Da mesma forma que se podem entender as ações de discriminação positiva

voltadas para grupos historicamente prejudicados e, também, a universalização no acesso a bens, serviços e direitos, para a qual o Sistema Único de Saúde é exemplar. Entretanto, se esses avanços protegem alguns grupos da ação discriminatória ou “violenta”, por si sós não são capazes de promover o reconhecimento das diferenças como legítimas e importantes.

Por outro lado, mantendo a tensão anterior, mas alcançando, também, aquela explicitada pela autora entre a disciplinaridade e a interdisciplinaridade, esta discussão permite aproximar os estudos *socio-antropológicos* aos estudos das instituições.

Presentemente, uma das entradas para o enfrentamento dos choques em que se constituem os encontros de culturas diferentes reside na consideração dos limites dos processos de institucionalização de políticas que, como tais, equacionam disputas de interesses e contraposição de valores sem apagar as diferenças existentes (Baptista e Mattos, 2011). Neste sentido, os modelos institucionais aos quais chegaram as sociedades e os Estados contemporâneos em seus processos de desenvolvimento, e para o que aqui interessa, os modelos de atenção pública à saúde, devem permanecer permeáveis às ações instituintes dos indivíduos e grupos aos quais eles se destinam. O desafio que isso representa consiste em agregar necessidades emergentes ou recalçadas de ordem étnico-cultural relacionadas à saúde, ao já consolidado modelo vigente de atenção e cuidado. Trata-se de reconhecer o “inacabamento” também em relação às instituições criadas.

Além disso, aproximam-se elementos constitutivos, por assim dizer, da Antropologia, como a ideia da relativização ou a abordagem hermenêutica, à tarefa importante para a clínica e fundamental para produção das linhas do cuidado, qual seja, a de “repensar o modelo de assistência praticado, priorizando os atos cuidadores e a autonomia dos sujeitos” (Malta e Merhy, 2010, p. 594), que só se dá em contextos de acolhimento à diversidade e singularidade.

Diversidade e reconhecimento

Como assinala Geertz (2001, p. 77), “as fronteiras sociais e culturais têm uma coincidência cada vez menores”, já que, contemporaneamente, a diversidade cultural está cada vez mais dentro das próprias sociedades, fazendo com que o confronto e as trocas sejam muito mais presentes nos processos da renovação cultural do que o foram no passado. Essa situação na qual os outros já não se apresentam distantes como outrora e seus modos de ser e viver se desenvolvem entrecruzados aos nossos parece criar uma série de novos desafios. Senão vejamos.

Não obstante o que já se pode acumular como crítica ao etnocentrismo e seus efeitos deletérios, viver a vida cotidiana em meio à diversidade exige dos sujeitos e grupos sociais a constante afirmação e reafirmação de valores e juízos morais concernentes a nós e aos outros. Isso pode ensejar um reexame do etnocentrismo que acaba por reconhecê-lo como portador de virtudes, tendo por base subjacente uma ideia de que a celebração das diferenças e a empatia a elas reduziriam, ou mesmo eliminariam, nossa capacidade de julgar tomando por base nossa própria cultura, à qual não podemos renunciar, ou seja, seriam justificáveis certas doses de etnocentrismo para se conter o risco de uma entropia moral² (Geertz, 2001).

Para Geertz (2001), tal ideia seria a expressão de um “pensamento social recente” que não sabe lidar com o relativismo e que parece ignorar a antiga contribuição da Antropologia, ainda mais reforçada na situação contemporânea em razão da eclosão e do espraiar da diversidade, mediante “o trabalho da etnografia [...] [que apresenta] um mundo repleto de estranhezas irremovíveis, que não temos como evitar” (Geertz, 2001, p. 82).

A ampliação do contato com as diferenças, provocada por essa situação do presente, não as elimina, mas tem o efeito de proliferá-las recolocando permanentemente o desafio de enfrentamento das assimetrias morais. E pode-se imaginar facilmente o

² Clifford Geertz está se referindo ao argumento relativo à necessária incomunicabilidade entre culturas, desenvolvido por Lévi-Strauss, ver LÉVI-STRAUSS, C. O olhar distanciado. Lisboa: Edições 70, 1986.

impacto que isso pode provocar nos conhecimentos e práticas de saúde, fortemente e historicamente marcados por uma perspectiva moralizadora e normatizadora.

Obscurecer ou ignorar essas assimetrias mediante posturas etnocêntricas contemporâneas, como uma impermeabilização da esfera “nós”, uma afirmação de que temos sorte de não ser “eles” ou a adoção da máxima “relaxe e goze” significa, para Geertz (2001, p. 76), perder a possibilidade de “mudarmos de ideia” [...], [sendo que a história de povos e pessoas é] “a história dessa mudança de ideias”.

Daí a conclusão de Geertz sobre o que pode conduzir a um encontro não destrutivo entre as culturas:

os usos da diversidade cultural, de seu estudo, sua descrição, sua análise e sua compreensão, têm menos o sentido de nos separarmos dos outros e separarmos os outros de nós, a fim de defender a integridade grupal e lealdade de grupo, do que o sentido de definir o campo que a razão precisa atravessar, para que suas modestas recompensas sejam alcançadas e se concretizem” (Geertz, 2001, p. 81).

A argumentação desenvolvida por esse autor desemboca na ideia de que a questão do reconhecimento das diferenças segue sendo, na contemporaneidade, uma peça-chave, por assim dizer, para o acesso a um mundo melhor ou mais solidário entre as culturas.

Já a abordagem de Bauman (2003) poderia ser considerada como um contraponto dessa leitura da situação contemporânea e do que parece dela restar. Ainda que sua sociologia também esteja fortemente comprometida com a ideia de que a situação contemporânea seja uma chance - ainda que apenas uma chance, dada a condição de se ter de viver em meio a uma contingência insuperável -, de levar-nos à tolerância e desta à solidariedade (Bauman, 1999), esse contexto de luta por reconhecimento, segundo ele, corresponderia ao abandono do “modelo da justiça social como horizonte último da sequência de tentativas e erros - em favor de uma regra/padrão/medida de ‘direitos humanos’ que passa a infundável experimentação com formas de coabitação satisfatórias ou pelo menos aceitáveis” (Bauman, 2003, p. 69).

Segundo esse autor, “a lógica das ‘guerras pelo reconhecimento’ prepara os combatentes para a

absolutização da diferença. Há um traço fundamentalista [...] [que] tende a tornar ‘sectárias’ [...] as demandas por reconhecimento” (Bauman, 2003, p. 72).

Criticando abordagens da questão do reconhecimento como “autorrealização” ou como “tendência culturalista”, Bauman (2003) pretenderia inserir a questão “do reconhecimento no quadro da justiça social” (Bauman, 2003, p. 72). Como assinala esse autor: “as demandas por redistribuição feitas em nome da igualdade são veículos de integração, enquanto que as demandas por reconhecimento em meros termos de distinção cultural promovem a divisão, a separação e acabam na interrupção do diálogo” (Bauman, 2003, p. 72).

Há um impacto considerável da relativização sobre o pensamento de Bauman, ou do que ele chama de “precipício relativista”. A igualdade para procurar a estima social parece ao autor um objetivo acima de qualquer suspeita ou dúvida, uma finalidade inelutável do existir individual e social. Tal impacto acaba por produzir uma leitura invertida sobre o que a relativização seria capaz de promover. Distinguir culturalmente, em sua leitura, não mais tornaria evidente uma sociedade dividida, separada e sem diálogo, mas pelo contrário, produziria uma sociedade com essas características.

Não poderíamos facilmente concluir que foi a abordagem culturalista, ou a relativização o que produziu as diferenças. Parece plausível, isto sim, considerar que essas últimas a ensinaram. Se o reconhecimento de diferenças leva à relativização, são as condições da vida contemporânea que levam à busca pelo reconhecimento. Como assinala Crespi (1997),

a impossibilidade de basear, como no passado, a própria identidade em fundamentos absolutos (Deus, a natureza, a razão, as finalidades da história, etc), numa situação em que a única referência universal que se mantém aparenta ser o princípio da igualdade, parece levar os atores sociais a buscarem novas identificações nas formas culturais particulares, reivindicando para estas um reconhecimento incondicional (p. 245).

Aplica-se, como parece ser o caso, à argumentação realizada por Bauman (2003) sobre o tema, o que diz Geertz (2001, p. 51): “o antirrelativismo, em boa parte, engendrou a angústia de que se alimenta”, já que talvez não sejam tão diferentes, como supõe o

primeiro, a luta por justiça social e a luta pela autorealização com tendência culturalista.

O que subjaz a essa sua análise parece ser, de fato, um antirrelativismo mais do que uma negação de uma política de reconhecimento, cuja mescla com uma justiça distributiva “é, pode-se dizer, uma consequência natural da moderna promessa de ‘justiça social’ nas condições da ‘modernidade líquida’ [...], que é [...] uma condição que acima de tudo precisa da arte da coabitação pacífica e caridosa[...]” (Bauman, 2003, p. 73).

O lugar de uma política de reconhecimento, para esse autor, decorre de sua leitura sobre a situação contemporânea, na qual já não caberia a esperança ou crença em uma ordem planejada dada de antemão, que teria caracterizado indelevelmente a modernidade. Não se trata, portanto, de remover impedimentos “de um só golpe” para produzir uma sociedade justa, mas fazê-lo em razão da “articulação, manifestação e esforço das sucessivas demandas por reconhecimento” (Bauman, 2003, p. 73).

Bauman admite “que a liberdade de articular e perseguir demandas por reconhecimento é a principal condição da autonomia, da capacidade prática de autoconstituição [...] da sociedade em que vivemos[...]” (Bauman, 2003, p. 74). Importa destacar que se trata, nesse entendimento, de refutar tanto um “fundamento universalista”, quanto uma “natureza essencialista das diferenças” em favor de diálogos e negociações.

Entretanto, ao acompanhar o desenvolvimento de sua argumentação, podemos perceber que se uma política de reconhecimento não é negada, como já assinalamos acima, um juízo acerca de sua pertinência aparece condicionado a sua efetivação em articulação a outra política ou movimento, a algo que, de fato, importa, no caso, a luta contra a desigualdade distributiva. As diferentes formas de privação econômica, assim como as diferentes formas de se lidar com elas ao longo dos últimos séculos é o que vai ocupar lugar central no argumento de Bauman (2003) e, em sua conclusão, o que ocorreu na situação contemporânea foi uma substituição da justiça social pela distinção cultural.

A insistente refutação de uma abordagem culturalista, por esse autor, pode revelar, dessa forma, mais do que uma preocupação com a absolutização

das diferenças. É o lugar que os elementos da cultura podem ocupar em relação às condições materiais, e econômicas, de existência, o que parece estar em discussão, atualizando ou recolocando, assim, tensões clássicas e constitutivas do campo da sociologia. Os elementos da cultura que eventualmente possam ser colocados em jogo acabam por ser tomados como meros epifenômenos, como efeitos secundários ou subprodutos.

Essa é, como entendemos, uma tensão inerente ao desenho de abordagens *socioantropológicas*. Como assinalado por Crespi (1997):

O traço distintivo que caracteriza a cultura contemporânea relativamente à das épocas anteriores é sem dúvida o fato de, talvez pela primeira vez na história da humanidade, a ordem simbólica ter sido vista como uma dimensão dotada de uma autonomia própria relativamente à realidade e, ao mesmo tempo, como uma componente constitutiva da própria realidade (p. 239).

O traço destacado por esse autor, no entanto, é uma presença entre outras. Não obstante a contribuição de Weber para tanto, ter de examinar permanentemente o quanto o problema do “sentido” na área das ciências sociais “começou [, de fato,] a ser visto como algo mais, ou como algo diferente de um verniz convencional, aplicado sobre uma realidade estável” (Geertz, 2001, p. 153) continua a ser uma tarefa quando se pretende construir conhecimentos na área.

No atual momento de uma sociologia da cultura, sobre a qual se detém Crespi (1997, p. 81), é possível considerar “a relação cultura-sociedade nos termos de uma interação recíproca entre componentes diversas igualmente relevantes”. Corroboram para isso abordagens baseadas no “interacionismo simbólico” que põem foco sobre a relevância das “*crenças* e as *convicções* com base nas quais os atores sociais serepresentam a situação a fim de determinarem, de fato, a sua atitude e o seu modo de agir” (Crespi, 1997, p. 113), ou seja, da ordem simbólica que é “constitutiva do ator social e encontra-se na base da interação entre os sujeitos” (Crespi, 1997, p. 115).

Entretanto, outra presença igualmente marcante tende a subordinar essa ordem simbólica “às estruturas objetivas que resultam da divisão das classes” (Crespi, 1997, p. 133) como, por exemplo, na teoria

de Bourdieu. Esse parece um exemplo significativo, pois o recurso a essa sociologia é bastante frequente na produção de conhecimentos na área das ciências sociais em saúde, sobretudo o recurso à noção de *habitus* tal como desenvolvida por esse autor.

A tensão inerente às abordagens *socioantropológicas* pode ser mais nitidamente apreendida se voltarmos nossa atenção às narrativas de tipo religioso, “as concepções globais do mundo e da vida humana” que estão “entre as formas culturais que mais desenvolvem uma influência generalizada sobre as representações, os valores e as regras socialmente partilhados” (Crespi, 1997, p. 152).

Compõem um quadro de obras “clássicas” das ciências sociais as abordagens dessa temática por Marx, Weber, Durkheim, Malinowski, Radcliffe-Brown, entre outros, e, presentemente, segundo Geertz (2001, p. 159), “a visão que parece subjazer a inúmeras análises da expressão religiosa [...] [é] a de que a religião não passa de uma máscara e uma mistificação, um encobrimento ideológico de ambições perfeitamente seculares e mais ou menos egoístas[...]”. Segundo esse autor, para as ciências sociais, em geral, “a ‘Religião’ é a variável dependente favorita” (Geertz, 2001, p. 155).

Dessa forma, considerar como exemplo a manifestação religiosa de comunidades de terreiros – a expressão de cosmovisões de matriz africana como determinantes culturais do processo saúde-doença em torno das quais se podem produzir iniquidades em saúde –, como base para a reflexão sobre a determinação cultural do processo saúde-doença parece ser uma entrada assaz profícua para o desenvolvimento do tema. Como “dimensão constante da experiência humana” (Crespi, 1997, p. 166), a religião como foco da investigação pode dizer mais “que embates particulares com demônios internos” (Geertz, 2001, p. 151) ou que “mera desrazão” (Geertz, 2001, p. 156). No que é próprio a uma abordagem de natureza *socioantropológica*, pode informar sobre o outro e, portanto, sobre nós mesmos e a forma como pensamos a saúde.

Além disso, uma abordagem com essas características contribui, ainda, para o desenvolvimento de uma perspectiva autorreflexiva sobre a produção de conhecimentos nessa área quando conduzida aos moldes de uma sociologia das emergências, como proposta por Santos (2004).

Esse autor denuncia o papel desempenhado pela ciência ocidental moderna – e incluíamos aqui também produções das ciências sociais – na ocultação de experiências, o que significa tornar irrelevantes “outros discursos ou narrativas sobre o mundo [...], [outras] formas de interação entre a cultura e o conhecimento [...], [enfim,] esconder ou desacreditar as alternativas” (Santos, 2004, p. 778).

Segundo esse autor, “sem uma crítica do modelo de racionalidade ocidental dominante pelo menos durante os últimos duzentos anos, todas as propostas apresentadas pela nova análise social, por mais alternativas que se julguem, tenderão a reproduzir o mesmo efeito de ocultação e descrédito” (Santos, 2004, p. 778).

O que sustenta esse papel desempenhado pela ciência é, segundo Santos (2004, p. 782), uma obcecada “ideia da totalidade sob a forma da ordem”. Sua primazia é dada por uma totalidade, a única totalidade, fundada na ideia do progresso, cuja imposição eficaz “manifesta-se pela dupla via do pensamento produtivo e do pensamento legislativo”. Em tal situação tudo parece composto de partes homogêneas que devem seguir uma dada ordem. Assim, “o que não existe é, na verdade, ativamente produzido como não existente, isto é, como uma alternativa não credível ao que existe” (Santos, 2004, p. 786)³.

Quando esse autor se refere à produção de não existência, ele considera outras formas de conhecer ou produzir conhecimentos, formas diferentes de se manifestar, organizar e, enfim, outras formas de viver; ele se refere à “ocultação de muita experiência e criatividade que ocorre no mundo” (Santos, 2004, p. 53), tanto quanto a “outros discursos ou narrativas sobre o mundo” (Santos, 2004, p. 778), entre as quais se poderiam incluir as cosmovisões de comunidades

3 São lógicas de produção da não existência, indicadas por Santos (2004): “[...] monocultura do saber e do rigor do saber [...] monocultura do tempo linear [...] lógica da classificação social [...] lógica da escala dominante [...] lógica produtivista” (Santos, 2004, p. 787-789). E a essas lógicas correspondem, respectivamente, ignorância ou incultura, previsibilidade e progresso, naturalização da diferença, peso no universal/global e crescimento econômico.

de terreiros, por exemplo.

A abordagem desse autor é, ainda, oportuna para a reflexão aqui proposta por aproximar certa forma de se produzirem conhecimentos à produção de versões de posturas etnocêntricas. Como diz Santos (2004, p. 792), “em todas as lógicas de produção de ausência a desqualificação das práticas vá de par com a desqualificação dos agentes”.

Ressente-se esse autor do debate intelectualmente indolente fundado por uma razão metonímica “obcecada pela ideia da totalidade sob a forma da ordem. [Segundo essa razão,] não há compreensão nem ação que não seja referida a um todo e o todo tem absoluta primazia sobre cada uma das partes que o compõem” (Santos, 2004, p. 782). Essa primazia operar-se-ia com a produção de dicotomias que contêm sempre uma hierarquia, e como exemplo que tem grande interesse para esta discussão ele refere a dicotomia “conhecimento científico/conhecimento tradicional”.

Assim, o estudo das práticas de cuidado à saúde de comunidades de terreiro, realizado na perspectiva aberta por esse autor, poderia oferecer certa visibilidade a conhecimentos não hegemônicos tratando-os não dicotomicamente em relação aos conhecimentos do modelo médico hegemônico, mas, pelo contrário, visando produzir encontros não destrutivos ou solidários entre culturas, modelos de atenção à saúde e, por que não, melhorias no Sistema Único de Saúde.

Saúde e instituições

Há uma visão predominante acerca do processo saúde-doença que se estabelece a partir de uma relação de negação entre os termos. Trata-se da concepção para a qual a saúde corresponde à ausência de doenças. Assim como para se estar saudável é preciso não ter alguma doença, para reestabelecer a saúde seria preciso enfrentar ou eliminar a doença. Nessa visão predominante, prevalece a dimensão ontológica da doença (Laplantine, 1991), isto é, um entendimento centrado na doença mesma, em suas características intrínsecas.

Há um ponto de ruptura a partir do qual essa concepção acerca do processo saúde-doença ganha espaço e se torna predominante, que pode ser identificado na revolução anatômica vesaliana.

É o mesmo ambiente cultural de mudanças decorrentes do Renascimento e produtoras das Revoluções Científicas do século XVI, das quais Vesálio é um expoente, que Descartes, quase um século mais tarde, vai experimentar e no qual vai elaborar seu Discurso do Método. O que resta dessa combinação de anatomia e racionalismo cartesiano é um corpo objetivado e fragmentado, composto de órgãos e tecidos separados que podem ser estudados isoladamente e as “tendências reducionistas e objetivistas da medicina moderna têm aqui a sua origem” (Ortega, 2008, p. 107). E não apenas a medicina, mas todo o pensamento moderno irá se ver influenciado por essas duas orientações metodológicas - o empirismo da observação e o racionalismo *matematizador* - e sua busca de produção de certezas científicas, do conhecimento claro e distinto das coisas.

Entretanto, tal prevalência não corresponde à aniquilação das diferenças ou das disputas em torno das definições e, ou, concepções. Isto porque os modelos, concepções e definições que se colocam em permanente disputa são construções sociais. Uma vez criados pelos homens, pelos significados que atribuem às coisas, podem ser permanentemente recriados e resignificados.

Assim, da mesma forma que antes dessa ruptura vesaliana prevalecia o entendimento acerca do equilíbrio/desequilíbrio em que consistia o processo saúde-doença, como na teoria humoral, portanto, não a noção de uma negação dos termos, mas um equilíbrio dinâmico entre eles produzindo as situações de saúde e doença, durante o predomínio pós-ruptura vesaliana também concepções alternativas ocuparam o terreno de disputas conceituais. A dimensão relacional e não mais ontológica que informava os conhecimentos sobre o processo na teoria dos humores volta, no século XIX, na forma da teoria dos miasmas, para a qual as doenças estavam relacionadas às condições ambientais naturais ou construídas, incluindo-se de modo especial o ambiente urbano e o ambiente de trabalho industrial.

No início do século XX, e como decorrência de novas descobertas científicas aliadas a suas potencialidades como valores de troca, a concepção prevalente ganha nova força informada pelo que se veio a denominar de era bacteriológica, marcada pela

identificação de micro-organismos como agentes etiológicos principais das doenças que atingiam as populações de então.

Muitas décadas transcorreriam antes que se tornasse mais evidente que não apenas as doenças persistiam, novas doenças eram identificadas, mas, principalmente, elas se distribuíam de formas diferenciadas e em razão das condições de vida dos diferentes segmentos sociais (Laurell, 1982). A perspectiva de doenças identificadas a condições desiguais de existência expressa uma crítica social mais ampla que se avoluma a partir da década de 1960 em relação ao cientificismo, ao capitalismo, aos poderes e às instituições, de modo geral.

Assim chegamos ao ponto que, sobretudo, nos interessa ao discutirmos as concepções relativas ao processo saúde-doença, ou seja, a intenção de inscrevê-las no campo, por assim dizer, da criação institucional em sentido amplo.

Pensamos nas instituições como coisas criadas para estabelecer graus desejáveis de ordem e estabilidade para a vida. Como assinalam Berger e Luckman (1991), elas decorrem de tipificações que fazemos na perspectiva de reduzir nossos esforços, de regular as ações tornando-as previsíveis e, liberando, assim, nossa energia para a solução de problemas novos. A questão, no entanto, é que apesar desse sentido construído na e pela história, como diria Castoriadis e Cohn-Bendit (1981), uma vez criadas essas instituições nos coagem. Como assinala Luz (1981, p. 10), as “instituições são focos de incêndio”, cujas labaredas se alimentam dos impulsos de definir e da resistência a essas definições. Pensar sobre as instituições significa ter de pensar nas relações entre o instituído e o instituinte (Lourau, 1975; Maffesoli, 1997; Castoriadis, 2000), o que está dado e o que se está dando.

Temos, assim, a possibilidade de refletir sobre o lugar que ocupam e a pressão que exercem as instituições, no caso o cientificismo dos conhecimentos em saúde que informam a visão predominante do processo saúde-doença, em nossa experiência. O nosso lugar na criação e/ou adesão a elas, os nossos modos de pensar e agir e, também, os conflitos e as

tensões que elas criam são o substrato sobre o qual se deve voltar permanentemente o exame.

A questão do cuidado representa, nesse sentido, um novo lance nessa disputa de concepções acerca do processo saúde-doença; ela expressa essa tensão entre o instituído e o instituinte aplicado aos conhecimentos em saúde.

Se traduzíssemos essa tensão na forma de perguntas, teríamos: aonde vai chegar essa tecnologia em saúde e quem poderá pagar por ela? Até quando “faremos” saúde sem o sujeito do cuidado? Não conta a experiência do corpo “vivido”? A saúde é o silêncio na vida dos órgãos ou é a capacidade que os sujeitos têm de gastar a vida (Canguilhem, 1995)? A saúde se dá apenas no enfrentamento do contexto biológico da vida? A vida do indivíduo não viria junto com o paciente (Feuerwerker⁴)?

Entre as diversas contribuições que a concepção de cuidado traz ao tencionar o entendimento hegemônico do processo saúde-doença, ao demandar que as instituições “falem” de outro modo, queremos destacar a experiência do corpo vivido, isto é, da vida que cada um tem estado a construir. Isso corresponde a que o foco de interesse não possa ser reduzido às doenças; que estas têm a ver com a experiência tal como dada em uma cultura qualquer; que a doença é, também, a percepção que se tem dela; e que, portanto, precisamos dos sujeitos para compreender os processos de saúde-doença, precisamos apreender as diferenças e as singularidades que se produzem para seu equacionamento.

É na perspectiva do cuidado, sobretudo, que pode ganhar maior relevância a discussão aqui proposta. Por um lado, podemos considerar o cuidado em uma dimensão ontológica, enquanto relacionado às características da “abertura” e da “plasticidade” – que são constantes antropológicas (Berger e Luckman, 1991; Morin, 1979) – que, como tais, trouxeram as culturas aos pontos em que elas se encontram e representam, portanto, uma oportunidade para mais bem compreendê-las. Por outro lado, pode contribuir para o exame dos modelos assistenciais do sistema de saúde seja recolocando a questão da pluralidade humana e imprevisibilidade de sua ação

4 FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. Arquivo pdf obtido da autora em abril/2012 nomeado “REVISADO - Capitulo 15_Cadeia do Cuidado_Laura-2.pdf - Adobe Reader”.

(Arendt, 2007), seja vergando a vara das práticas em saúde do “procedimento à relação”, “do laboratório ao ato” (Merhy, 2006) ou do “racional ao simbólico” (Caprara, 2003).

Comunidades de terreiros e a produção de equidade

Tomamos como ponto de partida para esta breve seção as considerações de Alves e Rabelo (1998), para os quais:

A experiência, na verdade, nunca se enquadra perfeitamente nos modelos ou representações propostas para explicá-la: há uma dinamicidade, indeterminação ou excesso de sentido em toda experiência que faz com que sempre haja espaço para novas e renovadas formulações a respeito (Alves e Rabelo, 1998, p. 119).

O espaço das formulações sobre a experiência a que se referem esses autores pode, como entendemos, ser ocupado tanto por aqueles que a vivenciam quanto por aqueles que vão tomá-la em consideração ou interpretá-la. Partindo dessa compreensão, podemos, por um lado, abordar uma comunidade de terreiro considerando que ela age não apenas em razão de uma reprodução conforme a um repertório cultural dado, mas sim a partir desse repertório e transformando-o em razão da própria experiência. Uma abordagem que seria, portanto, capaz de superar o mero empirismo-descritivo de suas práticas de cuidado e alcançar uma perspectiva fenomenológica entendendo essas práticas como indicação de seu modo de ser no mundo, isto é, como “sujeito em relação com o mundo” (Abbagnano, 1998, p. 932).

Por outro lado, podemos, mediante uma interpretação nesses moldes, aproximar, entrecruzar ou problematizar as práticas de cuidado à saúde de uma comunidade de terreiros na sua relação com as práticas instituídas do sistema de saúde, ultrapassando, dessa forma, tanto uma abordagem essencializada das particularidades e diferenças quanto uma abordagem própria a um “neomarxismo desmascarador” (Gomes e col., 2002) delas, buscando alcançar uma

abordagem hermenêutica gadameriana informada pela noção de “fusão de horizontes”⁵.

Essa não é, certamente, uma tarefa fácil e, no entanto, é bastante necessária. Uma abordagem *do-cioantropológica* é o que pode oferecer os melhores desfechos para esse encontro cultural em torno das práticas de cuidado. Os estudos que esta discussão demanda nesse sentido podem reduzir o risco de investirmos apenas na acomodação das diferenças promovida pela desmistificação das práticas dessas comunidades.

Apenas assim é que poderemos não reduzir - tomando como exemplo o Candomblé - o sacerdócio de Ossaim, ou o uso das ervas, às práticas medicinais ou fitoterápicas (Bastide, 1978). A justa preocupação que os autores a seguir demonstram em relação a ampliar o diálogo entre essas culturas, que é também ao que convoca esta discussão, deve estar necessariamente acompanhada de um descentramento capaz de apreender esse encontro como uma possibilidade de aprendizado para ambas as partes.

Alves e Seminotti (2009, p. 86), assinalam que “as comunidades tradicionais de terreiro - territórios comunitários de preservação e culto das religiões de matriz africanas e afro-brasileiras - são espaços de acolhimento e aconselhamento de grupos historicamente excluídos [...]”. Segundo esses autores, e corroborando nosso entendimento quanto ao alcance da esfera do simbólico na organização das formas de seguir na vida, “as relações interpessoais produzidas no terreiro possibilitam o acolhimento, as trocas afetivas, a construção de conhecimento, a promoção e prevenção à saúde e a renovação de tradições, como o uso terapêutico de plantas” (Alves e Seminotti, 2009, p. 86).

Ainda que o foco de análise desses autores, aparentemente voltado para o “resgate da história coletiva” capaz de enfrentar o “desenraizamento” de culturas, não seja o nosso, os resultados de seus estudos nos interessam em diversas perspectivas. Esse é o caso de sua indicação de que haja “um desconhecimento acadêmico sobre como essas práticas são fundadas e realizadas, o que, muitas vezes, leva a uma interpretação psicopatológica e estigmati-

5 “It is through the fusion of horizons that we risk and test our prejudices. In this sense, learning from others forms of life and horizons is at the very same time coming to an understanding of ourselves. Only through others do we gain true knowledge of ourselves” (Bernstein, 1983, p. 144).

zadora dos fenômenos religiosos afro-brasileiros, impedindo o diálogo entre profissionais e lideranças de terreiro” (Alves e Seminotti, 2009, p. 87).

Da mesma forma que nos interessa o destaque que dão ao fato das práticas de cuidado de comunidades de terreiro não serem necessariamente concorrenciais ou conflitivas em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao ponderarem a aproximação que tais práticas podem ter em relação à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2006).

A produção teórica recente sobre o assunto, que pode ser encontrada nos periódicos científicos brasileiros, tem reafirmado, grosso modo, essas questões acima indicadas. As dificuldades de aproximação entre comunidades e SUS são frequentemente destacadas nessa produção. Serra e colaboradores (2010, p. 172) destacam o “*a priori* de que o povo-de-santo é ignorante, supersticioso, portador de ideias ‘atrasadas’, dado a práticas irracionais, incompatíveis com o ideal de saúde”. Da mesma forma, Mota e Leite (2011, p. 9) afirmam que “a relação entre biomedicina e outras tradições de cura ainda é distante e marcada pelo preconceito e estigmatização da religião”.

Mota e Trad (2011), mais focados nos significados atribuídos pelas comunidades de terreiros do que nas relações destas com o SUS, acabam por convergir com os autores citados imediatamente acima quanto à situação de discriminação a que essas comunidades estão submetidas. Segundo esses autores,

a vinculação com religiões de matriz africana constitui uma dupla finalidade: de resistência política e afirmação identitária - um lugar de compartilhamento dos problemas e aflições cotidianas, como também de compartilhamento de conquistas e curas. Para muitas famílias negras, o barracão ou a roça do terreiro de candomblé, tanto no passado como no presente, são percebidos como espaços acolhedores de suas aflições pessoais, e de enfrentamento de experiências discriminatórias e de adoecimento (Mota e Trad, 2011, p. 336).

Outro elemento comum aos diferentes estudos sobre a problemática, que chama a atenção, refere-se à ausência de “conflito ou concorrência” entre diferentes práticas de cuidado e atenção à saúde explicitada por Alves e Seminotti (2009), ainda

que tal ausência seja devida ao entendimento das comunidades em relação ao sistema de atenção instituído e não do entendimento deste em relação a daquelas, como bem podem exemplificar os excertos relativos à discriminação apresentados acima. Tal assimetria, considerando-se os recursos que detêm cada uma das partes em suas relações, pode ser uma fonte importante na produção de iniquidades que interessa a esta discussão.

Abordar, portanto, com um referencial *socioantropológico* a determinação cultural do processo saúde-doença, considerando, por exemplo, esse público, pode informar-nos sobre os limites, mas, também sobre as possibilidades de extensão dos marcos institucionais das práticas de saúde no âmbito do SUS, renovando os esforços que se tem feito para dar cada vez mais substância ao princípio da equidade.

Isso é para o que esta discussão pretende contribuir.

Referências

- ABBAGNANO, N. Dicionário de filosofia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALVES, M. C.; SEMINOTTI, N. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 43, p. 85-91, 2009. Suplemento 1.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz: Relume Dumará, 1998. p. 107-121.
- ARENDT, H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. Não paginado. Disponível em: <<http://www.ims.uerj.br/ccaps/?p=443>>. Acesso em: 14 nov. 2011.
- BASTIDE, R. O candomblé da Bahia: rito nagô. São Paulo: Nacional; Brasília, DF: INL, 1978.

- BAUMAN, Z. Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BAUMAN, Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BERGER, P.; LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1991.
- BERNSTEIN, R. J. Beyond objectivism and relativism: science, hermeneutics and praxis. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1983.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnpic.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2012.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, 2003.
- CASTORIADIS, C. A instituição imaginária da sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.
- CASTORIADIS, C.; COHN-BENDIT, D. Da ecologia à autonomia. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- CRESPI, F. Manual de sociologia da cultura. Lisboa: Estampo, 1997.
- CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.
- GEERTZ, C. Nova luz sobre a antropologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GOMES, R. et al. As representações sociais e a experiência da doença. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.
- LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud, México, DF, v. 2, n. 1, p. 7-25, 1982.
- LEFEVRE, F. Promoção de saúde, ou, a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.
- LOURAU, R. El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu, 1975.
- LUZ, M. T. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- MAFFESOLI, M. A transfiguração do político: a tribalização do mundo. Porto Alegre: Sulina, 1997.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.
- MENÉNDEZ, E. L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz: Relume Dumará, 1998. p. 71-93.
- MERHY, E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz: Relume Dumará, 1998. p. 29-46.
- MORIN, E. O enigma do homem. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- MOTA, C.; LEITE, L. Corporeidade e saúde no candomblé: um estudo sobre percepções e práticas de cuidado com o corpo no contexto religioso. In: CONGRESSO LUSO AFRO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS: DIVERSIDADES E (DES)IGUALDADES, 11., 2011, Salvador. Anais eletrônicos... Salvador: UFBA, 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1307735790_ARQUIVO_TEXTOCONLABcorpoII.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2012.

MOTA, C. S.; TRAD, L. A. B. A gente vive pra cuidar da população: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 325-337, 2011.

ORTEGA, F. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SANTOS, B. S. S. Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado. São Paulo: Cortez, 2004.

SERRA, O. et al. Candomblé e políticas públicas de saúde em Salvador, Bahia. *Mediações*, Londrina, v. 15, n. 1, p. 163-178, 2010.

VALDIVIA, M. Etnicidad como determinante de la inequidad en salud materno-infantil en el Perú. In: HERNÁNDEZ BELLO, A.; RICO DE SOTELO, C. (Ed.). *Protección social en salud en América Latina y el Caribe: investigación y políticas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2011. p. 121-158.

Recebido em: 06/07/2012

Reapresentado em: 01/05/2013

Aprovado em: 04/06/2013