

## O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA NA PERSPECTIVA CULTURAL: APONTAMENTOS PARA A PANDEMIA SARS-CoV2/COVID-19

### THE HEALTH-DISEASE PROCESS IN THE CULTURAL PERSPECTIVE: NOTE FOR THE PANDEMIC SARS-CoV2 / COVID-19

Reinaldo Antonio Silva-Sobrinho<sup>1</sup>

Antonio Ruffino-Netto<sup>2</sup>

**Resumo:** O estudo promove discussões acerca do processo saúde-doença, sob a ótica da cultura com enfoque na pandemia da COVID-19. Trata-se de um estudo teórico reflexivo, a partir da interpretação crítica da literatura, selecionada pela revisão narrativa. Os fatores constituintes do processo saúde-doença, demonstram que a Pandemia da COVID-19 possui múltiplas facetas, as quais envolve cenários ambientais, socioeducacionais, genéticos, ideológicos, políticos, econômicos e culturais. Compreende-se que os determinantes sociais do processo saúde-doença, sofre influência dos elementos culturais, que se materializam na sociedade e, para serem legitimados obrigatoriamente passam pelas crenças e valores dos indivíduos, como por exemplo as medidas de higiene, o distanciamento interpessoal, o uso de máscaras e a vacinação. Os fatores culturais exercem força sobre os determinantes do processo saúde-doença, de modo que a compreensão sobre a causa das doenças e os modos de cuidado, carecem de uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional, como manifestada por ocasião da Pandemia da COVID-19.

**Palavras-chave:** Processo Saúde-Doença; Cultura; Cuidado Culturalmente Competente; Infecções por Coronavírus.

**Abstract:** The study promotes discussions related to the health-disease process, from the perspective of culture with a focus on the COVID-19 pandemic. This is a reflective theoretical study, based on the critical interpretation of literature, selected by the narrative review. The constituent factors of the health-disease process demonstrate that the COVID-19 Pandemic has multiple facets, which involve environmental, socio-educational, genetic, ideological, political, economic and cultural scenarios. It is understood that the social determinants of the health-disease process are influenced by cultural elements, which materialize in society and, in order to be legitimized, necessarily pass through the beliefs and values of individuals, such as hygiene measures, interpersonal distancing, the use of masks and vaccination. Cultural factors exert force on the determinants of the health-disease process, so that the understanding of the cause of illnesses and modes of care lacks a multidisciplinary and multiprofessional approach, as manifested during the COVID-19 Pandemic.

**Keywords:** Health-Disease Process; Culture; Culturally Competent Care; Coronavirus Infections.

## 1 Notas introdutórias

Da Idade Primitiva à Idade Contemporânea, as concepções de saúde e doença se transformaram e sofreram diferentes interpretações, próprias da dinâmica civilizatória da

---

<sup>1</sup> Doutor pela Universidade de São Paulo (USP). Professor na Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: [reinaldo@unioeste.br](mailto:reinaldo@unioeste.br)

<sup>2</sup> Doutor pela Universidade de São Paulo (USP). Professor na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: [aruffino@fmrp.usp.br](mailto:aruffino@fmrp.usp.br)

humanidade. Na primeira fase, isto é, Idade Primitiva, os pensamentos referentes a saúde e doença eram restritos, baseados na experiência vivida, razão pela qual esses fenômenos eram explicados exclusivamente como produto de forças sobrenaturais que agiam sobre o homem. Tais explicações tinham um profundo sentido mágico-religioso. Atualmente, em "tempos" de Idade Contemporânea, são vários os enfoques e as formas de compreender a saúde e a doença, todas dependentes em grande medida do olhar particular que seja feito (SCLIAR, 2007).

A pluralidade de crenças, sociedades e culturas dificulta a unificação de termos e definições, e em todas elas existe forte influência do pensar biológico, característico do sistema médico dominante. Essa etapa histórica caracteriza-se pela pluralidade de interpretações e possibilidades de articulação entre classes sociais, grupos de militância e processos de mudança social em torno do processo saúde-doença (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Assim como a sociedade, também a compreensão dos processos de saúde-doença não tem comportamentos estáticos, pois ambas se transformam continuamente.

No campo da saúde pública, diferentes autores, a partir de 1950, como cita McKeown (1979), produziram investigações segundo as quais a pobreza desempenha contundente papel na causa das doenças, sendo a principal determinante. A saúde e a doença dependem das condições socioeconômicas, ainda que não somente delas.

Entretanto, a saúde na ótica da antropologia e das ciências sociais não é consequência somente de fatores socioeconômicos. Uma corrente de pensadores interpreta a doença como um produto culturalmente determinado; sendo assim, a cultura pode ser interpretada como um agrupamento de ideias, conceitos, regras e comportamentos partilhados em um grupo cultural definido, e portanto, a cultura confere ordem à experiência da doença e do comportamento de maneira diversificada nas diferentes sociedades (KLEINMAN, 1988).

O modo de perceber e conceituar a doença, nas diferentes culturas, surgiu antes da concepção de saúde, como fenômeno inerente à sociedade em primeiramente interpretar e categorizar o que se considera "desvio da normalidade" para a seguir, denominar o que se compreende como comum, que caracteriza o "normal". Nessa sequência, "a doença, continuamente parece informar sobre um indivíduo ou um período, muito mais que a saúde, apesar de o motivo disso, não ser muito cognoscível, possivelmente a explicação resida na premissa de que o bem-estar completo esquia da atenção (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Destaca-se que muitos estudos apontam que não há concordância na comunidade científica quanto aos conceitos explicativos para expressar a saúde, a doença, o normal e o patológico (ALMEIDA-FILHO, 2001). Não obstante, há certo consenso que as diversas definições de saúde e doença vieram à tona como um processo que recebe interferências emanadas das relações sociais, econômicas, individuais, políticas, filosóficas, religiosas, por fim, da cultura compartilhada pela humanidade em um determinado período e ambiente de vivência, que coincidentemente também induz o dinamismo dessas relações (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Percebe-se que a evolução dos conceitos de saúde e doença se submete às conjunturas culturais presentes em dado período histórico junto à sociedade em que se desenvolvem, permanecendo em constante evolução, a qual é dinâmica e relacional frente a comportamentos de indivíduos e coletividades margeadas nas estruturas e interações sociais.

Na esteira da evolução das percepções humanas, atualmente existe certo consenso em discutir os acontecimentos de saúde e doença a partir de um conceito ampliado, denominado processo saúde-doença. Este, por sua vez, atrela-se diretamente “à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades” (GUALDA; BERGAMASCO, 2004). No tocante a sua determinação causal, o processo saúde-doença representa o agrupamento dinâmico de associações e fatores que produzem e condicionam o estado de saúde-doença de um conjunto social de pessoas, que varia em diferentes períodos históricos em consonância com o pensar científico da humanidade (VIANNA, 2012).

Dessa maneira, existem propostas teóricas que defendem que o processo saúde-doença deveria ser compreendido por meio da perspectiva cultural, valorizando os hábitos, crenças, conhecimentos, valores, ações e atitudes individuais e sociais, os quais são herdados e conformados pelo processo de vida ao longo da história humana (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Assim, compreende-se que as medidas sanitárias recomendadas para enfrentamento da COVID-19 como as medidas de higiene, o distanciamento interpessoal, o uso de máscaras e a vacinação precisam ser legitimadas pelas crenças e valores dos indivíduos – elementos dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é promover discussões relativas ao processo saúde-doença, sob a ótica da cultura com enfoque na Pandemia da COVID-19.

## 2 Abordagem metodológica

Trata-se de um estudo teórico-reflexivo, elaborado a partir da interpretação crítica da literatura, a qual foi selecionada pela revisão narrativa. Quanto à abordagem científica, este estudo é do tipo qualitativo, considerando a interpretação e a exploração dos achados teóricos encontrados nos textos selecionados. Esta modalidade metodológica é reconhecida como um caminho relevante para desvelar uma temática específica, explicitando novas descobertas, conceitos e métodos para o desenvolvimento da ciência (ELIAS, *et al.*, 2012; VOSGERAU; ROMANOWK, 2014).

O marco teórico empregado na reflexão foi o conceito processo saúde-doença na perspectiva cultural. O qual traz em seu bojo as diversas interfaces, como hábitos, crenças, conhecimentos, valores, ações e atitudes individuais e convívio social, os quais são conformados e transmitidos a cada nova geração pelo contexto cultural durante o processo de vida, situações que manifestam percepções e experiências de saúde e doença (GUALDA; BERGAMASCO, 2004; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006; HELMAN, 2009; MINAYO, 1988).

Foram recuperados artigos indexados na Rede de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine – Medline - NLM), durante os meses de novembro e dezembro de 2019 e o período para busca das referências foram os últimos 20 anos disponíveis nas bases. Além deste critérios foram consultados livros e registros científicos online.

Empregou-se termos de indexação ou descritores processo saúde-doença, saúde e cultura, COVID-19, prática social de cuidado em saúde, cultura (em língua portuguesa e inglesa). O critério estabelecido para seleção das publicações eram ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter clarificado no resumo que o tema da publicação tratava do processo saúde doença na perspectiva cultural e/ou COVID-19.

Na sequência conduziu-se a leitura dos títulos, resumos e palavras-chave para classificação do material que atendesse os critérios, após a leitura foram selecionados 14 artigos que convergiam com o estudo e outras 20 referências somando livros, capítulos de livros e registros científicos de outra categoria foram inseridos devido a pertinência ao propósito narrativo.

### 3 Desenvolvimento

No que tange à perspectiva cultural e sua influência no comportamento humano, a exposição de Laraia (2007) parece fazer sentido quando afirma que o comportamento humano é determinado pela cultura acumulada pelos seus ancestrais, diferentemente nos animais, que por não possuir um sistema de comunicação oral articulado, são guiados pelos instintos inatos, que não estão presentes em humanos. Assim, a cultura é o conjunto de experiências vividas e repassadas dos pais/sociedade aos indivíduos mais novos.

Ruffino-Netto (2011) enuncia que o homem exerce duplo papel histórico, o primeiro como um aprendiz e o segundo como transformador da sociedade, guardado com as ferramentas que dela absorveu. Tal processo é o *modus* da formação existencial da humanidade, contínua no tempo e explicitada por uma transformação díade, de maneira que o homem modifica a natureza e a natureza modifica o homem. Destarte, a cultura e a educação (dois conceitos consubstanciados) conformam papéis primordiais nesse processo de "socialização do ser humano".

A cultura é um agrupamento de ensinamentos que os sujeitos herdam por serem partícipes de um agrupamento social, aquela em que nasceram e/ou vivem, que por seu turno lhe explicitam como enxergar e relacionar-se com o mundo, seu entorno e com as forças imateriais. Ademais, a cultura proporciona aos indivíduos a consciência e os caminhos para a transmissão do "background" próprio do grupo no qual estão imersos às próximas gerações. E a cultura pode ser compreendida como uma "lente" herdada por intermédio da qual o homem se situa e interpreta o mundo do qual faz parte e apreende a nele viver (HELMAN, 2009).

Geertz (1989), ao versar sobre a repercussão do conceito de cultura sobre o conceito de homem, amplia o leque de análises em torno dos elementos que compõem a natureza humana ao propor o estudo do particular, do circunstancial, do concreto. Ficam adicionados outros aspectos além do cultural na análise, entre estes o funcionamento do sistema nervoso, da organização social, do processo psicológico e da evolução física que são partes e por isso formam o todo, portanto interdependentes, embora essa ideia seja pouco explorada por (LARAIA, 2007). Não obstante, trata-se tão somente de uma abordagem adicional, a defendida por Geertz (1989), para aproximar-se o máximo possível do complexo conceito de humanidade e o debruçar sobre as diferentes culturas, pretendendo, essencialmente, desvelar os diferentes tipos de indivíduos integrantes de culturas distintas.

Supõe-se que a cultura é a unidade primordial e constituinte do ser humano e as diferenças entre os indivíduos são influenciadas por um conjunto de ações, conforme enunciado. Nesse sentido, a construção da realidade vivida é confirmada pela interação entre indivíduos, e em última análise é mantida por processos sociais. Assim, a instituição das características humanas é determinada pelo acúmulo cultural vivido e transmitido, somado a outras unidades formadoras do homem como a organização social, processos psicológicos, evolução física, funções neurais que determinam funções e padrões de comportamento a depender do ambiente físico e social no qual se encontra o ser humano (BERGUER; LUCKMANN, 1976).

Geertz (1989) e Berguer; Luckmann (1976) declaram que, além da influência da cultura, outros elementos careiam para conformar a natureza humana, como as relações entre corpo e psique.

Reconhece-se que os mistérios da mente humana continuam por ser explorados e as reações, emoções que motivam o homem a se portar, proteger-se e gerir sua vida dependem de um estado de equilíbrio mental e de sua visão/ posicionamento frente ao mundo.

Sacks (1995) assinala, que a forma com que se vê o mundo depende da realidade diária, a qual não é construída instantaneamente, mas desenvolvida no curso da vida. Sabe-se que campos do córtex cerebral que primordialmente coordenariam a visão ao longo dos anos foram redirecionados para ampliar outros sentidos (de forma compensatória) como o tato, a audição, e estes propiciam noção de espaço, tempo e autoconsciência e consciência do mundo. O mundo que se vê todos os dias é aprendido; o paradigma que se construiu interfere na realidade, isto é, nos pensamentos, crenças e valores.

Dessa maneira, conceitos abstratos e individuais conformam a realidade humana e por esse motivo é necessário diferenciar as complexas conexões do processo saúde-doença a que os sujeitos estão imersos. Essas conexões são as próprias crenças e experiências, os relacionamentos com os pares e com o contexto cultural manifestos pela influência e interpretações advindas da sociedade, política, educação, ciência, filosofia, economia, religiosidade, espiritualidade, entre outros (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Com essa base, é possível pensar que a saúde e a doença envolvem uma multiplicidade de fenômenos, não sendo coerente tê-las como um conceito polar, visto que essa interpretação limita a compreensão da complexidade das experiências dos

indivíduos frente ao estado de saúde e doença. Entendê-los como conceitos antagônicos restringe a capacidade do indivíduo, que necessita de “cuidado” ao perceber sua importância como sujeito partícipe influente na relação de cuidado (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

De acordo com Leininger (1971), o cuidado é concebido de diferentes formas nas variadas culturas, mas é "universal" e necessário para a sobrevivência da raça humana. A autora enfatiza a necessidade do cuidado se ajustar às convicções, padrões e à voga das culturas, de outra forma, pode não ser benfeitor e significativo. Desse modo, torna-se importante uma definição de cuidado aplicável no âmbito operacional da saúde “como ato assistencial”. Sendo assim, reportando Leininger (1971), o conceito do Cuidado Transcultural configura a “avaliação consciente e um esforço deliberado para usar valores culturais, crenças, modo de vida de um indivíduo, família ou grupo comunitário, para fornecer auxílio significativo para estas necessidades de cuidado nos serviços de saúde”.

Pode-se verificar em Helman (2009) a aplicabilidade do conceito de cultura para explicar os processos de adoecimento-saúde e as diversas formas de ajudas e “curandeiros” a que recorrem as coletividades humanas quando sentem suas vidas ameaçadas. Estes são divididos em setores: *Popular Sector*, *Professional Sector* e *Folk Sector*.

Poucas vezes os cientistas da saúde na rotina de trabalho consideram a complexidade humana para desencadear o cuidado; muitas vezes o foco é a eliminação do agente agressor que causa o incômodo, o qual é identificado a partir de exames laboratoriais, de imagem, na observação clínica e em última instância na valorização das “falas” e percepções dos indivíduos que vivenciam a doença. Outras vezes são criados estados patológicos e deficiências que não são entendidas como tais pelas pessoas (estados especiais como a gestação, a velhice, puberdade entre outras) ou ainda indicados procedimentos desnecessários, criando na sociedade uma relação “cosmética” com procedimentos invasivos, medicamentos e terapias sobrenaturais.

Ao reafirmarem que a existência humana é um fenômeno natural complexo, muitos profissionais da saúde caem na armadilha de considerar tão somente o enfoque biológico ao assistirem o doente, esquecendo-se de levar em conta a situação social, econômica e especialmente o *modus* de vida, a sua cultura.

Nessa direção, sugere-se a importância do enfoque qualitativo em saúde, que pode revelar minúcias e desvelar as condicionantes escondidas ou não percebidas pela aplicação exclusiva das ideias do método quantitativo, objetivo, numérico. Estes, ao

serem aplicados como ferramenta para a busca da causa e efeito ou para indicar e propor objetivos sem considerar integralmente a natureza humana podem falhar. Um bom exemplo disso foi citado por Helman (2009) ao registrar a rejeição da Terapia de Reidratação Oral no Paquistão, visto que aquela sociedade não reconhecia a diarreia como doença, enxergando-a como uma fase da dentição e própria do desenvolvimento infantil.

Segundo Minayo (1988), "há uma teoria preconceituosa que parte de uma visão evolutiva da sociedade em que o primitivo é considerado atrasado e, no caso, o atraso seria uma concepção "supersticiosa" dos acontecimentos ligados à vida e à morte".

O moderno, por outro lado, é tratado como mais evoluído, representado nesse caso pelo saber científico, revestido de autoridade para garantir que a doença é representada por alterações presentes em um órgão do corpo e, portanto, passível de intervenção por meio de um profissional da saúde habilitado em consertá-lo. O conceito da doença, assim, estaria assentado na ideia de uma máquina que sofre avaria e que pode ser reparada tecnicamente, objetivamente por um competente mecânico. Ressalta-se que "nem de um lado nem de outro a realidade acontece dessa forma linear e dicotômica" (MINAYO, 1988).

Sabe-se que os grupos sociais possuem concepções pluralísticas da saúde-doença, englobando explicações de causação natural, emocional, sobrenatural e ecológica, requerendo, desse modo, uma abordagem de cuidado multidimensional e transdisciplinar (MINAYO, 1988).

Hegenberger (1998), ao discutir os binômios doente/não doente e doente/sadio, sinaliza que as alterações na saúde são atribuídas oficialmente pelos profissionais de saúde e não percebidas pelos sujeitos como se pensa: "A pessoa, indisposta, procurando o profissional de saúde (ou é levada até ele) ingressa no inventário dos doentes [...]". Dessa maneira, o estado de saúde ou doença é determinado pelos cientistas da saúde depois de ouvida a reclamação sobre a indisposição do sujeito, e esses eventos/decisões são mais recorrentes do que se pensa, e como consequência podem levar, por exemplo, a resultados falso positivos e medicalização.

Nessa linha, Mendes (2011) cita o Institute of Medicine quando informa que, em 1999, os óbitos causados por iatrogenia médica foram a terceira causa de mortes nos Estados Unidos da América e a informação mais chocante é que a maioria dessas mortes seriam evitáveis. Diante dessa complexidade, a análise conceitual sobre a maneira como as pessoas expressam os problemas/perturbações em sua saúde pode ser útil nesta discussão.



Diferentes palavras são expressas para designar estado e percepções sobre os problemas de saúde. Na língua anglo-saxônica, empregam-se "disease, illness e sickness", as quais são conceitualmente distintas e relevantes. Assim, "disease" é um termo utilizado para designar um processo patológico, geralmente físico, como uma infecção de garganta ou câncer de pulmão, às vezes de origem indeterminada, como a esquizofrenia (WIKMAN; MARKLUND; ALEXANDERSON, 2005).

Por outro lado, "illness" configuraria a resposta a um sentimento, uma experiência de insalubridade totalmente pessoal, advinda do interior do paciente. Nesse caso, a doença "illness" é definida como um problema de saúde com a qual a pessoa se identifica, geralmente com base em sintomas físicos ou mentais "relatados" (BOYD, 2000).

Finalmente, "sickness" é o modo público e externo de não-saúde, é um mal-estar em sentido mais genérico, quando a doença está relacionada com condições sociais, políticas e econômicas, envolve o reconhecimento por parte da sociedade que a pessoa denominada doente deve ser protegida e sustentada economicamente por não ter condição de exercer plenamente seu papel social (KLEINMAN, 1988; BOYD, 2000; WIKMAN; MARKLUND; ALEXANDERSON, 2005).

Ante a multiplicidade de sensações, sentimentos e percepções dos seres humanos quanto ao bem-estar, indisposição, saúde e doença, a educação médica tradicional não se sente à vontade ao encarar a "doença" (illness), uma vez que o paciente não pode oferecer ao médico nada para satisfazer seus sentidos (ver, cheirar, apalpar, medir) (BOYD, 2000). Inclusive, o indivíduo pode sentir-se doente e não ter uma patologia, ou tê-la e não se sentir doente, e até mesmo permanecer sentindo-se doente depois de receber a notícia médica de cura (KLEINMAN, 1988).

Embora os textos de Nordenfelt (2000) sejam recheados de considerações filosóficas nem sempre unânimes entre os diversos estudiosos, é virtuosa sua discussão sobre as regras utilizadas para determinar os valores referenciais de normalidade funcional dos diversos órgãos e sistemas do corpo humano. Em sua acepção, a saúde pode ser mensurada em graus, tendo como baliza os limites de saúde perfeita e má saúde máxima. No entanto, a fronteira entre saúde e não saúde somente pode ser indicada pelo indivíduo, o qual é o único (frequentemente) que pode determinar se seu estado é satisfatório ou não. Assim, o parâmetro de homeostase não pode ser determinado conceitualmente (NORDENFELT, 2000). Respaldao nessa concepção, parece ser um desacerto o profissional de saúde estabelecer critérios descolados dessa ideia para criar uma divisória exata entre saúde e má saúde.

Ao se transpor a ideia para o nível de sistemas de saúde, discute-se que os gestores da saúde planejam a execução de estratégias e programas de saúde pública e essas decisões organizacionais quase que invariavelmente são desenhadas tendo como exclusividade o modelo cartesiano, biologicista, sem a observância do processo dinâmico humano (corpo-mente e sistemas socioeconômicos e culturais) e as relações entre profissionais e pacientes. Tais ausências têm determinado o não sucesso dessas estratégias e programas de saúde pública.

Parece importante considerar o processo saúde-doença a partir de suas diferentes faces, visando ao cuidado em nível individual e ao planejamento de ações coletivas de saúde permeadas por diferentes óticas, entre estas a cultural.

O texto de Duarte (1999), “Império dos Sentidos” acerca do limitado poder que os profissionais da saúde têm para contribuir com a sociedade nos processos de vida saudável e adoecimento, indica que esses eventos também são em parte dependentes das chamadas “situações de risco” que estão muitas vezes à mercê do livre-arbítrio, no direito e poder de escolha conformado na construção da cultura ocidental.

Em epidemiologia, o estudo do processo saúde-doença por meio da magnitude e distribuição de agravos/eventos é consagrado, porém o nó górdio é revelado quando se discutem fatores dos determinantes do processo saúde-doença. Como exemplo, o estudo do papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença requer aprofundada reflexão teórica e conceitual; o estudo de fatores pela abordagem unicausal centrada tão somente no campo biológico há muito tempo está superado (ou deveria ser pensado por *ardil astuto*) e mesmo nas abordagens multicausais que pretendem ser explicativas há que se considerar na equação a inter-relação entre os fatores e o envolvimento de variáveis qualitativas (RUFFINO-NETTO, 2019).

O ponto que ainda não está superado é o entendimento que os determinantes sociais do processo saúde-doença nunca exercem influência no campo biológico/plano individual sem a ação da dimensão antropológica (MINAYO, 2006). Sem dúvida, os determinantes sociais se manifestam nas "esferas sociais, econômicas, educacionais e outras, mas para que esta seja reconhecida/acolhida no campo individual é preciso que a mesma seja aceita e abonada pelas crenças/valores do indivíduo” (RUFFINO-NETTO, 2019).

Por essa razão, os "processos de vida saudável e adoecimento, em parte, estão na dependência das chamadas “situações de risco”, que de certa maneira são configuradas pelo *modus vivendi*, escolhas e crença de indivíduos e sociedades face a sua cultura.

No que diz respeito à Pandemia da COVID-19, a “Nature Medicine” publicou, em março de 2020, artigos informando que desde as primeiras notícias sobre a distribuição espacial, temporal e as características dos infectados se vinculou o mercado de Huanan em Wuhan na China como ponto provável de contato entre humanos e o vírus SARS-CoV2 (ZHOU, et al., 2020) e que possivelmente uma fonte animal portadora do vírus estivesse presente naquele local (ANDERSEN *et al.*, 2020).

Embora por enquanto inexistente a certeza da origem exata do vírus, há uma hipótese de que sofreu mutação no interior de um hospedeiro animal, e na sequência com capacidade infecciosa parasitou os humanos. Outra hipótese sinaliza que passou do animal aos humanos, mas se tornou patogênico no organismo do homem. No entanto, sabe-se que o SARS-CoV-2 se originou por seleção natural e que o parasito é semelhante a alguns tipos de vírus encontrados em morcegos e pangolins, conforme assevera a publicação “The proximal origin of SARS-CoV-2” (ANDERSEN *et al.*, 2020).

Salienta-se que o conhecimento referente à História Natural das Doenças é de suma relevância para o enfrentamento de eventos infectocontagiosos. As epidemias mais recentes, como as causadas pela SARS, influenza H1N1 (gripe suína), H5N1 (gripe aviária), ebola e zika mostraram a relevância de se identificar a fonte de infecção, o agente causador e os mecanismos de transmissão para o processo de prevenção, tratamento e cura.

Há notícias que a China vem se esforçando consistentemente na proibição do comércio de animais silvestres (SALO, 2020) (prática disseminada em todos os continentes, em maior ou menor frequência) destinados para diferentes finalidades, que vão desde o consumo como alimento, uso medicinal, em rituais de cura, como animais de estimação, entre outros (LOURENÇO; OLIVEIRA, 2020).

Em uma avaliação de contexto, as características culturais são fontes de informação para a compreensão de processos de adoecimento (como no caso da COVID-19), a investigação de fatores associados às práticas culturais pode revelar a vulnerabilidade de uma população e os riscos a que está exposta.

Em uma reflexão intitulada “From Italy: anthropological reflections on coronavírus COVID-19”, discute-se que os vírus e outros micróbios são parte do processo ecológico, portanto indispensáveis à produção de alimentos, à saúde e a outros aspectos da sobrevivência humana e do desenvolvimento sustentado. Sendo assim, a questão é como buscar compreensão para manter essa co-habitação pacífica – o antagonismo microbiano (RAFFAETÀ, 2020).

Nessa reflexão, emergiu também a questão sobre o motivo pelo qual a contaminação intraespécie pode ter acontecido. O que levou o vírus, agora denominado SARS-CoV2, deixar os animais e migrar para o organismo humano e qual pode ter sido o papel do homem, assim como sua responsabilidade na co-habitação intraespécies. A autora defende a discussão acerca da vida social do vírus e seu envolvimento com as condições ambientais e sociopolíticas, uma vez que a interação e a exploração da natureza podem gerar reações patológicas, e estas podem ocorrer com frequência crescente: “As mutações virais se cruzam com as condições sociopolíticas e materiais locais, como as condições de infra-estruturas de saúde, clima e hábitos culturais” (RAFFAETÀ, 2020).

O estudo da História Natural da Doença precisa ser acompanhado do entendimento referente ao variado risco a que estão expostos os grupos sociais, bem como à interpretação dos porquês dos adoecimentos. Para tal, exige-se a análise das relações entre o homem, o meio ambiente e o agente e, mormente, as relações entre os homens, pormenorizando o ambiente socioeconômico, político e cultural (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1981).

No momento, compreender a História Natural da Doença parece ser essencial para estabelecer um plano de contingência visando prevenir o aumento da morbimortalidade por COVID-19. Entretanto, aventar essa hipótese (interação-exploração da natureza) pode ajudar a prevenir epidemias no futuro e revelar informações sobre a vida e a dinâmica do vírus SARS-CoV2.

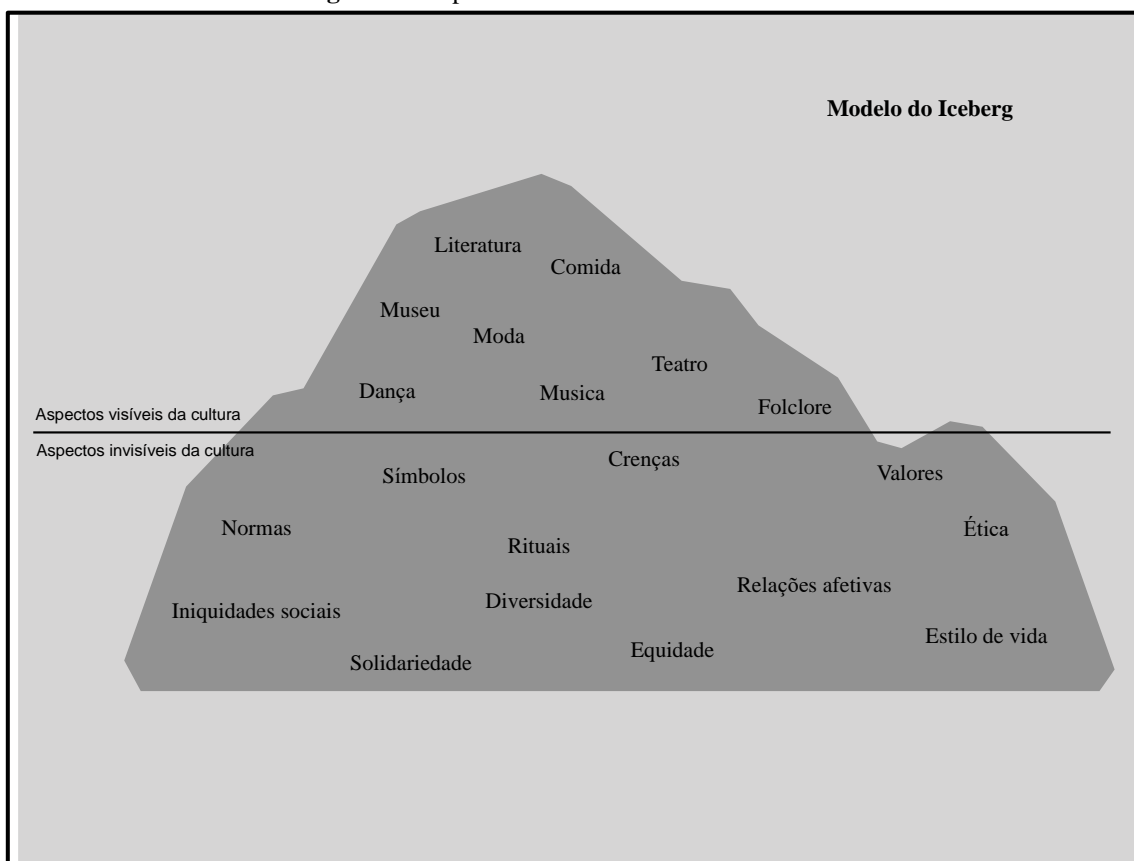
No modelo defendido por Dahlgren e Whitehead, os determinantes sociais de saúde influenciam grandemente os fatores comportamentais e de estilos de vida. Assim, se torna extremamente complexo mudar comportamentos de risco sem alterar as regras estabelecidas pela cultura envolvidas (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Nesse sentido, cabe refletir sobre a limitada capacidade das ciências da saúde em interferir no processo saúde-doença, visto as escolhas e as situações de risco nas quais estão imersas as pessoas e as sociedades, seja por negligência política, por omissão da sociedade ou pela própria escolha individual (sem atribuir culpa por essas escolhas) que em muitas situações são manifestações culturais herdadas e legitimadas no grupo social em que se vive.

Obviamente, o *modus operandi* da vida influencia na disseminação de doenças, como se observa na presente pandemia da COVID-19 (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2020). A Figura 1 ilustra os aspectos visíveis e invisíveis da cultura, o comportamento dos grupos, viagens de lazer e aventura para participação em grandes eventos culturais e

científicos, expansão de negócios e empreendimentos para fora de seus núcleos sociais devido ao forte tino comercial observado em algumas culturas. De toda sorte, no mundo globalizado as trocas interculturais por diferentes motivos ocorrem rotineiramente, e para isso a mobilidade de pessoas é requisito, aspecto que não desejadamente parece ser veículo transportador de vírus, bactérias e comportamentos não esperados.

**Figura 1** - Aspectos visíveis e invisíveis da cultura



**Fonte:** Modelo do Iceberg adaptado de Academy for Systems Change

Em muitas culturas, como, por exemplo, na italiana, brasileira e argentina, é absolutamente normal a saudação interpessoal com abraços e beijos, porém no Japão não é parte do costume o contato corporal entre as pessoas para essas situações. Neste último, o cumprimento arraigado culturalmente é a reverência oriental, o *ojigi*, o gesto é utilizado, por exemplo, como sinal de agradecimento, solicitação de desculpas ou satisfação por ser apresentado a uma pessoa, seguido de uma expressão linguística para demonstrar o propósito do indivíduo ao realizar o *ojigi*. Não por acaso, esse fato pode ser uma das variáveis que influenciou a disseminação do SARS-CoV2 e as taxas de morbimortalidade por COVID-19 de modos tão distintos ao se comparar o Japão e a Itália.

A cultura influencia campos diversos e por meio dela é possível explicar como a sociedade entende e vivencia os processos de adoecimento e saúde e como lida com a

doença, dor e outros infortúnios (HELMAN, 2009). Nessa perspectiva, a cultura e os comportamentos compartilhados entre indivíduos de dado grupo social determinam a compreensão e a experiência sobre aquilo que é considerado doença ou bem-estar (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Entre os aspectos invisíveis da cultura (Figura 1), como as crenças e os valores, estão os rituais de ensino e aprendizado acadêmico, religioso, informal, etc. Estes refletem a necessidade humana pela reunião, pelas celebrações, o desejo social de organizar eventos, e atualmente isso se encontra sob ataque, afirma o antropólogo Nikiwe Solomon. Em sua concepção, o vírus SARS-CoV2 “está forçando a sociedade global a agir de forma contraintuitiva”, acrescentando que por ora é necessária a ação contraintuitiva, não apenas para autoproteção, mas principalmente para a proteção do grupo de pessoas cujos sistemas imunológicos e de apoio social estão comprometidos pela desigualdade (MANDERSON; LEVINE, 2020).

No caso do Brasil, decorridos quinze meses das recomendações do Ministério da Saúde acerca da necessidade das medidas para a contenção do vírus, incluindo o isolamento social, após relativa adesão há registros jornalísticos e epidemiológicos de que este vem sendo descontinuado, e não aleatoriamente o número de casos e óbitos por COVID-19 encontram-se em ascendência na curva epidêmica.

Convém retomar que os determinantes sociais do processo saúde-doença, em seu bojo, contemplam também os fatores culturais, os quais se manifestam nas diferentes esferas da sociedade; e para serem reconhecidos e legitimados passam pelas crenças e valores dos indivíduos (RUFFINO-NETTO, 2019). Nesse caso, o isolamento social, as medidas de higiene e o uso de máscaras vêm passando por esse crivo.

Dessa forma, o planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde e, quando necessário, medidas emergenciais de controle de doenças, como se constata nesta ocasião da Pandemia SARS-CoV2-COVID-19, deveriam ser amplamente adotados.

Também deveriam ser fortemente observados os pressupostos dos fatores culturais relativos aos processo saúde-doença, sob pena de exacerbar o limitado poder dos profissionais de saúde e instituições de saúde acerca da sociedade nos eventos de vida saudável e adoecimento (DUARTE, 1999).

Em relação ao limitado poder dos profissionais de saúde, destaca-se que a carência de ensino com abordagem social na perspectiva da cultura sobre o processo saúde-doença em muitos currículos de cursos da área da ciência da saúde constitui uma lacuna teórico-conceitual que pode impedir os formuladores de políticas saúde e de

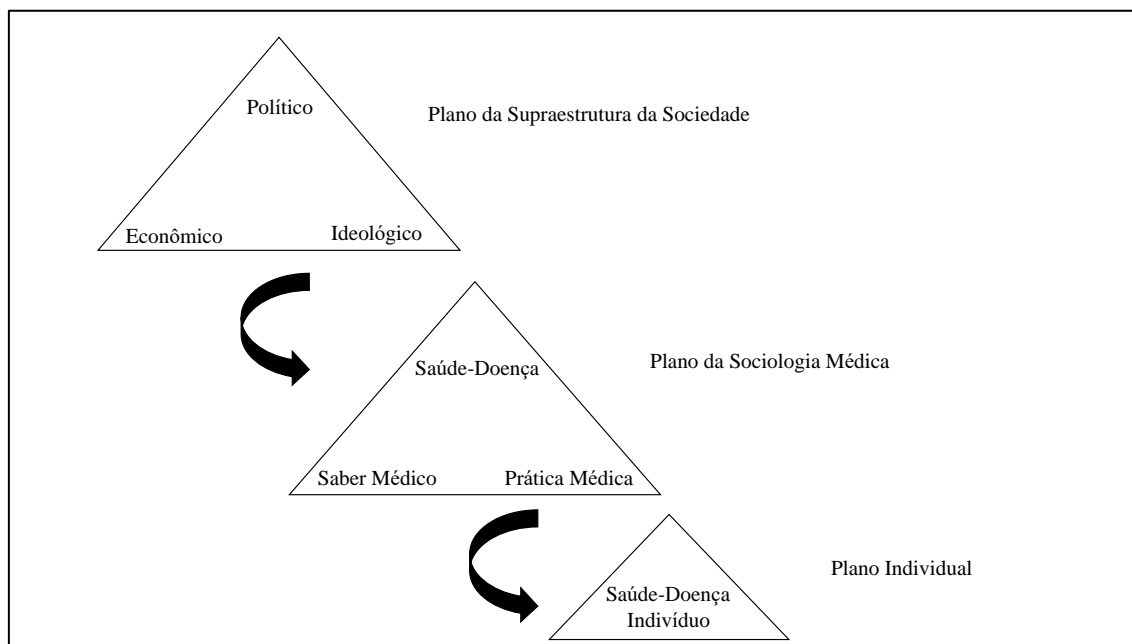
práticas/recomendações de saúde, inclusive os profissionais de saúde na linha de frente, vislumbrar que os resultados e impactos das recomendações e de suas práticas são social e culturalmente determinados. Esse aspecto tem impacto direto na assistência de saúde. Por isso, essa questão pode ser discutida sob os seguintes conceitos:

a) A concepção da doença como um fenômeno centrado no biológico-individual, recorrentemente vinculada ao pensamento médico dominante, não alcança base para que a doença possa ser explicada como um fenômeno coletivo, nem para a compreensão de seus determinantes. Essa premissa também não serve de base eficiente a uma prática médica (práticas dos profissionais da área da saúde) com capacidade de resolver os problemas de saúde coletiva (LAURELL, 1978); b) O processo saúde-doença não deve ser considerado à margem da sociedade, sujeito a leis puramente biológicas, tampouco à prática e ao saber médico como resultados do simples desenvolvimento técnico científico, engendrado no esforço de eliminar a doença (LAURELL, 1978); c) A saúde-doença constitui um fenômeno coletivo, com sua manifestação concreta no indivíduo, e possui um caráter parcialmente sociológico (dado o componente biológico envolvido), sempre sujeita a um valor socialmente determinado, como enuncia Laurell, 1978; d) O saber médico (dos profissionais da área da saúde) é uma forma de pensamento social que se ocupa de entender e resolver os problemas que representam a doença, conformado por conhecimentos científicos, ideológicos e crenças em um dado momento histórico; e) A prática médica, enquanto isso, é a forma social na qual se organizam as repostas às enfermidades (LAURELL, 1978).

Nas escolas da área da saúde é corriqueiro constar na base curricular um excesso de temas (conhecimentos) que aparentemente tratam da realidade percebida pelos presentes naquele instante. Contudo, esses conhecimentos são orientados para atender o plano da sociologia médica que se fundamenta em três conceitos básicos: saber-médico, conceito de saúde-doença e padrão de prática médica (RUFFINO-NETTO, 1988).

Esse plano não é independente, ou seja, é norteado/orientado/controlado pelo plano superior que se vincula à supraestrutura da sociedade (Figura 2). Ainda no plano da sociologia médica três conceitos ou fatores determinantes norteiam o pensamento: *política, ideologia e economia* (Figura 3).

**Figura 2** - Representação do plano da supraestrutura da sociedade, plano da sociologia médica e o plano individual

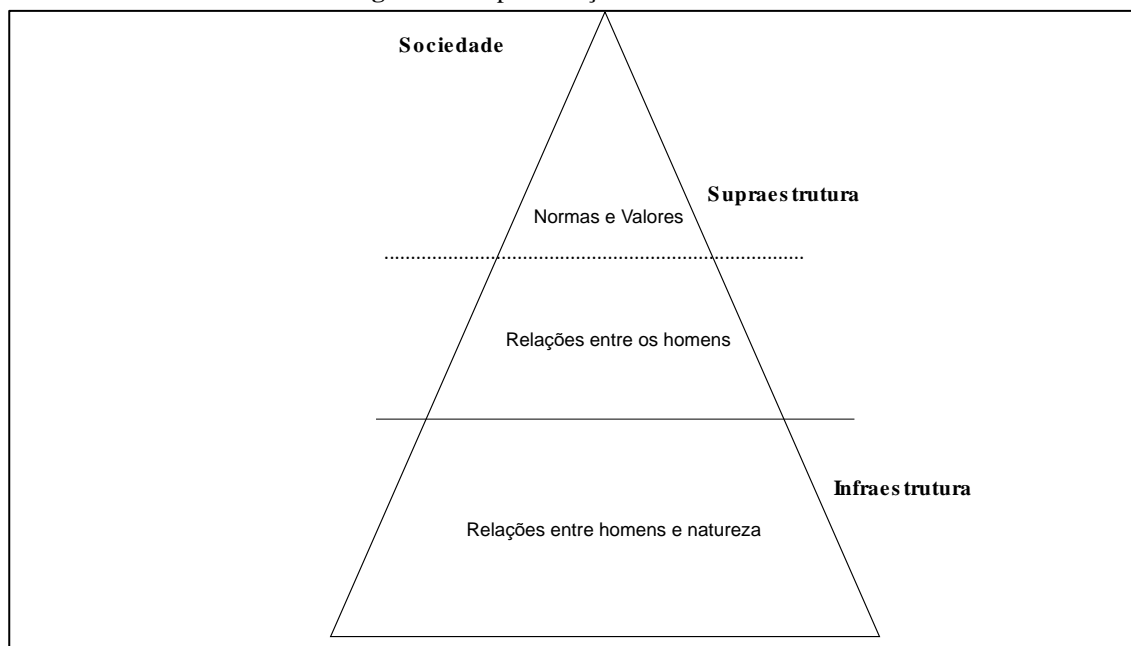


**Fonte:** Antonio Ruffino-Netto, 1988

É sabido desde há muito que a economia é o carro-chefe, o destaque, pois dela decorre que as relações, formas e organização do trabalho constituem a base econômica, a qual, por seu turno, determinará as formas políticas, jurídicas e ideias (crenças, valores e conhecimentos) (RUFFINO-NETTO, 2019). Dessa maneira, os fatores que conformam o processo saúde doença (Figura 4) servem para ilustrar que a Pandemia da COVID-19 possui múltiplas facetas, ambientais, socioeducacionais, genéticas, ecológicas, ideológicas, políticas, econômicas não se podendo esquecer do componente cultural.

Nessa direção, se de fato as crenças, valores e conhecimentos são fortemente influenciados pela economia, o ensino das escolas de formação em saúde é de igual modo influenciado por ela, e parece não ser incorreto pensar que esse fator exerce poder, juntamente com outros, como os culturais nas decisões da população, em aceitar e praticar, por exemplo, o isolamento social, as medidas de higiene e o uso de máscaras como maneira de prevenir o adoecimento pelo SARS/CoV2. Parece que por influência da economia e por dependência dela países, empresas, famílias e indivíduos são impulsionados a dar sequência as suas atividades laborais e sociais como meio de garantir a continuidade das formas e hábitos culturais que defendem e praticam, mesmo a morbimortalidade por SARS/CoV2 se mostrando em ascensão na curva epidêmica.



**Figura 3 - Representação da estrutura da sociedade**

**Fonte:** Antonio Ruffino-Netto, 1988.

Quando se trata de controlar a incidência e/ou prevalência de doenças com origem grandemente influenciada pelos aspectos socioeconômicos, a atitude primeira é manejar esses aspectos. Destarte, o obstáculo reside que, para gerir influências socioculturais e econômicas, deve-se ter em mente a presença de forte oposição de natureza política, econômica e frontalmente barreiras advindas das concepções sociais e culturais daqueles que serão atingidos pelas medidas sanitárias (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1981).

A ocorrência da Pandemia da COVID-19 deixará preciosas lições para o enfrentamento de prováveis eventos futuros como este. Neste contexto, parece que a compreensão sobre o papel da cultura nos processos de saúde-doença pode mostrar a força da "relação do homem com a natureza e sua capacidade de transformá-la e ser influenciado por ela" (RUFFINO-NETTO, 2019), pois como a saúde, o bem-estar depende das crenças culturais.

A publicação intitulada "Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro" informa que somente a presença do bacilo de Koch nas populações humanas não basta para causar o adoecimento. Recorrentemente, os fatores de ordem social, econômica e cultural precisam estar envolvidos para que a moléstia se desenvolva (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1981) em última instância, trata-se de vulnerabilidades.

**Figura 4** - Representação teórica para o Processo saúde-doença

**Fonte:** Elaborado pelos Autores

De igual modo, ainda que o SARS-CoV2 tenha se disseminado primeiro entre as pessoas de alto nível socioeconômico, a morbimortalidade é significativamente maior entre aqueles em vulnerabilidade socioeconômica, imunológica e cultural (PATEL *et al.*, 2020). Assim, não é somente o fator biológico, a interação agente-hospedeiro (SARS-CoV2 e homem) que vem causando adoecimento e ceifando vidas, mas sim fatores ligados ao ambiente (emprego/renda, moradia, acesso a serviços de saúde, migração, transporte, entre outros), envoltos por crenças, valores, ideias e cultura.

#### 4 Considerações finais

O referencial teórico aqui utilizado é conformado pela visão de mundo que comora na sociedade, o qual baliza a compreensão dos fenômenos sociais. Logo, o processo saúde-doença como produto do mundo social passa por esse sistema de análise, ou seja, é submetido a dado referencial filosófico não acrônico, que por sua vez reflete o pensamento inerente a certo período da história da humanidade.

Esta reflexão pode ser útil para a análise e julgamento dos profissionais de saúde, e dependendo do grau de apreensão, colaborar para a identificação da força dos fatores culturais no processo saúde-doença. A finalidade é ampliar o escopo do cuidado para além da perspectiva biológica, proporcionando a ampliação da base de conhecimentos em

direção ao progresso da qualidade no ato de cuidar do outro, levando em conta suas singularidades e particularidades existenciais.

As considerações conduzidas neste texto podem propiciar opções aos profissionais de saúde, sejam para oferecer cuidados pontuais ou contextualizar suas ações a partir de um referencial ampliado – perspectiva cultural – visando compreender as vivências e experiências das pessoas durante o curso da vida em direção à transfiguração da inter-relações no processo saúde-doença.

Parece que essa proposta deve ser multidisciplinar e multiprofissional, pois abordar o cuidado com base no processo saúde-doença, considerando os nexos da cultura, foge completamente das possibilidades de apenas um único campo de prática, como se vê nestes tempos da Pandemia SARS-CoV2/COVID-19, a qual se impõe *entre e sobre nós*.

## Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. For a general theory of health: Preliminary epistemological and anthropological notes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 753-99, aug. 2001.
- ANDERSEN, K. G.; RAMBAUT, A.; LIPKIN, W. I.; HOLMES, E. C. *et al.* **The proximal origin o SARS-CoV-2**. *Nature Medicine*, New York, v. 26, p. 450-452, mar. 2020.
- BERGUER, P.; LUCKMANN, T. A. **A construção social da realidade**. 13th ed. Petrópolis: Vozes, 1976.
- BOYD, K.M. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. **Medical Humanities, Kennebunkport**, [S.I.], v. 26, n. 1, p. 9-17, jun. 2000.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 77-93, ago. 2007.
- DUARTE, L. F. D. O império dos sentidos: sensibilidade, sensualidade e sexualidade na cultura ocidental moderna. In: HEILBORN, M. L. **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p. 21-30.
- ELIAS, C. S. R.; SILVA, L. A.; MARTINS, M. T. S. L.; RAMOS, N. A. P. R. *et al.* Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD: Revista Electrónica em Salud Mental, Alcohol y Drogas**, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 48-53, abr. 2012.
- GEERTZ, C. O impacto do conceito de cultura sobre o conceito de Homem. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. p. 45-66.
- GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Processo saúde-doença: evolução de um conceito. In: GUALDA D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004. p. 25-37.

- HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- KLEINMAN, A. **Rethinking psychiatry from cultural category to personal experience**. New York: The Free Press, 1988.
- LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 21. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- LAURELL, A. **Investigación en sociología médica**. Salud problema UAM, Cidade do México, X n.1, 1978.
- LEININGER, M. M. **Transcultural nursing: concepts, theories, and practices**. New York: John Wiley, 1978.
- LOURENÇO DB, OLIVEIRA FCS. Mercados de Animais: Quando os não-humanos tornam-se ameaças globais. **Journal of Institutional Studies**, [S.I.], v. 6, n. 3, p. 953-974, set./dez. 2020
- MANDERSON, L.; LEVINE, S. Covid-19, Risk, Fear, and Fall- out. **Medical Anthropology**, New York, v. 39, n. 5, p. 367-70, 2020.
- MCKEOWN, T. **The Role of Medicine**. Oxford: Basil Blackwell, 1979.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-81, dez. 1988.
- NORDENFELT, L. **Action, ability and health. Essays in the philosophy of action and welfare**. Dordrecht: Kluwer, 2000.
- PATEL, J. A.; NILSEN, F.; BADIANI, A. A.; ASSI, S. *et al.* Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. **Public Health**, London, v. 183, p. 110-11, jun. 2020.
- RAFFAETÀ, R. **From Italy**: anthropological reflections on coronavírus COVID-19. *Sonar Global*, 7 Fev. 2020. Disponível em: <https://www.sonar-global.eu/keyreadings/from-italy-anthropological-reflections-on-coronavirus-covid-19/>. Acesso em: 06 jun. 2021.
- RUFFINO-NETTO, A.; PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Londrina, v.12, p. 27-35, jan/mar. 1981.
- RUFFINO-NETTO, A. **Determinantes sociais**: restrições na interpretação do processo saúde-doença. 2019 Rede TB. Disponível em: <https://redetb.org.br/determinantes-sociais-restricoes-na-interpretacao-do-processo-saude-doenca>. Acesso em: 06 jun. 2021.
- RUFFINO-NETTO, A. **Curso PG RMS 5737 Metodologia Epidemiológica**. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, 1988.
- SACKS, O. **Um Antropólogo em Marte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SALO J. **China suspends wildlife animal trade over coronavirus outbreak**. New York Post. Jan, 26, 2020. Disponível em: <https://nypost.com/2020/01/26/china-suspends-wildlife-animal-trade-over-coronavirus-outbreak/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.F.; MOTTA, M. G. C. A. Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3 p. 455-62, jul/set. 2006.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-41, ago. 2007.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; ZILLY A.; SILVA, R. M. M.; ARCOVERDE, M. A. M. *et al.* Coping with COVID-19 in an international border region: health and economy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 1-11, jan. 2021.

VIANNA, L. A. C. **Processo saúde-doença**. Ministério da Saúde. 2012 *UnaSus*. Especialização em Saúde da Família. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade01/unidade01.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade01/unidade01.pdf). Acesso em: 06 jun. 2020.

VOSGERAU, D. S. A. R.; Romanowski, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista de Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan/abr. 2014.

WIKMAN, A.; MARKLUND, S.; ALEXANDERSON, K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 59, p. 450-54, may. 2005.

ZHOU, P.; YANG, X. L.; WANG, X. G.; HU, B. *et al.* A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, London, v. 579, p. 270-73, feb. 2020.

**Recebido em:** 07 de junho de 2021.

**Aceito em:** 15 de março de 2022.