



HOSPITAL ESPIRITUAL CASA DE HANSEN: A EXPERIÊNCIA DA DOENÇA NA PERSPECTIVA CULTURAL

Valquíria da Silva Barros¹

RESUMO: A proposta deste artigo é refletir sobre a construção das noções de saúde e doença na contemporaneidade, a partir do diálogo entre a lógica biomédica e a perspectiva culturalista de análise. Esta discussão está alicerçada na premissa de que saberes e práticas de qualquer sistema médico são construções socioculturais que incluem valores, símbolos, normas e práticas e, antes de tudo, oferecem uma visão do mundo particular de um grupo. Partiu-se da compreensão do conceito de cultura de Geertz (2015) como um conjunto de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes. Esses elementos mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhado por diferentes membros de um grupo social. Assim, considera-se que os aspectos culturais são instrumentos de acesso relevantes para a compreensão dos processos de adoecimento e de cura no contexto das terapias religiosas, tomando-se, dessa forma, os modos de adoecer-tratar como parte de um processo sociocultural, que ressalta a dimensão simbólica da saúde e da doença. Assim, para compreender os processos envolvidos na relação saúde-doença e os modos de curar não-biomédicos, na perspectiva religiosa, situada no viés das cirurgias espirituais mediúnicas, propõe-se uma reflexão alicerçada nos aspectos simbólicos inscritos na cultura. Busca-se suscitar a discussão da prática médica com um olhar para além daquilo que seja passível de mensuração, conforme postula a premissa cartesiana. Para tanto, faz-se necessário um diálogo que transcenda a especialidade e domínio hegemônico da biomedicina. Para abordar as questões relativas ao sistema terapêutico biomédico e os sentidos de doença segundo essa perspectiva, nos baseamos em Kleiman et.al. (1978), Sarti (2001) e Langdon (2006). Para abordar o elo entre natureza e cultura que norteiam as compreensões sobre a relação saúde-doença, referenciamos Queiroz e Canesqui, (1986). A abordagem sobre as relações tecidas no âmbito social que relacionam saúde-cura na perspectiva religiosa foi feita com base em Laplantine (1986; 1989), Montero, (1985) e Maluf (2005).

46

PALAVRAS-CHAVE: cultura; sistema biomédico; saúde-doença

INTRODUÇÃO

Este texto é produto da pesquisa de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Humanidades Culturas e Artes, da Universidade do Grande Rio – Professor José de Souza Herdy, intitulada *O corpo como sujeito*

¹ Doutoranda em Humanidades, Culturas e Artes, Unigranrio; Mestre em Educação, Gestão e Difusão em Biociências, IBqM/UFRJ; Mestre em Humanidades, Culturas e Artes, Unigranrio; Graduada em Comunicação Social, ECO/UFRJ.



de experiências em espaço sagrado nos processos de saúde-doença: cirurgias espirituais (2016). A pesquisa foi conduzida no Hospital Espiritual Sagrado Coração de Jesus – Casa de Hansen e o objetivo geral foi compreender, a partir da experiência corporal, o processo de ressignificação do sujeito no processo de cura intermediado pelas *cirurgias espirituais* enquanto prática terapêutica oferecida pelo espaço.

As práticas terapêuticas religiosas fazem parte do cotidiano popular do brasileiro e são historicamente articuladas no enfrentamento dos processos saúde-doença, convivendo com as práticas biomédicas, mesmo em constante confronto. Entretanto, a partir de 1998, uma mudança de paradigma se inscreve nas políticas internacionais e a categoria saúde passa a ser definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”, desvinculando-se da “ausência de doenças” (TONIOL, 2018).

Essa nova definição de saúde revoluciona a forma de se lidar socialmente com a doença, legitimando de forma contundente as práticas não-biomédicas no espectro dos dispositivos de saúde, as aproximando de um conceito muito mais relacionado à cultura e aos sentidos simbólicos de atribuição de sentido às experiências. Conforme destaca Toniol (2015), um exemplo que expressa sua importância foi a aprovação pelo Ministério da Saúde, em 2006, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). A iniciativa, segundo o autor, contempla práticas não hegemônicas aos cuidados de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), indo na contramão do modelo biomédico oficial no Brasil.

De acordo com Laplantine (1986; 1989) & Montero (1985), as práticas terapêuticas populares intermediadas pela religião constituem-se um dispositivo de construção de sentidos sobre a doença, e podemos dizer que respondem ao vazio deixado pelo modelo biomédico. Elas funcionam como uma estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante das questões de caráter moral, pessoal, social e físico. A percepção da causa da doença e da profilaxia, sendo determinada por fatores culturais, é ancorada em redes de símbolos que



articulam conceitos biomédicos e culturais e implicam em formas características de enfrentamento de problemas de saúde.

Nesse contexto, o paciente é considerado apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre, e a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Nessa perspectiva, o distanciamento médico, em busca da verdade sobre a doença, talvez tenha impulsionado a crise atual da medicina ocidental exatamente porque, conforme um dos versos do poema *Entre lágrimas se fala*, de Cecília Meireles (2002), “De tão longe não se escuta. Não se escuta e não se entende”.

Nessa perspectiva, este artigo teve como objetivo refletir sobre os contrastes do modelo biomédico de interpretação do processo saúde-doença em relação à perspectiva antropológica do relativismo cultural. Buscou-se evidenciar, a partir das narrativas de pacientes da Casa de Hansen, de que forma a insatisfação com o modelo biomédico enfatiza as múltiplas possibilidades que a vertente interpretativa pode proporcionar ao bem-estar do paciente, na medida em que aborda o ser humano de forma integral, considerando sua relação com o meio social, o ambiente.

48

As considerações do artigo apontam para o que destaca a constatação de Queiroz e Canesqui (1986, p. 152) sobre um “elo inexorável entre doença, medicina, cultura e sociedade”. Neste sentido, reiteramos que a antropologia cultural, ao procurar compreender a natureza das interações entre biologia, sociedade e cultura, abre caminho para outras abordagens da doença, destacando a compreensão das origens sociais da doença, bem como as representações e metáforas dos sintomas, tratamentos e da própria doença. Nesses termos, este texto buscou articular uma reflexão sobre as contribuições da cultura para a elaboração de um sistema de cuidado baseado em um saber não-hegemônico, em que as práticas populares sejam relevantes e legítimas no processo de interpretação e cuidado dos eventos saúde-doença.

MODELO BIOMÉDICO, FRAGMENTAÇÃO E AUSÊNCIA

Observa-se na atualidade um modelo biomédico fragmentado e baseado na visão tecnicista das práticas de saúde. A organização do trabalho e as práticas de saúde são baseadas no modelo cartesiano positivista de assistência



e seus modos de produção originaram a chamada medicina de órgãos, em prejuízo de uma abordagem holística integral. Ao fragmentar o humano e reduzir o mundo a equações, a ciência se distanciou da vida, articulando um saber sobre a doença calcado em uma medicina tecnicista e informatizada, que enxerga coisas em vez de semblantes (FOULCAULT, 2011).

O médico ocupa-se com a doença, não com o doente. Seu olhar criterioso procura sinais que indiquem um diagnóstico. Uma vez identificada a doença, o mesmo olhar acompanha a reação desta à medicação em seus mínimos detalhes. A resistência da doença é o prelúdio do fracasso terapêutico. A doença incansável e resistente anuncia a epifania da impotência do saber médico, cartesiano, organicista. A morte é a única derrota. Enquanto existir doença, existe esperança. A doença, desde que se renda, é perdoada. Ao doente restam a invisibilidade e o anonimato.

O sistema capitalista de produção não reserva lugar ao doente, este é execrado e perde sua identidade. Para o doente não há perdão. O estigma o acompanha. A fragilidade decorrente da doença rotula, marca. Ao doente reservam-se olhares de desconfiança. Seu corpo rompeu com a ordem mecanicista. O corpo-máquina defeituoso transforma-se em sucata, é descartado, substituído. A lógica capitalista que observa, com bons olhos, o corpo-máquina saudável, assim, observa também a doença, como que ratificando a relação capital/trabalho através do contrassenso na relação saúde-doença. Em relação ao corpo doente, a doença sempre vence, pois, o corpo-doente representa a fraqueza da engrenagem que dá movimento à produção capitalista.

A noção de corpo integral foi substituída pelo olhar clínico que o fragmentou em tecidos e órgãos reduzindo o paciente a “apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses” (FOUCAULT, 2011, p. 50). A relação saúde-doença, essencialmente pautada no modelo biomédico, pressupõe saúde como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do indivíduo, culminando em um reducionismo biológico que “[...] exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença fatores sociais ou individuais, ditos "subjetivos", com implicações para todas as intervenções da



saúde" (CAMARGO JR., 2007, p. 69). A medicalização transformou-se em um exercício da medicina centrada na doença e, nessa perspectiva, Drummond (2011) acrescenta que

[...] a medicalização da saúde, a colonização médica da vida, segundo Illich, cria ao paciente situações de subordinação e transforma o aparelho biomédico do sistema industrial em instituição quase autocrática. Evidentemente, existem outras maneiras de cura fora do campo médico, embora a hegemonia da medicina, invadindo toda a área do cuidado e, em consequência, todo o espaço da saúde, engendre um processo de medicalização dos problemas sociais. Assim, inúmeros aspectos da experiência humana, inclusive a dor e o sofrimento, foram subtraídos ao reino do autoconhecimento para serem transferidos ao império da medicina, com a aura que lhe conferem a tecnologia e o determinismo biológico (DRUMMOND, 2011, p. 33)

Embora sejam inevitáveis os conflitos resultantes da confrontação desses paradigmas, seria apropriado colocar que o científico e o econômico deveriam estar a serviço do ser humano e não o contrário. Na relação médico-paciente, ressalta-se a importância de um relacionamento sujeito-sujeito e não sujeito-objeto. Entretanto, conforme observa Foucault (2011), no exercício hegemônico de um modelo centrado no ato prescritivo, observamos o apagamento do sujeito pleno, que carrega consigo informações relevantes e determinantes do seu processo de saúde e doença. O modelo biomédico opera com a concepção de "doença-coisa" fundamentada na abordagem anátomo-fisiológica que desloca o indivíduo doente do foco do olhar médico.

O modelo biomédico de atenção à saúde isoladamente não tem se demonstrado capaz de trabalhar com a complexidade dos problemas de saúde da população. Esse modelo desprivilegia o sujeito e sua subjetividade através de sua forma de pensar a atenção ao paciente, quando o desconsidera como um ser integral. Verifica-se, no trajeto da medicina moderna, um deslocamento epistemológico e clínico com a substituição do saber sobre o doente pelo saber sobre a doença. A arte de curar doentes é substituída pela ciência das patologias e a saúde passa a ser entendida como ausência de doença, excluindo a dinâmica social e subjetiva do indivíduo, culminando no reducionismo biológico, conforme destaca Camargo Jr. (2007). Sobre esse aspecto, Cynthia Sarti (2001, p. 3-13) acrescenta que

a fragmentação dos olhares transforma o corpo, a doença e a terapêutica em objetos radicalmente diferentes por serem construídos a partir de



referências epistemológicas específicas, como as que distinguem o campo da biologia – fundado na suposição da objetividade do conhecimento empírico – e o campo simbólico da antropologia.

A insatisfação com o modelo biomédico impulsiona a busca por serviços alternativos de saúde e a categoria religiosidade é acionada com frequência na busca de formas de acesso ao homem integral, como um ser relacional inserido num dado contexto social, em uma cultura específica. Kleiman e colaboradores (1978) situam a procura por terapias ditas alternativas ou complementares como uma

crítica direcionada à biomedicina e à sua perspectiva sobre a doença. O sucesso das medicinas alternativas se deve a uma resposta compensatória à incapacidade que a biomedicina tem demonstrado em considerar o ser humano como um todo (KLEIMAN et al, 1978, p. 08).

Enquanto na medicina ocidental o homem é tratado como corpo biológico fragmentado, nas medicinas religiosas o homem é observado em sua totalidade, de forma integral considerando-se sua subjetividade, a natureza e a cultura em oposição a tendência dissociadora do secularismo médico (LAPLANTINE, 1986).

Nessa perspectiva, as práticas terapêuticas religiosas constituem-se em dispositivo para a construção dos sentidos sobre a doença valendo-se como estratégia que legitima e ameniza a incerteza diante das questões de caráter moral, pessoal, social e físico. Nesse sentido, a causa do adoecimento e a profilaxia para todos os males, sendo determinada por fatores culturais, é ancorada em redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e implicam em formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde.

No Brasil, é muito comum a procura por sistemas não oficiais de cuidado com a saúde e auxílio contra as doenças, sendo os sistemas médico-religiosos um dos recursos populares acessados no processo de doença e cura. Essa recorrência entre os brasileiros, segundo Montero, 1985 & Maluf, 2005 seria reflexo da relação intrínseca entre religião e saúde que se desenvolveu no país, calcada na coexistência de terapias populares com a biomedicina, ainda que em constante embate.

A interpretação do processo saúde-doença com base na proposta antropológica do relativismo cultural proporciona uma percepção integral do ser



humano, considerando o meio social e ambiental em que vive, suas práticas religiosas e recursos de combate às doenças. Conforme destacam Queiroz e Canesqui (1986, p. 152), a constatação deste “elo inexorável entre doença, medicina, cultura e sociedade”, para além de levar a antropologia a procurar compreender a natureza das interações entre biologia, sociedade e cultura, abre caminho para outras abordagens da doença.

Na próxima seção, destacaremos narrativas que evidenciam a insatisfação dos pacientes da casa de Hansen com o modelo biomédico de saúde e dando ênfase a importância de uma abordagem culturalista que seja capaz de contextualizar sujeito e doença em perspectiva individual de forma a acionar um repertório terapêutico capaz de alcançar seu mundo simbólico cultural.

SAÚDE E ESPIRITUALIDADE: UM NOVO PARADIGMA

52

A saúde, enquanto questão humana e existencial é compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito da vida. A saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais, ambientais próprios da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 2007).

A doença na perspectiva sociocultural é vista como uma construção que também inclui as percepções individuais e as experiências particulares, por entender-se a subjetividade como produto das experiências e dos significados culturais circulantes no grupo. É uma visão que permite “a heterogeneidade, porque os indivíduos dentro de uma cultura, por serem atores conscientes e individuais, têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência, que nunca é igual à dos outros” (LANGDON, 2007, p. 1022).

Assim, a doença como processo não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que tem como objetivo entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida e, se possível, aliviar o



sofrimento. Dessa forma, a doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados por realidade empírica, mas um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.

Com a experiência do adoecimento, emergem também experiências que são singulares, o que faz com que as pessoas que têm um problema de saúde não sejam todas iguais em seu modo de ver o mundo, reagir a ele e se comportar na vida. A subjetividade, através das experiências pessoais, determina como cada um reage às situações de doença. Não há um determinante biológico, genético que preveja como cada um reage, nesse sentido, nas concepções e considerações sobre os estados de saúde e doença não se pode considerar exclusivamente a genética, os agentes biológicos, isto porque o ser humano é um conjunto de vários aspectos que lhe permeiam a vida (MINAYO, 2007).

Apesar de seu enorme arsenal tecnológico, a interpretação biomédica tem sido limitada ao desprezar os entendimentos dos adoecidos sobre suas enfermidades e não levar em consideração a complexidade dos significados e dos sentidos que a enfermidade contém para eles (CANESQUI, 1995). Assim, no ato de cuidar dos seres humanos em estado de convalescência, seria imprescindível, segundo autor, considerar a condição humana, e todos os aspectos que envolvem seu processo de adoecimento, e jamais esquecer que o corpo em falência abriga alguém que tem nome, história própria, amores e dores, e reconhecê-lo pelo seu próprio nome soa muito mais humano do que identificá-lo pela doença que lhe aflige.

A descoberta da doença, segundo os relatos dos colaboradores entrevistados na Casa de Hansen, ocorreu inesperadamente em consulta rotineira, ou em função de um súbito mal-estar. O silêncio da doença que vinha progredindo rompeu-se, iniciando um processo de vivência da “anormalidade” (CANGUILHEM, 2005). O relato que segue retrata a experiência do início do adoecimento e o surgimento da doença que dormia silenciosamente

[...] bom, meu caso é que eu me sinto uma vítima, acho injusto, a gente tá vivendo e de repente, do nada, descobre que pode morrer a qualquer momento e eu só fiquei sabendo disso por causa de problemas emocionais, fui pra ver depressão e descobri que sou hipertenso. Eu sempre comi e bebi de tudo, nunca senti nada, agora que eu sei, tudo mudou, tudo será observado, tudo que como, que bebo, se eu não tivesse ido no médico, continuaria vivendo minha vida e morreria de infarto de repente e pronto.



Agora tenho que viver com esse diagnóstico, que mais me mata do que me ajuda a diminuir os excessos. (E5, 66 anos, 30/07/2016).

As entrevistas evidenciaram que os colaboradores reagiram ao diagnóstico com indignação e desconfiança, porque não apresentavam as manifestações corporais relativas à doença, revelando a relação da doença com a dimensão corporal associada ao campo das sensações como indício de doença. Eles desconfiaram não só do diagnóstico, mas dos profissionais de saúde, do resultado dos exames clínicos e laboratoriais.

O caráter oculto faz com que o indivíduo não se considere doente, pois para sentir-se doente, na perspectiva dos entrevistados, seria necessária a sensação de que algo não ia bem com o corpo. Essas experiências dotadas de sentido são apreendidas e organizadas em algo significativo, o que permite relacioná-las à enfermidade, conforme destaca a fala abaixo

[...] eu vim aqui no Dr. (Hansen) porque minha filha fica me perturbando, porque meus olhos estão muito vermelhos, e filho, quando começa a perturbar você sabe né, você tem filho? Você vai ver como é. Eles falam na cabeça da gente, eu não aguento. Eu já disse que eu não tô sentindo nada pra que esse sacrifício todo. (E14, 87 anos, 30/07/2016).

54

Por outro lado, alguns entrevistados diante da percepção de que algo não ia bem com seu corpo, que apresentava manifestações inespecíficas, sentiam-se motivados a buscar soluções para seus sintomas nos subsistemas de saúde, evidenciando a noção de corpo vivido, lugar da experiência, indissociável da subjetividade (ALVES, 1993), conforme revelado no relato seguinte

[...] ah, eu comecei a sentir umas tonteiras, dor de cabeça, peito apertado, medo de sair de casa e passar mal na rua, porque esse sol tá de matar, eu tenho medo de AVC, sabe, meu pai foi assim, minha filha... por isso, qualquer coisa esquisita que eu sinto eu corro logo... e aqui é bom porque o Dr. Hansen resolve logo, não fica pedindo exame, daqui que fique tudo pronto a gente já morreu... nunca tem vaga pra exame, e quando tem e pra depois de três meses. (E5, 66 anos, 30/07/2016).

A percepção de estar doente estava relacionada às manifestações apresentadas, por meio de um conjunto de sensações como cansaço, mal-estar, fraqueza, sendo o corpo, a matéria do mundo sensível e do próprio conhecimento, e, pela construção de significados para si e para os outros (CANESQUI, 1995). As formas de sentir e de expressar os sinais e sintomas são regidas por códigos culturais nos quais se torna evidente o uso de metáforas,



que se constituem a partir dos sentidos que são atribuídos pela pessoa para legitimar as manifestações, conforme demonstrado no relato abaixo

[...] A primeira vez que vim aqui foi porque eu comecei a sentir umas cólicas na barriga, inchaço, e pensei logo que era verme e tomei bastante Licor de cacau Xavier, mas não melhorou, continuei sentindo dor e a barriga inchando... meu marido ficou me perturbando pra ir no Dr. (Hansen). Hoje em dia, a gente não pode nem sentir dor de barriga que já vira doença... eu fiquei apavorada, ele disse que eu estou com um mioma do tamanho de uma laranja e me mandou procurar o médico humano pra eu operar porque ainda não virou câncer e se eu demorar eu vou morrer. Operei e fiquei boa. Meu Deus!!! (E10, 56 anos, 30/07/2016).

Reconhecemos, de acordo com Kleinman (1988), que a cultura influencia na percepção dos sintomas, o que faz com que os pacientes atribuam diferentes interpretações para o mesmo problema. Permite, ainda, julgá-las como anormais e ajuda a dar forma a essas alterações físicas e emocionais, moldando-as de maneira a torná-la reconhecível para a pessoa e para o seu grupo social.

Os entrevistados demonstraram descontentamento com a atitude dos profissionais de saúde em relação à forma como os sintomas são experienciados, entendidos e interpretados pelas pessoas doentes, e em muitos casos “calam” o paciente, pois sua fala, na perspectiva do profissional de saúde, não contribuiria em nada, porque contrariariam as noções de sintomatologia prescritas pela biomedicina, conforme destacamos na narrativa que segue

[...] eu vim aqui por causa da minha mãe, que já é bem idosa. Ela tem uns esquecimentos, mas nada muito grave. E idoso por mais que você vigie, sempre apronta... eu que tomo conta dela, se tá bebendo água, indo ao banheiro, eu que alimento, então eu sei tudo que acontece... E de repente ela começou a não querer ir ao banheiro, ela dizia que tinha medo do banheiro, por mais que eu insistisse, ela não entrava. Por isso ela começou a se urinar na cama e chorava muito. Levei ao médico humano e ele disse que era da idade e passou uns calmantes pra ela, mas não melhorou, ao contrário, estava saindo sangue da urina... Levamos a um médico particular e ele internou imediatamente, fizeram os exames e diagnosticaram infecção urinária, ela poderia ter morrido! Agora eu trago ela aqui no Dr. Hansen porque nele eu confio, ele escuta a gente e nem precisamos falar o que temos. Esses médicos poderiam ter matado minha mãe. (E6, 45 anos, 30/07/2016).

A dificuldade na valorização dessa experiência poderia ser justificada pelo fato de que, os sintomas são vistos como ambíguos e incertos, porque se originam da expressão e da percepção subjetiva do entrevistado. Constitui interpretações do paciente sobre uma série de sensações corporais, psíquicas e



emocionais e são expressões humanas que incorporam os significados do mundo vivido (MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, 1996).

Ao buscarem tratamento no sistema formal de saúde para as manifestações inespecíficas ou multi-manifestações – como no caso de pacientes poliqueixosos, as pessoas são surpreendidas com diagnósticos tão imprecisos quanto suas queixas, gerando uma verdadeira peregrinação em busca de uma informação precisa sobre suas queixas e um medicamento eficaz, pois a esta altura da jornada, as receitas e medicamentos contam-se em dezenas, conforme relato do entrevistado a seguir

[...] Bom minha filha, eu vim aqui no Dr. (Hansen) porque eu sinto umas dores que ninguém descobre. Dói tudo, os ombros, os pulsos, os calcanhares, o pescoço, eu não aguento nem lavar uma louça... já me disseram que tenho artrite, artrose, fibromialgia, reumatismo. (E3, 55 anos, 30/07/2016).

Os sentimentos de desconfiança e de incerteza que permeiam essa experiência motivam os pacientes a tecer críticas sobre os procedimentos adotados pelo sistema formal de saúde, gerando descredibilidade e abandono dos tratamentos convencionais. Na percepção dos entrevistados, é imprescindível um diagnóstico, eles querem saber o que têm, e a incerteza quanto ao diagnóstico e a ineficácia do sistema de saúde formal são fatores geradores de angústia e medo, muitos entrevistados relatam que têm medo de “morrer de repente”, ou de “ficarem entevados numa cama”, conforme destaca o relato seguinte

[...] Eu tenho fé em Deus que o Dr. (Hansen) vai descobrir o que eu tenho, não aguento mais, minhas pernas estão fracas pra ficar procurando um médico que acerte o que eu tenho. (E3, 55 anos, 30/07/2016).

Alguns pacientes reclamaram daquilo que eles chamaram de “excesso de medicamentos” e “falta de contato do médico” no exame clínico. Quanto ao diagnóstico os pacientes reclamam dos diagnósticos, na visão deles “tudo é virose” ou “tudo é grave”. Percebe-se através das narrativas que os sintomas que não conduzem a um diagnóstico preciso e não sugerem uma doença específica, parecem ser tratados como virose, em contrapartida qualquer alteração corporal que seja sintoma de alguma doença específica parece preceder a própria doença, resultando em diagnósticos apressados e



verdadeiras sentenças sem maiores investigações, conforme exemplifica relato seguinte

[...] eu não aguento mais tanta receita e só aumenta os remédios cada vez que vou no médico e não resolve, a dor continua e acaba arrebatando meu estomago que eu não tenho vontade de comer nada de tanto enjoio, eu tenho fé que o Dr. (Hansen) vai me ajudar. (E3, 55 anos, 30/07/2016).

Helman (2009) aponta que a comunicação do diagnóstico constitui uma das fases do ritual de infortúnio tanto para o médico como para o paciente. As ações desenvolvidas para o diagnóstico ocorrem em determinado tempo, em espaços específicos como as unidades de saúde, em consultórios e em salas de pronto atendimento, marcados por símbolos rituais, como o jaleco branco, por exemplo. Segundo o autor, de acordo com relatos, certos diagnósticos-rótulos produzem efeito prejudicial sobre a saúde do paciente, pois podem afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais, o prognóstico e a percepção do paciente.

De acordo com os relatos dos entrevistados, as suas experiências pessoais e concepções sobre as causas do problema de saúde apresentam relações intrínsecas ao corpo e a mente, suas crenças e sentimentos. Notamos, em conformidade com Langdon (2007), que a forma como uma pessoa vivencia suas tristezas, seu sofrimento social, que inclui qualquer tipo de problema, como problemas no ambiente de trabalho, desemprego, problemas domésticos, conjugais, religiosos etc., indica também o modo de vivenciar a doença, como um modo somático de experiência e de sofrimento social, contrariando, segundo a autora, as concepções biomédicas da doença, que têm como princípios o dualismo entre corpo e mente, a noção de doença centrada na expressão biológica e a pouca valorização das dimensões psicossociais de doença.

Para compreender tal relação, buscamos em Kleinman (1988) fundamentos para relacionar ocorrências relacionadas ao sistema nervoso às situações cotidianas pelas quais o paciente passa e que possivelmente abala seu sistema nervoso, ocasionando sensações estranhas a ele. Segundo o autor, o nervoso no nível pessoal representa um conjunto de manifestações decorrentes de fenômenos psicobiológicos e tais manifestações decorrem de influência cultural, pois é nesse campo que são percebidos, rotulados, explicados e avaliados os agentes estressantes.



Duarte (1998), o pioneiro no Brasil em estudar a enfermidade conhecida como “nervos”, atribuiu ao termo “nervoso” uma categoria polissêmica, que permeia o discurso popular e é utilizado para descrever uma ampla categoria de manifestações de ordem física e moral, em que está implícita a ação dos condicionantes sociais e de uma dinâmica propriamente psicológica, um distúrbio ou uma aflição psicossocial. O nervoso, para o autor, pode traduzir a falta de dinheiro, o desemprego, conflitos interpessoais ou problemas familiares, como também significar o sintoma, a consequência ou a denominação de uma doença propriamente dita.

Sobre esse aspecto, para Helman (2009), o “nervoso” constitui uma das imagens populares mais comuns para o sofrimento. Os significados atribuídos a essa condição devem-se mais às razões internas, para seu sofrimento emocional ou para a doença e sua vulnerabilidade ao estresse cotidiano. O relato abaixo exemplifica bem esta questão

[...] eu vim aqui hoje pra falar com o Dr. Hansen, eu não aguento mais, não tenho paciência pra mais nada, estou esgotada, o trânsito acaba com a gente e quando a gente chega no trabalho ainda tem que aturar perturbação, vou pedir a ele pra acalmar minha cabeça e dar um jeito naquela mulher que não para de me provocar, eu sei que ela quer meu lugar... (E10, 56 anos, 30/07/2016).

58

Notamos que a ação do médico espiritual não se limita à cura das doenças que são visíveis, que marcam o corpo, mas também a ação destes médicos sobre doenças que não são visíveis, mas que causam sofrimento interno. Estes médicos assumem o papel de psicólogos, conselheiros, verdadeiros ouvintes dos dramas humanos, revelando uma postura acolhedora e humanista, o que podemos observar nas narrativas que seguem

[...] eu conheci a casa através de um médium amigo nosso. A depressão me trouxe aqui. Eu cheguei ao fundo do poço. Eu acredito que as doenças são espirituais, eu venho em busca da cura pra alma. Eu acho que meu problema é espiritual, porque médico nenhum nunca acertou comigo [...]. (E3, 55 anos, 13/08/2016).

[...] eu estou em dúvidas sobre várias coisas da minha vida e aqui eu sei que eles vão me ajudar, vão me esclarecer, eles aqui são tudo, são médicos, psicólogos e conselheiros. É um hospital com muita energia boa. Eu chego aqui eles me dão um sacolejo e saio daqui querendo viver, me cuidar, emagrecer, caminhar, modificar meus hábitos alimentares. Aqui eu melhorei muito minha autoestima, minha vida familiar, conjugal, aprendi muito, me sinto outra pessoa [...]. (E3, 55 anos, 13/08/2016).



O contexto sociocultural no qual o indivíduo se insere influencia o modo de viver e de adoecer. O estilo de vida, como um determinante social de saúde, não é uma expressão exclusiva dos indivíduos, mas se relaciona à fatores externos como a segurança social, ao sistema previdenciário e de saúde, à maior oferta de emprego (LANGDON, 2006). A forma pela qual os entrevistados convivem com o adoecimento influenciado pelo contexto cultural, lhes permite expressar sentimentos e reações de desesperança, desvalorização, revolta e reconstrução. Esse processo de readaptação a sua nova condição é traduzido pela constante reinterpretação da realidade numa constante busca de sentido. Apreender os sentidos atribuídos à descoberta da doença e ao processo de adoecimento, seja do corpo ou da alma, permite articular os significados da experiência do adoecimento, com as atitudes e propicia redimensionar o saber e o fazer e buscar alternativas para o cuidado em consonância com o modelo cultural, é o que indica o entrevistado a seguir

[...] eu venho aqui na Casa do Dr. Hansen porque há dois anos eu descobri um câncer de mama. Fiz o tratamento com o médico humano e fiquei boa, mas eu não acreditava no que o médico falava, eu tinha sempre a sensação de que um dia ele ia voltar... e eu não queria perder meu cabelo outra vez, passar por tudo de novo, acabei ficando paranóica, ia toda semana no médico, achava que tinha voltado... Até que minha amiga que já frequentava aqui me convidou... O Dr. Hansen conversou muito comigo, me atendeu, me operou, me deu conselhos e pediu que eu ficasse vindo durante um ano aqui que ele ia consertar minha cabeça porque câncer eu nunca mais terei... Fiquei leve, e forte, agora vou trabalhar e toda vez que um pensamento vem, eu lembro das palavras dele. (E12, 43 anos, 30/07/2016).

59

Conforme evidenciado nos trechos destacados, podemos notar como a cultura exerce influência no modo singular de pensar e agir das pessoas e, apesar de seu enorme arsenal tecnológico, a interpretação biomédica tem sido limitada ao desprezar os entendimentos dos adoecidos sobre suas enfermidades e não levar em consideração a complexidade dos significados e dos sentidos que a enfermidade contém para eles (CANESQUI, 1995).

Nesse sentido, o que essa seção pretendeu foi dar destaque ao que Helman (2009) aponta acerca da pontualidade dos fatores culturais nos processos de adoecimento como componentes de uma mistura complexa de influências que se refletem nas crenças e no modo de vida das pessoas e que interfere na apreensão dos sentidos da doença, nesse contexto, as formas e



símbolos culturais não podem ser desprezados no exercício complexo de compreensão dos estados de adoecimento, podendo contribuir de forma pontual na implementação de estratégias terapêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto, procuramos destacar como o saber médico se construiu historicamente enfatizando o diagnóstico e procedimentos biomédicos fragmentados, bem como uma terapêutica centrada na doença. A medicina biomédica, como vimos ao longo do texto, apagou o sujeito e silenciou sua experiência, esvaziando o valor subjetivo da experiência simbólica. Dessa forma, percebemos uma medicina unilateral e centrada no poder médico científico, cuja eficácia tem sido contestada com frequência, o que evidenciamos nas narrativas dos pacientes insatisfeitos com esse modelo.

Nesta perspectiva, o esgotamento do modelo biomédico abre precedentes para que discutamos modelos de saúde que regatem a centralidade do indivíduo e recuperem a perspectiva dualista do sujeito. Para isso, parece relevante que sejam considerados modos de cuidar que transcendam os aspectos materiais do processo saúde-doença e recuperem o valor subjetivo da experiência do sofrimento e das trajetórias na busca de cura.

Neste contexto, retomar o aspecto simbólico do processo saúde-doença a partir da perspectiva do paciente parece ser um dispositivo de tratamento que coloca em perspectiva os aspectos socioculturais circunscritos na totalidade do sujeito e que pode se desdobrar de forma positiva na clínica médica favorecendo a adesão aos tratamentos de saúde.

Sobre esse aspecto, as terapias religiosas, a partir da escuta acolhedora e de um movimento empático, parecem contribuir exatamente porque consideram o universo simbólico dos indivíduos e a construção de sentidos sobre o processo de adoecimento. Conforme demonstrado ao longo das narrativas analisadas nesse texto, as narrativas sobre os processos de cura simbólica no espaço sagrado parecem estar calcadas na ressignificação da desordem ocasionada pela doença, um movimento possibilitado pela relação médico-



paciente baseada na escuta e no respeito que o médico espiritual Dr. Hansen demonstrava pelo sofrimento de todos os seus pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALVES, P. C. (Org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Org. Paulo Cesar Alves; Maria Cecília de Souza Minayo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- BARROS, Valquiria da Silva. **O corpo como sujeito de experiências em espaço sagrado nos processos de saúde-doença: cirurgias espirituais**. Dissertação. (Mestrado Acadêmico em Humanidades Culturas e Artes) - Escola de Ciências, Educação, Artes, Letras e Humanidades. Programa de Pós-Graduação em Humanidades, Culturas e Artes, Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy” (Unigranrio), Duque de Caxias, Rio de Janeiro, 2016. 168 f.
- CAMARGO JR. Kenneth Rochel de. **A Biomedicina**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177-201, 2005.
- CANESQUI, A. M. Ciências Sociais, a saúde e a saúde coletiva. *In: CANESQUI, Ana M. (Org.). Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995, p. 19- 35.
- CANGUILHEM, G. **A saúde: conceito vulgar e questão filosófica**. *In: Escritos sobre medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005 (p. 35-48).
- DRUMMOND, José Paulo. **Bioética, dor e sofrimento**. *Cienc. Cult. vol.63 no.2 São Paulo Apr. 2011* Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252011000200011. Acesso: 21 de março de 2021.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F., (Orgs.). **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: SciELO Books. Acesso 24/05/2014
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 7. ed. 2011.
- GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2015.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Kleinman (1988). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*, v. 12, p. 85-95.1978.
- KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*. v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.
- LANGDON, Esther Jean. **Performance e sua Diversidade como Paradigma Analítico: A contribuição da Abordagem de Bauman e Briggs**. In *Antropologia em primeira mão*. Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, UFSC. Florianópolis: UFSC, 2007.
- LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- LAPLANTINE, François; RABEYRON, P. L. **Medicinas paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1989.



- MALUF, Sônia Weidner. **Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas de Nova Era**. ILHA Revista de Antropologia jul./dez., v. 7, n. 1-2, p. 147-161, 2005.
- MONTERO, Paula. **Da doença à desordem: a magia na umbanda**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- MINAYO, M. C. de S. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 189-218.
- MARTÍNEZ, H. Antropología de la salud: una aproximación genealógica. Prat, J.; Martínez, A. (Edits.). **Ensayos de antropología cultural: Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat**: 369-381. Barcelona: Ariel, 1996.
- PUTTINI, Rodolfo Franco. **Curandeirismo e o campo da saúde no Brasil**. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, v. 12, n. 24, p. 87-106, jan-mar, 2008.
- QUEIROZ, M. de S.; CANESQUI, A. M. **Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil**. Rev. Saúde Pública., São Paulo, 20:141-51, 1986.
- SARTI, C. A. **A dor, o indivíduo e a cultura**. Saúde e Sociedade, 10 (1): 3-13, 2001.
- TONIOL, Rodrigo. **Atas do espírito: a Organização Mundial da Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade**. Disponível em: <https://journals.openedition.org/aa/2330>. Acesso: 21 de abril de 2021.
- _____. **“Experts no espírito”**. Reflexões sobre a legitimação da espiritualidade com uma dimensão de saúde a partir do SUS. Disponível em: <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/react/article/view/1390>. Acesso: 21 de abril de 2021.