1 – A Doença como Objeto da História

Dilene Raimundo do Nascimento

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

NASCIMENTO, D. R. A Doença como Objeto da História. In.: *As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 25-44. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-114-3.

<https://doi.org/10.7476/9786557081143.0004>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

A Doença como Objeto da História

Uma Nova História

Uma renovação no domínio científico desenvolveu-se em extensão e profundidade: não só as ciências aprofundaram seus campos de saber como o próprio saber se dividiu, principalmente a partir da década de 1970. Le Goff (1990) afirma que a emergência de um novo campo de saber deu-se pela afirmação de determinadas ciências, novas ou não, pela renovação das ciências tradicionais e pela interdisciplinaridade. Nesse processo de renovação, a história assumiu novo valor e relevância com a chamada História Nova. Diferentemente de outras ciências que se modernizaram de forma setorializada, a História Nova afirma-se como:

(...) história global, total [que] reivindica a renovação de todo o campo da história (...) toda forma de história nova e que se coloca sob a bandeira de uma etiqueta aparentemente parcial ou setorial (...) é, na verdade, uma tentativa de história total, hipótese global de explicações das sociedades. (Le Goff, 1990: 27)

A História Nova questionou a noção de fato histórico como algo dado e acabado, ao mesmo tempo em que propôs um resgate da primeira fase dos *Annales*, representada pelos trabalhos de Lucien Febvre e Marc Bloch. Pretendeu “fazer entender, colocar os problemas da história para nos permitir viver e compreender um mundo em estado de instabilidade definitiva” (Le Goff, 1990: 35). Com isso, ampliou o campo documental da história, passando a utilizar uma diversidade de objetos não considerados, tradicionalmente, como documentos históricos: depoimentos orais,

fotografias, ferramentas etc. O uso de novos documentos implica, contudo, a formulação de uma nova crítica a esses documentos. Como disse Le Goff (1990: 54):

(...) é preciso desestruturar o documento para descobrir suas condições de produção. Quem detinha, em uma sociedade do passado, a produção dos testemunhos que, voluntária ou involuntariamente, tornaram-se documentos da história? (...). É preciso delimitar, explicar lacunas, os silêncios da história e assentá-la tanto sobre esses vazios quanto sobre os cheios que sobreviveram (...).

A História Nova pode ser definida pelo aparecimento de novos problemas e novos métodos, que renovaram os domínios tradicionais da história, e também pelo aparecimento de novos objetos de estudo que colocaram – ou recolocaram sob novas perspectivas – o corpo, a morte, a sexualidade e a doença como objetos de investigação histórica. É esse campo renovado da história que nos permite trabalhar, numa perspectiva comparada, a história da tuberculose e a da Aids.

Se, por um lado, podemos dizer que o berço da História Nova é a França, por outro, o campo não ficou limitado ao domínio francês. Estão aí consideradas, por exemplo, as histórias do cotidiano e as micro-histórias da escola italiana que captam as formações intersubjetivas, em contextos objetivos específicos, para dar significado, sentido e densidade a realidades que fazem parte das experiências de vida de indivíduos concretos, sujeitos sociais inseridos em diferentes setores da sociedade.

A doença faz parte da dinâmica vital e se inscreve em todos os setores da relação do homem com a natureza e dos homens entre si – diversidade de inscrições apropriada pela historiografia com diferentes abordagens. Resultam daí vários recortes da história das doenças que representam, de modo muitas vezes reducionista, ora análises biológicas, ora análises sociais. Outras análises pretendem, sem negar o substrato fisiopatológico da doença, apreender o processo de construção social que a constitui como fenômeno social. É nesse cenário que considero oportuna uma reflexão inicial sobre a história de doenças.

Histórias de Doença

A problematização da doença no campo da história é recente. Antes, a história de doenças era, em geral, objeto da reflexão de médicos e higienistas, aparecendo associada ou a uma história da medicina ou a uma epidemiologia histórica. No primeiro caso, relatava-se de um século para outro a variedade de doutrinas, teses e teorias sobre as enfermidades, numa associação que atrelava a doença à evolução do conhecimento e às grandes conquistas da ciência. História apoteótica, quando se tratava da vitória da medicina científica, e anedótica, ao abordar o passado mistificador e metafísico do mundo ocidental ou, ainda, as bizarras crenças de outras civilizações. No segundo (caso), a história ocupava-se do modo pelo qual, tomadas como entidades puramente naturais, as diferentes doenças apareciam e se espalhavam pelo globo, a partir das relações mantidas entre os povos.

Arrolando alguns exemplos de médicos e higienistas que escreveram histórias da medicina no Brasil, o fisiologista Lourival Ribeiro, na sua história da luta contra a tuberculose no país, discorre sobre a doença desde os tempos coloniais até a década de 1950. Acompanha o progresso de tecnologias no combate à tuberculose, principalmente a partir da descoberta do bacilo de Koch, o que possibilitou novos conhecimentos acerca da doença e crítica à inoperância das instituições públicas para debelá-la, sobretudo por não implementarem os avanços científicos:

(...) impõe-se, sem perda de tempo, uma larga reforma nas nossas instituições antituberculosas de acordo com as modernas recomendações científicas, sem as desaconselháveis preocupações das campanhas sanitárias baratas, de pouco rendimento e desrespeitosas à dignidade dos doentes. (Ribeiro, 1956: 204)

Pedro Nava,¹ médico e memorialista, analisa, em um estudo da medicina popular no Brasil, a influência de crenças, superstições e religiosidade na formação tanto do saber popular quanto da medicina douta. Apesar de perceber a diversidade cultural incorporada na construção de um saber e a permeabilidade da medicina científica às manifestações culturais, sua ótica estabelece uma hierarquização de saberes e práticas ao assinalar:

Se a credence, a superstição e a religiosidade agem tão poderosamente sobre a medicina douta, com mais razão terão de agir sobre os ensinamentos dessa medicina douta no momento em que eles passam a

fazer parte da experiência coletiva como conteúdo médico-popular de sua cultura. (Nava, 1945: 5)

Sem discutir criticamente as questões culturais que referenciam e originam a formulação e permanência da medicina popular, Nava (1949: 21) afirma:

Falta de médicos de um lado e abundância de doenças de outro tinham de dar como resultado a proliferação dos numerosos autodidatas dos quais provém a nossa medicina popular: rezadores, curiosos, benzilhões, caribambas, comadres e curões de toda sorte.

Ainda abordando a medicina como temática privilegiada, Lycurgo Santos Filho (1947), médico higienista, escreveu uma obra de fôlego que percorre vários séculos, alinhando os principais eventos da história da medicina no Brasil. Apresenta, evolutivamente, desde as doenças e remédios no meio indígena, passando pela 'medicina jesuítica', o ensino médico oficial, as instituições de assistência médico-hospitalar, as pesquisas científicas, os grandes personagens da medicina e, por fim, uma visão panorâmica dos progressos da medicina brasileira no século XIX.

Nessas obras, a doença é vista como algo natural e o progresso da ciência como necessário para controlar essa natureza, a partir de suas instituições. Mas o que elas têm em comum, além, obviamente, da perspectiva evolucionista, e que apresenta bastante importância, é exatamente o manancial empírico, cuidadosamente vasculhado pelos autores. Nelas encontram-se reproduções de documentos, valiosas fontes primárias, assim como referências a teses e congressos. Tomando a questão isoladamente ou numa perspectiva puramente evolucionista, tais estudos têm tido, como consequência, a incompreensão daquilo que "dentro de todo sistema nosológico, independe de seu grau de cientificidade e eficácia" (Augé & Herzlich, 1986: 9), isto é, a dimensão social da doença. Pois a doença não é tão-somente um conjunto de sintomas que nos leva a procurar um médico, mas também um acontecimento que ameaça e modifica nossa existência, seja individual ou coletivamente, muitas vezes com graves consequências.

Nesse sentido, Herzlich (1991) mostra que a sociologia americana da década de 1950 tentou desnaturalizar a doença, analisando sua dimensão social. Mas, ressalta que não passou de uma tentativa, pois, "tomando como objeto a doença, os sociólogos assumiam e aceitavam plenamente as

concepções médicas do fato patológico". Para eles, o saber médico era uma "decodificação do orgânico que o desenvolvimento científico torna-va mais precisa e segura a cada dia" (Herzlich, 1991: 22). Aceitando a definição médica da doença como processo bioquímico que afeta o corpo individual, os sociólogos apontavam somente de forma complementar para sua dimensão social, sem, na verdade, analisá-la como um produto de sua própria época sócio-histórica.

Parsons (1951), por exemplo, um dos sociólogos pioneiros nos estudos sobre a experiência da enfermidade, considerava a doença como um desvio e o doente como aquele que deveria seguir a prescrição médica para, assim, ficar isento das obrigações sociais cotidianas, isto é, aceitar a sua condição de doente, o que significaria estabelecer uma relação de direitos e deveres entre si e o médico. Esta visão empresta uma realidade social à doença, mas não a apreende como uma construção social. Trata-se assim, de análises de caráter biomédico às quais agrega-se a dimensão social da doença, sem se levar em conta que as concepções científicas são também construções sociais.

Podemos pensar que entre diferentes grupos sociais existem diferenças marcantes no sofrer ou no modo de reagir às doenças. Quadros patológicos que dominam uma época – a peste bubônica no século XIV, a tuberculose no século XIX – regredem em outra, enquanto outras patologias prevalecem, como atualmente os tumores, as doenças cardiocirculatórias e, mais recentemente, a Aids (Berlinguer, 1978). Existe uma historicidade nas doenças ligada a todos os acontecimentos do ser humano. Le Goff (1985: 7-8) pergunta "onde estão as febres terças e quartãs de nossos antepassados" e diz que: "a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais".

Desse modo, assim como a história,² a doença, como fenômeno social, também é uma construção. Concorrem para a existência da doença diversos elementos científicos, sociais e políticos, temporal e espacialmente estudados. Dito de outro modo, diferentes grupos, a cada época, dão significação e sentido específicos à entidade fisiopatológica chamada doença. A história de doenças pode revelar uma enorme gama de questões. Rosenberg (1992: 318) assinala que "a doença é ao mesmo tempo problema substantivo e instrumento analítico". Dessa forma, a doença, como objeto de estudo, possibilita o conhecimento sobre estruturas e mudanças

sociais, dinâmica demográfica e deslocamento populacional, reações societárias, constituição do Estado e de identidades nacionais, emergência e distribuição de doenças, processos de construção de identidades individuais, constituição de campos de saber e disciplinas.

Na década de 1970, os historiadores Revel e Peter incluem a doença numa coletânea dedicada aos novos objetos da história. Começava-se a perceber que o estudo das doenças podia fornecer numerosos esclarecimentos sobre as articulações e as mudanças das sociedades. Revel e Peter (1976: 144) afirmam que:

(...) a doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social (...). O acontecimento mórbido pode ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real dos mecanismos administrativos ou das práticas religiosas, as relações entre poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma.³

Numa crítica à objetivação do corpo por parte dos médicos, afirmam ainda, ser necessário que o historiador, na sua prática, “atente ao silêncio daquilo que não foi dito, por não ter podido se resolver em palavras” (Revel & Peter, 1976: 154).

Tratar o corpo como objeto e, portanto, liberado da sua história particular, leva o médico a se relacionar com a doença e não com um homem doente – o corpo passa a ser contabilizado epidemiológica e demograficamente. Dessa forma, se os métodos quantitativos possibilitam trazer as grandes massas para a história a partir da agregação de dados, em geral retiram-lhe a face humana. Como dizem Revel e Peter (1976: 146), “uma história de amor transforma-se em demografia”. O que se conta é o registro das crianças. Os dados quantitativos sem dúvida têm sua utilidade, mas não se pode olhar para eles sem uma análise crítica de sua estrutura, às vezes muito mais reveladora que os resultados obtidos. Vários autores concordam com essa observação. Ginzburg (1989: 173), por exemplo, referindo-se também aos dados demográficos, diz:

Os registros civis apresentam-nos os indivíduos enquanto nascidos e mortos, pais e filhos; os registros cadastrais, enquanto proprietários ou usufrutuários; os autos, enquanto criminosos, enquanto autores ou testemunhas de um processo. Mas assim corre-se o risco de perder a complexidade das relações que ligam um indivíduo a uma sociedade determinada.

O demógrafo alemão Imhof (1987: 90) afirma, num artigo sobre demografia histórica, que “toda pessoa, mesmo que nunca tenha possuído qualquer outra coisa, teve um nascimento e morte e estes registros são os elementos mais simples com que a demografia histórica se ocupa”.

Mas o espaço de tempo entre um acontecimento e outro é extremamente variável de um lugar para outro, por motivos que dependem da complexidade das relações de um indivíduo em uma determinada sociedade. Sem um trabalho interdisciplinar, necessário para uma análise demográfica mais densa, pode-se incorrer em conclusões errôneas ao se constatarem somente os números.⁴ Ginzburg (1989: 171) chama a atenção para o risco de uma investigação quantitativa de longo período poder, por exemplo, obscurecer e distorcer os fatos:

Preços, meios de subsistência e mortalidade são questões que têm significado no curto prazo (...). Na perspectiva do longo período é difícil compreender os problemas cotidianos da sobrevivência. Raciocina-se por médias decenais, médias móveis, extraídas de folhas quase logarítmicas. A vida real (expressão que encerra, sem dúvida, elementos de ambigüidade) é largamente posta à margem. E a visão de longo período pode gerar uma abstrata, homogeneizada história social, desprovida de carne e de sangue, e não convincente apesar de seu estatuto científico.

Apesar dessas críticas, devemos considerar aqui que a história quantitativa foi também pré-condição para análises qualitativas bem feitas. Porter (1992) argumenta que desconsiderar os dados empíricos em favor de uma teoria baseada na análise do discurso, pode ser uma irresponsabilidade e criar ciladas, cujo risco é realizar análises descontextualizadas por não estarem baseadas em evidências. Enfim, seja uma análise quantitativa, seja qualitativa, o que importa é a possibilidade de uma maior aproximação com o objeto a partir da iluminação de um ou alguns de seus aspectos, viabilizando uma melhor compreensão da realidade estudada, com vistas, inclusive, à sua transformação. No caso, um estudo da representação social da tuberculose e da Aids que contempla o pensamento e os sentimentos dos sujeitos sociais em relação às doenças, parece ser a análise qualitativa a mais adequada. Além disso, o *locus* da doença é o corpo e como tal reveste-se de sinais, cuja leitura depende da representação de corpo e de doença vigente em cada grupo social, em diferentes dimensões temporais.

Na coletânea organizada por Peter Burke, *A Escrita da História: novas perspectivas*, Roy Porter (1992: 326), autor que trabalha com a história do corpo, mostra “como o corpo é uma presença suprimida, muito freqüentemente ignorada ou esquecida”. Ele diz que o historiador não deve tratar o corpo simplesmente como fenômeno biológico, mas encará-lo como algo mediado por sistemas de sinais de cultura, desnaturalizando, assim, as relações mente/corpo. Ainda neste artigo, Porter refere-se a novas perspectivas da história, abertas pelo que denomina ‘saber *annaliste*’, que promove pesquisa em todas as dimensões da vida material, desde o nascimento até a morte. Segundo ele, a contribuição da antropologia cultural foi fundamental para os historiadores, por possibilitar investigações sobre o significado simbólico do corpo, como foi, também, a da sociologia, principalmente a sociologia médica, ao encorajar os historiadores a tratarem o corpo “como a encruzilhada entre o ego e a sociedade” (Porter, 1992: 294).⁵

Detenhamo-nos aqui sobre um fenômeno de materialidade biológica e ligação estreita com doenças – principalmente as ainda incuráveis, como nos casos da tuberculose e da Aids em nosso estudo – e que, assim como o corpo, sofreu, por parte de historiadores e sociólogos, um processo de desnaturalização: a morte. Philippe Ariès, Norbert Elias e Claudine Herzlich, entre outros, mostram por linhas diferentes que, entre permanências e mudanças, a atitude do homem diante da morte é historicamente construída. A morte, assim como a doença, não se reduz à sua evidência orgânica, natural, objetiva; ao contrário, porta significados mais complexos que ultrapassam a dimensão biológica.

Na distinção que Herzlich & Pierret (1984) fazem sobre a doença crônica e individual, que remete à dimensão privada, e a doença infecciosa, que incide sobre a esfera pública, ressalta-se que uma e outra revestem-se de significados distintos de morte a cada época.⁶ No caso das epidemias, por exemplo, cujas características são o grande número de vítimas, a impotência diante da morte e a exclusão dos doentes, a explicação para a morte pode mudar: da inevitabilidade do castigo divino, em uma época, passa-se à revolta, ao terror e à discriminação, em outra.

Philippe Ariès (1975, 1982) refere-se ao impacto provocado pela morte em série, na ocorrência de uma epidemia. Além do desastre demográfico, a morte em série inviabiliza o ‘bem morrer’, ao transgredir uma das suas principais características: a previsibilidade e a conseqüente preparação para o fim. Uma situação de epidemia implica a subversão dos ritos que envolvem

a morte, como a toalete fúnebre, o velório e o enterro. Esses ritos cumprem a finalidade de unir o morto a seus familiares e amigos e lhe conferir dignidade. Sem isso, a morte torna-se ainda mais temível.

Já Norbert Elias (2001) nos fala de uma outra atitude diante da morte, que acaba sendo o reverso da anterior. Trata-se do isolamento dos senis e dos moribundos da comunidade dos vivos, quer dizer, uma morte antecipada, que ocorre principalmente em sociedades contemporâneas. A forma de experimentar a morte é variável e específica para cada grupo social. Portanto, as idéias acerca da morte e dos rituais fúnebres expressam sentimentos de identidade entre os membros de um grupo. As idéias e ritos comuns unem os homens; as idéias e ritos diferentes separam os grupos.⁷

De todo modo, os homens estão sempre tentando postergar o fim, isto é, procuram o que lhes proporcione alívio ante o reconhecimento de que a sua própria vida e a dos que lhes são queridos, é finita, quer acreditando em uma vida após a morte, quer simplesmente negando a morte – o que hoje é facilitado pelo aumento da expectativa de vida – ou acreditando na própria imortalidade – “outros morrem, mas eu não” (Elias, 2001: 7).

Tanto o propósito de postergar a morte como o fato de o processo civilizador implicar o controle das paixões podem explicar, de certa forma, segundo Elias (2001: 36), o isolamento dos moribundos:

Apenas as rotinas institucionalizadas dos hospitais dão alguma estruturação social para a situação de morrer. Essas, no entanto, são em sua maioria destituídas de sentimentos e acabam contribuindo para o isolamento dos moribundos.

Assim como Ariés, Herzlich (1993: 7) observa que o ato de ocultação da morte, tanto da vida familiar como da vida pública, consiste, hoje, em relegá-la ao hospital e delegar ao profissional médico a tarefa de esconder um evento que queremos negar. E isso tem um significado:

A inscrição da morte no contexto do trabalho médico implica, por si mesma, uma mudança nas representações: já não é mais inscrita nas categorias da fatalidade e do sagrado, mas nas do ‘fazer’, da eficácia, do cotidiano e da rotina [hospitalar].

O lugar da morte atualmente é na instituição médica e, também aí, o moribundo encontra-se isolado. Também aí, no âmbito do espaço hospitalar, existe uma ocultação da morte. E essa ocultação, diz Herzlich, baseado nos estudos de Glazer e Strauss:⁸

visa menos a proteger o doente da angústia do final próximo do que a vida hospitalar da crise que representa a interrupção imprevista de manifestações emocionais intensas (...) é como se a instituição inteira desejasse, mais do que tudo, reduzir as consequências desestruturantes de um transbordamento emocional para o trabalho cotidiano. (Herzlich, 1993: 10)

Na verdade, espera-se que ocorra um acordo tácito: a instituição silencia e, por seu lado, o doente coopera com silêncio. Vários estudos a que Herzlich (1993: 13) se refere registram que esse acordo do silêncio não é comum a todos os doentes. Varia conforme “a percepção, pelo médico, do valor social do doente”, seja por sua origem social elevada, seja pela importância acadêmica de sua doença. Nesse caso, não se aplica o pacto da negação da morte. Daí, afirma Herzlich (1993: 24), “é necessário, simbolicamente, recriar um lugar e um tempo para a morte”. Portanto, entendermos a morte como socialmente construída, possibilita também entendermos o que poderia parecer um contra-senso quando Morin (apud Chiavenato, 1998: 109) nos diz que:

(...) é necessário revelar as paixões profundas do homem para com a morte, considerar o mito na sua humanidade e considerar o próprio homem como guardião inconsciente do segredo. Então, só então, poderemos interpelar a morte desnudada, lavada, desmaquiada, desumanizada, e dissecá-la na sua pura realidade biológica.

As discussões sobre a morte vêm ao encontro do que pretendo aqui como uma reelaboração da doença, ou melhor, uma nova compreensão da doença como fato socialmente construído e, dessa forma, portando significados reveladores de uma determinada sociedade.

A Doença Revelando a História

Se podemos dizer que a coletânea de Le Goff e Pierre Nora inaugurou a inclusão da doença como objeto da história,⁹ não podemos afirmar que esses autores caminharam isolados. Ainda nos anos 70, McNeill (1976) criticava a falta de percepção, até então revelada pelos historiadores, quanto à importância da doença, acusando-os de não valorizarem seu papel na história. Para McNeill, essa dificuldade em lidar com a doença prendia-se ao fato de ela ser concebida como mera contingência, como desvio no curso normal dos acontecimentos, sem ter um papel decisivo sobre a dinâmica

dos próprios acontecimentos. Hoje, podemos falar de um campo de história das doenças, constituído por 'histórias' que, adotando perspectivas diversas, representam importantes contribuições ao trabalho de reflexão sobre o papel das doenças na história.

Tomemos inicialmente a obra de McNeill (1976), que procura traçar os encontros da humanidade com as doenças infecciosas e as profundas conseqüências de novos contatos entre povos com experiências imunológicas distintas. O ponto central da sua análise reside na observação da clara correlação entre os encontros mutáveis dos povos com tais doenças e as fases da sua história política e cultural, verificando como padrões variantes de circulação das doenças afetaram as relações humanas, desde a pré-história até os tempos modernos. Daí, o destaque para as doenças infecciosas e a importância de se analisar seu impacto sobre o processo histórico. Para McNeill, a doença infecciosa seria um dos parâmetros fundamentais e determinantes da história humana. Segundo ele, a história da conquista da América seria incompreensível se não se ressaltasse o papel da epidemia de varíola que dizimou as populações nativas, propiciando a vitória dos espanhóis. É importante notar que, ao privilegiar o impacto demográfico das epidemias e os ajustamentos ecológicos decorrentes das mutações biológicas, McNeill confere às diferentes crenças ou concepções relativas à doença um papel secundário na história que ele procura construir. Exceção feita à medicina científica, único sistema conceitual que, a seu ver, teria um impacto decisivo sobre a distribuição e virulência das doenças infecciosas. Desse modo, tomando como referência a concepção científica da doença, a história de doenças de McNeill não contempla a análise do modo como as diferentes sociedades compreenderam e compreendem a sua experiência patológica.

Informando a produção historiográfica mais recente, estudos antropológicos e sociológicos vêm, há tempos, explorando o domínio da construção social e simbólica da doença, nas mais diversas sociedades. De um modo geral, esses estudos mostram que, em todas elas, a ordem biológica e a ordem social se correspondem, sendo a doença uma realidade construída e o doente um personagem social.¹⁰ Para toda sociedade, a doença é um problema que exige explicação – é necessário que ela tenha um sentido. Desse modo, a história das doenças é um dos caminhos para se compreender uma sociedade: é preciso avaliar a dimensão social da doença, como ela se mostra, pois a doença funciona como significante social – é um suporte e uma das expressões da sociedade.

Diferentemente da obra de McNeill (1976), os trabalhos de Sendrail (1980), Bertolli (1993), Delaporte (1990), Armus (1995), Cueto (1997), Brandt (1985), Carrara (1996), Tronca (2000) e Herzlich & Pierret (1984) poderiam ser situados na direção de uma história propriamente cultural, por enfatizarem quer as representações científicas ou leigas, quer a ação institucional ou as atitudes sociais espontâneas e difusas. Sendrail (1980: X) defende a idéia de que “numa história das doenças, a preeminência não pertence a nenhuma civilização: cada uma tem seus males que ela assume conforme as crenças e os ideais que lhe são próprios”.

Sendrail propõe-se a fazer um tipo de análise que não se limite às fontes puramente médicas, mas que interrogue documentos diversos com o intuito de aí procurar a imagem dos males que uma cultura põe no centro de suas preocupações. O autor propõe uma história que se posicione mais ao lado do doente, que não se atenha somente ao olhar exterior do médico, para que seja possível perceber o drama, a consciência da doença. Sendrail nos convida a uma retomada das fontes – as crônicas, a literatura, os relatos de época –, que testemunham as transformações espirituais e sociais, operadas por uma epidemia, para uma análise do sentido que se confere à doença.

Dentro dessa perspectiva que Sendrail adota, e retomando outras fontes que não as tradicionais, Bertolli Filho (1992: 50), que trabalhou com prontuários médicos de tuberculosos internados no Sanatório São Luis Gonzaga, em São Paulo, entre 1932 e 1945, diz que:

A análise acadêmica deste tipo de fonte permite aproximações com a triste história da dor, das lágrimas, da solidão e, principalmente, da morte (...). Uma morte que, bem antes de atingir a dimensão física, revelava-se como social, já que geralmente a exclusão do convívio com os sadios se constituía a medida mais freqüente de proteção coletiva contra o contágio e também contra a personalidade infectada.

Agregando a essas fontes uma diversidade de outras, como livros e artigos médicos, relatórios de instituições públicas e privadas, depoimentos orais, obras memorialísticas e biográficas, composições literárias e artigos jornalísticos, Bertolli Filho (1993) desenvolveu uma extensa tese¹¹ sobre a tuberculose e os tuberculosos, no contexto do processo modernizador das grandes estruturas da sociedade brasileira, com especial ênfase nos olhares e ações dos paulistas e cariocas frente à questão sanitária. Considera que tanto a tuberculose quanto o tuberculoso são tópicos que se revelam, por excelência, fenômenos resultantes da malha social brasileira.

Privilegiando também o aspecto cultural da doença, mas numa perspectiva que dá grande destaque à ciência, temos François Delaporte. Este autor, ao estudar a epidemia de cólera em Paris no ano de 1832, procede a uma análise historiográfica de conceitos da biologia e do nascimento da clínica, atento à articulação dos fatores científicos, econômicos, éticos e políticos na percepção da doença. Delaporte (1990) mostra como a epidemia serve de prisma revelador de uma sociedade, especificamente no que se refere a “poderes e saberes desarmados”: a burguesia parisiense ficou chocada, em 1832, com o fato de se ver, apesar de todos os recursos da civilização, sujeita a uma calamidade anacrônica. Delaporte procura circunscrever toda a problemática da enfermidade naquele momento, analisando também as percepções contrastantes sobre o cólera entre as classes pobres, a elite burguesa e o meio médico.

Numa perspectiva menos identificada com a proposta de uma representação social da doença, mas de qualquer modo preocupado em examinar o fenômeno patológico como elemento importante na dinâmica social, Diego Armus (1995) analisa o papel da tuberculose no processo de modernização da saúde pública argentina e, bem mais além, da participação política das classes trabalhadoras nos inícios do século XX. O historiador argentino mostra como a tuberculose foi instrumentalizada pelas classes operárias, no sentido de forçar o Estado a construir uma infra-estrutura sanitária básica que permitiu a redução das taxas de mortalidade pela doença, o que só foi possível pela apropriação política da doença, numa clara demonstração de que o fenômeno patológico é, antes de ser um fato biomédico, um fenômeno político socialmente construído.

Cueto (1997), em sua obra *El Regreso de las Epidemias*, reúne as investigações sobre diversas epidemias que assolaram o Peru desde a da peste, na cidade de Lima em 1903, até a do cólera em 1991. Cada ensaio desta obra foi dedicado a uma epidemia e Cueto analisa em cada uma, fundamentalmente, três aspectos: o impacto da doença, discutindo os fatores biológicos e ecológicos que a produz; as políticas públicas implementadas para seu combate e as reações sociais a essas doenças. Cueto mostra em seu trabalho uma grande preocupação em caracterizar o contexto social e político, no desenrolar da epidemia. No que se refere à epidemia de febre amarela, por exemplo, a campanha para o seu combate teve um importante papel no reforço da autoridade do Estado, minando o poder das autoridades provinciais e contribuindo para o desenvolvimento

de um sistema estatal de saúde. Por outro lado, a resistência dos trabalhadores às medidas sanitárias e o confronto entre estes e os proprietários imigrantes contribuíram para a formação da Alianza Popular Revolucionária Americana (APRA). A intervenção do Estado caracterizou-se por soluções técnicas que não levaram em conta os aspectos culturais da doença. Como Armus, Cueto mostra uma maior preocupação com uma história política da doença no contexto da América Latina, colocando-se ao lado do historiador argentino como um dos mais importantes pesquisadores da atualidade, no campo mais bem propriamente denominado história da saúde.

Já Allan Brandt (1985), ao estudar as manifestações de doenças venéreas, ao longo do século XIX e início do XX, em vez de rastrear as abordagens científicas sobre tais moléstias, procura caracterizá-las como fenômenos sociais. Brant observa que no século XX, embora tenha sido possível o combate bem-sucedido a outras doenças infecciosas, nossa sociedade foi incapaz de controlar as doenças venéreas, por desprezar os seus aspectos sociais. O autor acredita que tais doenças não podem ser examinadas somente como entidades biológicas, devendo ser vistas como fenômenos mais amplos, isto é, que envolvem certas atitudes, valores e crenças sociais.

Analisando atitudes e valores no que se refere à sexualidade, Brandt pôde avaliar seu impacto perturbador sobre a prática médica e principalmente sobre as políticas de saúde pública de controle das doenças venéreas, durante os séculos XIX e XX. Sua contribuição fundamental está em mostrar a necessidade de se olhar para além do modelo biomédico, cujo paradigma é muito restrito à solução do problema das doenças venéreas. Em outras palavras, acredita que a estrutura de referência, tanto em termos de reflexão quanto no de intervenção social, deva se expandir para além da medicina. Em sua abordagem, a análise dos símbolos e imagens associados a uma determinada doença têm uma importância crucial, pois é por meio deles que podemos determinar os valores e padrões de julgamento que guiam as práticas sociais, configurando o perfil epidemiológico que uma doença assume em determinada sociedade.

Ainda no campo das doenças venéreas, Carrara (1996) analisa a dinâmica social em torno da sífilis e do seu combate, percorrendo o conjunto de intervenções sociais propostas – ou efetivamente implementadas para o seu controle – no Brasil, desde finais do século XIX até meados da década de 1940. Da mesma forma, olha para além do modelo biomédico,

constatando a reemergência da sífilis a partir de interesses múltiplos, principalmente de sifilógrafos envolvidos com a chamada luta antivenérea – luta que esteve estreitamente vinculada a um projeto de construção da nação brasileira. Segundo Carrara, os sifilógrafos construíram um conceito de ‘sífilis brasileira’ que contribuiu significativamente para a formulação de um pensamento social de forte apelo nacionalista e civilizador. O combate a esta sífilis, nas primeiras décadas do século XX, baseado numa visão higienista de conteúdo eugênico, teve como objetivo introduzir normas e padrões morais e comportamentais, consoantes um modelo de nação inspirada nos padrões europeus, isto é, depurado de traços culturais à época considerados inferiores.

Herzlich & Pierret (1984) desenvolveram seu estudo sobre a representação social da doença, partindo do princípio de que o indivíduo doente, em toda parte e em cada época, é doente aos olhos da sociedade, em função dela e segundo as modalidades por ela fixadas. Analisando a linguagem do doente nessa relação de reciprocidade, as autoras mostram como o doente percebe seu estado, como o exprime e se organiza, ao dar um sentido ao mal biológico. Assim, ao examinarem as concepções, os saberes, as condutas ‘profanas’ e ‘profissionais’, em circulação na sociedade, concluem que o doente e o meio social interagem constantemente, modelando mutuamente suas percepções do fenômeno patológico. Em *Maladies d’Hier, Maladies d’Aujourd Hui*, as autoras utilizam a literatura como fonte, por encontrarem em textos literários amplo material para a análise da representação social da doença.¹²

Podemos perceber que, mesmo com as abordagens distintas, para esses estudiosos é fundamental o papel das crenças, símbolos, representações, enfim, o enfoque cultural para a elaboração e análise de seu objeto – o fenômeno patológico como fenômeno social. Além disso, esses autores mostram a necessidade de nos voltarmos para fontes outras que, anteriormente, pouco utilizadas no trabalho do historiador, hoje aparecem como elementos essenciais aos estudos da história das doenças, não mais restrita às fontes que constituem o discurso médico científico. Como demonstrou Vovelle (1987), relativamente à iconografia, podemos, com frequência, inferir mais a partir dessas fontes, aparentemente oblíquas, do que dos escritos científicos consagrados.

Pôrto (1997), por exemplo, vai buscar na obra poética de Manuel Bandeira a fonte para construir sua história de doenças. Sem negar o valor

das abordagens que se utilizam das fontes científicas sobre a tuberculose, a autora aponta uma lacuna existente nesses trabalhos: a ausência da experiência individual e intransferível de se estar tuberculoso; isto é, o processo de constituição do sujeito doente. É esse caminho que a autora toma para desenvolver sua tese sobre a reconstrução de identidade do poeta pernambucano. Pôrto utiliza o conceito de 'trajetória de vida'¹³ para compreender como o impacto da tuberculose na vida de Bandeira¹⁴ desencadeou um movimento de destruição e reconstrução de si, de forma a lhe garantir, ainda que marcado pela doença, sobreviver e afirmar-se no mundo que o circundava. A autora mostra que o projeto poético de Manuel Bandeira é a chave para a superação da sua condição de tísico.

Uma investigação no campo da história de doenças, centrada na sua representação social, isto é, nas visões que os homens produzem de seus males, inclusive as fantásticas, pode trazer alguns problemas, uma vez que o pesquisador estará lidando com símbolos – pois representar é sempre lidar com símbolos. A dificuldade reside precisamente na interpretação, no risco de ser superficial ou confinar-se às aparências. Todavia, a dificuldade nessa interpretação pode ser menor na medida em que se tem consciência de que as coisas são sempre representadas, mas de forma diferenciada, isto é, a partir da diversidade e complexidade nas inter-relações das representações com o real.

Em *A Questão do Imaginário na Prática do Historiador*, Ítalo Tronca (1988) alerta para os erros que podemos cometer numa análise da representação e para a necessidade de se perceber o imaginário não como um epifenômeno, uma superestrutura um tanto desprezada, mas como algo que está na raiz das motivações históricas. O autor observa que devemos considerar o tempo da história, na medida em que “as relações dos indivíduos com seu corpo, com suas doenças e os sentimentos por eles experimentados, nos planos físico e espiritual” (1988: 4), são diferentes a cada época. Uma das funções do historiador, portanto, é perceber mudanças de atitude em relação à doença, no período de tempo por ele recortado, e identificar elementos conjunturais que influenciam as transformações na concepção da doença.

Em sua obra *As Máscaras do Medo: lepra e Aids*, de 2000, Tronca utiliza-se de fontes literárias de ficção para analisar historicamente os elementos culturais, políticos e sociais que produzem uma concepção estigmatizadora tanto da lepra, a partir do século XIX, quanto da Aids, no final do século XX. Tronca (2000: 15) trabalha com uma história cultural

da doença, privilegiando a questão do imaginário social “como, talvez, o principal instituidor da história”. Sua narrativa procura contrapor o discurso estético, a partir da ficção, ao discurso científico, isto é, o ponto de vista médico sobre a doença, demonstrando que ambos trabalham com representações, ambos são construções sociais. Tronca define três temas que, segundo ele, organizam as representações em torno da lepra e da Aids: a raça, a sexualidade e a geografia. Ele ressalta que tanto os temas quanto os elementos alegóricos, presentes nos discursos literários e científicos, aparecem em constante interpenetração, não sendo possível tratá-los com esquemas teóricos rígidos.

Herzlich (1991) assinala que o estudo da representação social da doença deve sempre levar em conta a articulação entre a patologia de uma época, a configuração histórica e ideológica que a contextualiza, e o estágio de desenvolvimento da medicina, pois a representação não é um simples reflexo do real – ela está enraizada na realidade social e histórica que ao mesmo tempo contribui para construir. Como afirma (1991: 23), “é englobada na imagem de uma sociedade que a doença adquire uma significação”. A autora estuda as representações de saúde e doença como uma realidade *sui generis*, fora dos modelos médicos. Inspira-se na linha dos trabalhos antropológicos, mostrando a existência, em cada sociedade, de um discurso sobre a doença que não é independente do conjunto das construções mentais de expressão dominante.

Defendendo a idéia de que os sintomas e as disfunções só adquirem sentido e se organizam como ‘doença’ na medida em que introduzem uma modificação na vida do doente e na sua identidade social, Herzlich propõe análises em que a dimensão social da doença é inerente à construção do que chamamos doença. Considerar a saúde e a doença como realidades orgânicas independentes tanto do espaço e do tempo, quanto das características dos indivíduos e dos grupos atingidos por uma doença, é restringi-las à leitura exclusiva do saber médico e não percebê-las como realidades que têm dimensões sociais. Ao analisar a utilidade da representação social no campo da doença, Herzlich mostra que, seja qual for a importância da medicina moderna, a doença é um fenômeno que a ultrapassa e a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, mas também de interpretação e questão de sentido. A interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social, revela-nos as relações existentes entre o biológico e o

social. Por meio da saúde e da doença temos acesso, portanto, à imagem da sociedade e de suas imposições aos indivíduos.

Nessa linha de reflexão, Herzlich analisa os processos cotidianos de construção da doença bem como as categorias e formas de racionalidade presentes nos diversos registros (inclusive os literários), pelos quais os indivíduos tentam traduzir e organizar suas experiências. Ela deixa claro em seguidos trabalhos que a previsão de condutas individuais não é objeto dos estudos de representação social. Seu interesse repousa na leitura de fenômenos coletivos, já que a representação social permite tanto a compreensão de alguns problemas candentes do ponto de vista da sociedade, quanto o esclarecimento de alguns aspectos referentes à sua apropriação pelo corpo social, a partir de debates e conflitos protagonizados por diferentes grupos.

Outro aspecto a ser considerado na análise da representação social da doença é o da elaboração do discurso médico. Da mesma forma que o saber dos doentes depende, pelo menos em parte, do saber dos médicos, a própria história da medicina nos mostra que as relações entre saber médico e concepções do senso comum podem dar-se como via de mão dupla. Na verdade, não se trata apenas de admitir categorias biológicas, sociais e éticas no saber e na prática médicos; trata-se, antes, de detectar manifestações de representações 'profanas' da saúde e da doença, enraizadas na realidade social, que informam numerosos elementos do saber médico.

Segundo Rosenberg (1992), somente quando se nomina um fenômeno como doença é que lhe é atribuído um sentido. Dessa forma, a dor e os sintomas são definidos, dotados de significação e socialmente rotulados. Pode-se observar que todo significado só é lógico para o indivíduo porque é socioculturalmente legitimado por seus semelhantes. As representações sociais, sendo produzidas e apreendidas no contexto das comunicações sociais, são necessariamente estruturas dinâmicas, caracteristicamente flexíveis e permeáveis, fazendo com que o estudo empírico das representações revele, freqüentemente, a concomitância de conteúdos mais estáveis e de conteúdos dinâmicos, mais sujeitos à mudança. As representações sociais são tanto a expressão de permanências culturais quanto o *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição. Assim, as representações sociais são campos socialmente estruturados na interface de contextos sociais de curto e longo alcance histórico. Pode-se considerar as narrativas literárias e as científicas essenciais para revelar a complexa função cultural das representações sobre a doença em nossa sociedade, interpretando e contrapondo as alegorias

existentes em um e em outro discurso. Portanto, somente levando-se em consideração esses dois níveis de percepção é que se pode apreender, na sua integralidade, o processo de construção social da doença.

Notas

- ¹ O trabalho de Pedro Nava a que me refiro aqui é *Capítulos da História da Medicina no Brasil*, publicado em *Brasil Médico-Cirúrgico* (1949: 3-32). O memorialista escreveu *Baú de Ossos* (1973), *Chão de Ferro* (1976) e *O Círio Perfeito* (1983), entre outras obras.
- ² Lucien Febvre, na sessão inaugural do *Collège de France*, em 13 de dezembro de 1933, disse: “Dado? Não, criado pelo historiador e, quantas vezes? Inventado e fabricado, com a ajuda de hipóteses e conjecturas, por um trabalho delicado e apaixonante (...). Elaborar um fato é construí-lo.” (apud Le Goff, 1984: 167).
- ³ A respeito da desordem urbana ocasionada por uma doença, a epidemia de gripe espanhola, ver, por exemplo, Brito (1997).
- ⁴ Imhof (1978: 98) faz referência à ocorrência de inúmeros nascimentos pré-matrimoniais no distrito de St.Veit, Áustria, no período de 1870/74 – dados colhidos nos registros das igrejas. A investigação do historiador Michael Mitterauer, que avaliou todas as possibilidades para um índice tão alto (70%), concluiu que este teve pouco a ver “com moral frouxa, com desagregação dos costumes e com promiscuidade” e, sim, com um clero mal-preparado para atender a região na realização de casamentos.
- ⁵ Em entrevista publicada na revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 9(1): 205-212, jan-abril, 2002, Porter refere-se especialmente a Arthur Kleinman, antropólogo, médico, autor de *The Illness Narratives, Suffering, Healing and the Human Condition*, entre outras obras.
- ⁶ As autoras analisam a representação social das doenças e a construção social do doente em várias épocas e, conseqüentemente, os diferentes significados da morte.
- ⁷ Sobre representações da morte e os significados dos rituais fúnebres, ver Da Matta (1985) e Reis (1991).
- ⁸ Sobre os artigos de Glazer e Strauss, ver Herzlich (1993).
- ⁹ Esta coletânea intitulada *História*, organizada por Le Goff e Pierre Nora, compõe-se de três volumes: 1. Novos problemas, 2. Novas abordagens e 3. Novos objetos.
- ¹⁰ Ver White (1991), sobre as formas de tratamento dadas à questão por várias correntes da sociologia, e Augé & Herzlich (1986).
- ¹¹ Esta tese foi publicada pela Editora Fiocruz, em 2001, sob o título *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*.
- ¹² Podemos aqui arrolar alguns exemplos de obras literárias conhecidas que se prestam como fonte de estudo para a representação social da doença: em relação à Aids, *Para um Amigo que Não Me Salvou a Vida* (1995), de Hervé Guibert, e *Triângulo das Águas* (1991), de Caio Fernando Abreu; em relação à tuberculose, *Diário e Cartas* (1996), de Katherine Mansfield, e *A Montanha Mágica* (1984), de Thomas Mann.

- ¹³ Pôrto (1997) utiliza esse conceito para revelar o processo de reconstrução do fenômeno de adoecimento no que ele explica os sentimentos e as concepções do enfermo sobre o que está se passando com ele. Na verdade, a autora traça uma trajetória de vida, menos como conceito central do que como forma de se perceber a trajetória de um doente específico, no caso Manuel Bandeira.
- ¹⁴ Bandeira adoeceu de tuberculose em 1904, aos 18 anos de idade, o que o obrigou a interromper os estudos de arquitetura e percorrer um itinerário terapêutico. Como expressou, mais tarde, em poesia: "Criou-me, desde eu menino/ Para arquiteto meu pai./ Foi-se-me um dia a saúde.../ Fiz-me arquiteto? Não pude!/ Sou poeta menor, perdoai!"