

Crítica à concepção de saúde hegemônica

Luisa Gabriel Costa



O processo de colonização do Brasil configurou-se como alicerce de um modelo de sociedade exploratório e violento, no qual apenas uma etnia possui completa hegemonia social, cultural, econômica e política. Os padrões de desenvolvimento dos países dominantes, que hoje controlam a economia mundial, em sua maioria europeus, serviram de modelo para a sociedade brasileira, enquanto os povos originários que aqui habitavam há muito tempo, assim como seus costumes e tradições, foram silenciados, exterminados e escravizados (LIMA, 2017).

Se nos primórdios da colonização os europeus relacionaram-se com os povos indígenas com o objetivo de extermínio e escravização, posteriormente, o objetivo foi integrá-los à sociedade e transformá-los em um igual (CALDEIRA, 2010), fato que, de maneira nenhuma limitou a destruição desta população.

Este processo de assimilação estava presente na política nacional brasileira e legitimava a violência dos povos europeus para com os povos indígenas e seu modo de vida, apoiados em um discurso de salvação e caridade. Somente com a Constituição Brasileira de 1988 foi reconhecido aos povos indígenas o direito à sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupavam (CALDEIRA, 2010).

O reconhecimento de seus direitos, definitivamente, não lhes garantiu sua efetivação, uma vez que a hegemonia cultural permeia todos os aspectos da vida social capitalista. A concepção de mundo ocidental no mundo globalizado organiza e orienta todo o pensamento, produção de conhecimento, ações e práticas que compartilhamos, ou seja, como percebemos o mundo. A biomedicina, por exemplo, é o fragmento cultural que norteia a visão da sociedade sobre o que é saúde e doença, garantindo exclusividade a uma visão reducionista, organicista e cientificista. Esta concepção de saúde-doença estabelece seus padrões e problemáticas baseados em

um homem europeu e não considera subjetividades constituídas fora desse padrão (GOES, 2019).

No modelo biomédico, fatores psicológicos, biológicos, ambientais e pessoais são reduzidos à ênfase nas anormalidades biológicas e o corpo é reduzido à sistemas corporais e fragmentado em diversas partes menores, de modo que cada sistema é considerado separadamente. O médico, um especialista, limita-se a sua área pessoal de atuação e perde de vista a complexidade do ser que seria seu paciente. Este é meramente visto como um corpo a ser consertado, uma engenharia danificada. Ao mesmo tempo, as determinações causais que orientam a prática médica a partir desta concepção centralizam o ser individual no processo de adoecimento, desconsiderando-se aspectos sociais, contextuais e modos de vida para pensar o processo saúde doença. Isso porque a lógica desta ideologia norteadora da cultura atual é segmentária, individualizante e retira qualquer possibilidade de questionamento diante dos modos de produção social, seja de capital ou de vida.

A crise no campo da saúde é resultado de uma crise sistêmica que afeta toda a vida da sociedade contemporânea. A crise da saúde é inteiramente análoga à crise sistêmica do mundo contemporâneo a partir de uma perspectiva ampliada de saúde não como especialidade, mas como modos de viver no planeta. Este modo de viver não produz saúde, mas doença. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para 45% da população mundial com insônias e distúrbios do sono, 30% com depressão e ansiedades patológicas, além do crescente número de pessoas com câncer e doenças cardíacas, ambos configurados como principais causas de morte, inclusive no Brasil. Nos últimos 30 anos, a classificação internacional da doença aumentou para 55000 patologias (BARRETO, 2021). Esses números nos obrigam a questionar: o que estamos produzindo no campo da saúde? Quais as bases epistemológicas que alicerçam nossas práticas e relações e para qual caminho nos levam? É possível que estejamos a produzir doença?

Jean-Claude Bernardet em “O corpo crítico” (2019) nos ajuda a pensar e aprofundar na compreensão dessas bases que resultaram no modelo biomédico através da sua relação com o capitalismo ao afirmar que

Laboratórios farmacêuticos, fabricantes de máquinas de ponta para diagnósticos por imagem, dentre outras finalidades, e hospitais precisam da nossa “bio” - o que não quer dizer “nossa vida” - para lucrar, sendo que a manutenção da bio independe da qualidade de vida. Uma forma de resistência a essa ala do capitalismo consistiria em privá-la da nossa bio, isto é, de sua fonte de riqueza. [...] Raros são os médicos que aceitam essa discussão, porque a ideologia os leva a pensar não no paciente, mas na sua cura.

Bernardet, octogenário, foi diagnosticado com câncer de próstata e, após algumas tentativas de buscar saúde-cuidado dentro do sistema de saúde, liberta-se ao recusar um tratamento violento e debilitante, encontrando barreiras institucionais e nas relações com as pessoas próximas dele. Ele diz,

Aqueles não eram médicos do paciente, eram médicos do meu câncer, que os preocupava mais que o portador do tumor. Eu mal os

interessava (apesar da amabilidade formal). Nenhum dos dois médicos chegou a me perguntar se eu queria me tratar ou se preocupou com a minha visão, ou com a minha idade. Também é possível dizer que são médicos de protocolo.

Bernardet nos evidencia que o modelo biomédico, ao relacionar-se com os indivíduos de forma mercantil, não é capaz de promover o cuidado ao desconsiderar a singularidade a partir de uma visão focada na cura do corpo. O sujeito ali presente é invisível, considerá-lo seria uma perda de tempo e produtividade.

O que seria, então, o cuidado? Ailton Krenak, líder indígena, ambientalista, filósofo, escritor e poeta brasileiro da etnia Krenaque, em sua participação no curso “Práticas Indígenas de Produção de Cuidado”, traz as ideias de Boaventura de Sousa Santos e convida para o exercício de busca pela pluralidade epistemológica do mundo como uma forma de nos descolarmos de uma ontologia hegemônica cravada na ideia de “mundo limitado e refém da crise e do dano”. Esta é a ideia, a perspectiva que garante a manutenção da cultura capitalista e biomédica ao perpetuar medo, passividade e ausência de autonomia, oferecendo à população sua resposta e proteção.

Santos (2002) afirma que a experiência social em todo o mundo é muito mais ampla e variada do que o que a tradição científica ou filosófica ocidental conhece e considera importante. Do desperdício desta riqueza social é que se nutrem as ideias que proclamam que não há alternativa, que a história chegou ao fim e, principalmente, de que trilhamos o único caminho possível. A “sociologia do desastre”, como coloca Krenak, é resultado de um mundo “abismado com a própria jornada”, cheio de novas doenças, doenças crônicas e pandemias que se tornam o único cenário possível para o futuro da humanidade (KRENAK, 2021).

De acordo com Santos, para combater o desperdício da experiência, para tornar visíveis as iniciativas e os movimentos alternativos e para lhes dar credibilidade, de pouco serve recorrer à ciência social tal como conhecemos, ela é quem esconde e desacredita as alternativas. Portanto, seria necessário propor um modelo diferente de racionalidade que inclua outros saberes capazes não só de confrontar ideias, mas de propor alternativas. A “indolência” da razão ocidental manifesta-se no modo como resiste à mudança das rotinas, e como transforma interesses hegemônicos em conhecimentos verdadeiros (SANTOS, 2002).

Apesar da narrativa da “sociedade do desastre” acabar por garantir a manutenção das relações de poder, por manter tudo em seu lugar, a partir da construção de uma “resposta” de “proteção”, paliativa, aos danos causados pelo modo de vida extrativista, escravagista, dominador, ela traz elementos essenciais e reais na compreensão da nossa situação planetária. Estes elementos dizem sobre o que estamos, de fato, construindo enquanto cultura hegemônica (o que, reforçando, não diz sobre todo o planeta): uma sociedade que caminha para o desastre. Davi Kopenawa, xamã Yanomami, escreveu o livro “A queda do céu” anunciando que a sociedade dos “homens mercadoria” que, “apesar de terem os olhos abertos, não

enxergam nada” (p. 474), caminha para a ruína, momento em que o céu desabará sobre nós. Sobre o livro, Eduardo Viveiros de Castro, no prólogo, diz que

A queda do céu é um acontecimento científico incontestável, que levará, suspeito, alguns anos para ser devidamente assimilado pela comunidade antropológica. Mas espero que todos os seus leitores saibam identificar de imediato o acontecimento político e espiritual muito mais amplo, e de muito grave significação, que ele representa. Chegou a hora, em suma; temos a obrigação de levar absolutamente a sério o que dizem os índios pela voz de Davi Kopenawa — os índios e todos os demais povos ‘menores’ do planeta, as minorias extranacionais que ainda resistem à total dissolução pelo liquidificador modernizante do Ocidente. Para os brasileiros, como para as outras nacionalidades do Novo Mundo criadas às custas do genocídio americano e da escravidão africana, tal obrigação se impõe com força redobrada. Pois passamos tempo demais com o espírito voltado para nós mesmos, embrutecidos pelos mesmos velhos sonhos de cobiça e conquista e império vindos nas caravelas, com a cabeça cada vez mais “cheia de esquecimento”,* imersa em um tenebroso vazio existencial, só de raro em raro iluminado, ao longo de nossa pouco gloriosa história, por lampejos de lucidez política e poética. Davi Kopenawa ajuda-nos a pôr no devido lugar as famosas “ideias fora do lugar”, porque o seu é um discurso sobre o lugar, e porque seu enunciador sabe qual é, onde é, o que é o seu lugar. Hora, então, de nos confrontarmos com as ideias desse lugar que tomamos a ferro e a fogo dos indígenas, e declaramos “nosso” sem o menor pudor; ideias que constituem, antes de mais nada, uma teoria global do lugar, gerada localmente pelos povos indígenas, no sentido concreto e etimológico desta última palavra. Uma teoria sobre o que é estar em seu lugar, no mundo como casa, abrigo e ambiente, oikos, ou, para usarmos os conceitos yanomami, hutukara e urihi a: o mundo como floresta fecunda, transbordante de vida, a terra como um ser que “tem coração e respira” (p. 468), não como um depósito de ‘recursos escassos’ ocultos nas profundezas de um subsolo tóxico — massas minerais que foram depositadas no inframundo pelo demiurgo para serem deixadas lá, pois são como as fundações, os sustentáculos do céu —; mas o mundo também como aquela outra terra, aquele ‘suprassolo’ celeste que sustenta as numerosas moradas transparentes dos espíritos, e não como esse ‘céu de ninguém’, esse sertão cósmico que os Brancos sonham — incuráveis que são — em conquistar e colonizar. (2015, p. 15)

O convite para nos abirmos para outras epistemologias e cosmopercepções é também um convite para outras jornadas que não estejam fadadas a dor e sofrimento e tampouco à ilusão de não ser responsável pelo que se produz no mundo. Krenak (2021) traz também o pensamento do quilombola Nego Bispo para falar de um “movimento de confluências”. Este movimento estaria relacionado a uma lógica cosmovisiva politeísta que se relaciona de forma respeitosa, orgânica e biointerativa com todos os elementos vitais, transformando divergências em diversidades e na diversidade atingindo a confluência de todas as nossas experiências (BISPO, 2015).

O movimento de confluência contrapõe-se a negação, a constante confrontação e o conseqüente desalento provocados pela concepção de mundo hegemônica que desterritorializa e desnaturaliza a experiência de vida humana ao separá-la do mundo natural. Este movimento é firmado no presente ao invocarmos a “experiência de vida produtora de vida” (KRENAK, 2021). Esta experiência refere-se à capacidade de cada pessoa produzir vida dentro de si, através do desejo profundo de vida como uma potência de ação e construção de mundos.

É o que faz Bernardet (2019), que no relato de sua experiência, nos exemplifica esta “experiência de vida produtora de vida” ao compartilhar que

A doença é uma fonte de energia. A doença não é uma fonte de energia, fonte de energia é o enfrentamento da doença.” Foi o que escrevi no meu livro a respeito da Aids, *A Doença, uma Experiência*, publicado em meados da década de 90. Éramos então condenados a uma morte em curto prazo. Naquele período, tive uma produção intensa e criativa. Uma atividade frenética. Não porque precisasse aproveitar ao máximo o tempo que me restava, mas porque a proximidade da morte me libertava. Deixei de lado as chatices da vida e fiquei extraordinariamente estimulado. Não virar objeto da doença, recusar o papel de vítima. Dialogar com a doença, viver a doença intensamente. [...] E agora? Ainda não conheço meu novo câncer. O de 2016 já são águas passadas, embora sequelas do tratamento ainda estejam ativas. Câncer número 2, eu ainda não sei quem você é, como dialogar com você, como nós dois vamos nos relacionar, o que você me traz, que estímulos, que inquietações, Estou aberto à suas propostas. [...] Vivo num clima de morte, respiro a morte. Não é o câncer. Parte da sociedade quer acabar com o grupo social ao qual pertença. A opressão me sufoca. Há pessoas que negam o Renascimento e voltam para uma pretensa Idade Média totalmente inventada, masculina, branca, cristã, despojada de todo espírito crítico - e guerreira.

A concepção hegemônica de saúde/vida difere radicalmente deste movimento de liberdade ao propor uma cultura de hiper higienização e medicamentosa (KRENAK, 2021). Bispo afirma que

Os colonizadores [...] foram desterritorializados ao ouvir do seu Deus que as ervas eram espinhosas e daninhas, que para se alimentarem tinham que comer do suor do próprio corpo, ou seja, transformar os elementos da natureza em produtos manufaturados e/ou sintéticos. Foi nesse exato momento que se configurou a desterritorialização e a desnaturalização do povo cristão monoteísta, fazendo com que esses só se sentissem autorizados pelo seu Deus a fazer uso dos produtos de suas artificialidades. (2015, p. 96)

E ainda

Isso fez com que esse povo desterritorializado, antinatural, eternamente castigado e aterrorizado por seu Deus, sentisse a necessidade de se reterritorializar em um território sintético. Para tanto, se espalharam pelo mundo afora com o intuito de invadir os territórios dos povos pagãos politeístas e descaracterizá-los através de processos de manufaturamento para a satisfação das suas artificialidades. (BISPO, 2015, p. 96)

Krenak (2021) explicita também que esta cultura promove o medo ao afirmar nossa vulnerabilidade e incapacidade de ação diante do caos cósmico enquanto diagnostica todo dano como enfermidade a ser medicalizada. Ocorre o sequestro de um bem natural que é a capacidade intrínseca de cada um de produzir cuidado. Este bem comum, que é de todos, é reservado aos profissionais de saúde que têm a tarefa de curar todos os doentes, de gerenciar e administrar a engenharia da saúde. A saúde torna-se uma mercadoria que pode ser gerenciada e contabilizada pelos humanos, em especial aqueles que especializarem-se neste campo enquanto a saúde deveria ser de toda a imensa constelação de pessoas não especializadas.

A saúde não é experiência que alguns gerenciam, produto de engenharia, mas o fluxo da experiência de viver com a terra. A terra é a fonte de vida, o ar, a água, o vento, o fogo. Não é *commodity* a ser apropriada pelos humanos. A concepção de saúde hegemônica acredita que podemos viver fora da terra e de tudo que é potência de vida. O afastamento da vida não humana, que inclui os elementos da natureza, é dado por Krenak (2021) como razão primária do adoecimento da humanidade. O bem-estar é produzido dentro da experiência radical de interdependência e hiper relação dos seres humanos e não humanos do planeta. O antropocentrismo só pode ser combatido quando nos afetamos com o redor (KRENAK, 2021).

A hiper higienização é expressa nos cotidianos estéreis da cidade, em que a terra é separada da vida e o fluxo vital plugado a complexos tecnológicos controlados por sistemas alheios ao cotidiano e a simplicidade da vida. Como afirma Krenak (2021), “a vida não é in vitro”. A separação cultura-natureza nos afasta cada vez mais de nós mesmos e do maravilhamento do encontro que é a vida.

Tudo isto torna-se possível através do esquecimento/apagamento produzido pelo nosso modo hegemônico de viver e produzir saber-poder. A sociedade capitalista produz, em sua lógica, o esquecimento de saberes ancestrais, saberes de mundos passados que lhe antecedem. Estes saberes ancestrais, os quais os povos indígenas ainda têm presente em suas vidas cotidianas, são o que conecta a produção de saber (e de vida) com as experiências não humanas. Este modo de estar no mundo, diferentemente do “autoconvencimento”, permite a pluralidade epistemológica através do contato direto com as plantas e com a natureza, mediado por um recurso, um saber, construído por aqueles que vieram antes de nós (KRENAK, 2021).

Em contraposição a esta experiência de vida, está a mera “expressão”, o “misticismo” decorrente da mediocridade de uma vida sem potência e sem relação a qual a sociedade contemporânea está amarrada e necessita urgentemente ser libertada.

Porém, esta libertação só será possível a partir de uma abertura a novas produções de vida, de relação, de saber e percepções de mundo.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza a articulação entre os conhecimentos tradicionais indígenas e a Biomedicina. Em tese, há em nossa política pública o reconhecimento oficial da existência de outros sistemas de conhecimentos e de outros modos de cuidados com a saúde. No entanto, sob a égide do pensamento científico hegemônico, temos a tendência a identificar outras formas de conhecimentos e práticas como credulices, superstições ou fragmentos de um pensamento “menos evoluído”, cuja eficácia é questionável” (CALDEIRA, 2010). Muito recentemente apenas, antropólogos brasileiros começaram a conceituar a Medicina indígena e a Medicina popular como sistemas médicos e não como vestígios de um passado folclórico, bem como relativizar a Biomedicina ao analisá-la como um conhecimento produto de uma época, de processos sociais, históricos, políticos e culturais como todo e qualquer conhecimento (LANGDON, 2004).

Poucos são os profissionais que reconhecem que a forma como cuidam da saúde é apenas uma entre as várias formas (CALDEIRA, 2010). É essencial que os profissionais de saúde desenvolvam uma competência cultural como parte de sua competência clínica, relativizando o seu conhecimento e reconhecendo os diversos saberes que se apresentam nas relações (PEREIRA, 2014). O conhecimento dos povos originários deve ser validado, oficializado e este processo não é feito somente através de Políticas Públicas que reconheçam seu direito à saúde, às terras, à vida, mas também na prática cotidiana dos serviços de saúde oferecidos à esta população e, assim, na construção coletiva de uma sociedade capaz de movimentos de confluência que permita a existência da diversidade e da diferença.

Referências

BARROS, Elissandra. Fala Parente! A covid-19 chegou entre nós. Editora da UNIFAP. Oiapoque, 2021.

BERNADET, Jean-Claude. O Corpo Crítico: porque me rebelei contra o sistema médico-hospitalar. Edição 154. Revista Piauí. Julho, 2019.

BISPO, Antônio. Colonização, quilombos: modos e significações. Cap. 4: confluências x transfluências, p. 89-104. Brasília, 2015.

CALDEIRA, Vanessa. Programa tamoromu: uma experiência em promoção de saúde indígena e prática interdisciplinar na Casai-SP. Psicologia e povos indígenas, Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org). p. 101-116. São Paulo, 2010.

CASTRO, Eudardo Viveiros. O recado da mata (prólogo). In: KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. Editora Companhia das Letras, 2015.

FIOCRUZ, Vídeos Saúde Distribuidora. Saberes e práticas de saúde dos povos indígenas e sua relação com os serviços de saúde. Youtube, 19 jun 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qmHqqfxb74U>. Acesso em: 3 jun 2022.

GARNELO, Luiza et. al. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Capítulo 3: Da prevenção de doença à promoção de saúde, p. 108-127. Cap. 4: Tradição de conhecimentos: processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa, p. 128-155. Vias dos Saberes, no 5. Coleção Educação é para todos. Brasília, 2012.

GOES, Anna. A atuação do psicólogo da atenção à população indígena. São Paulo, 2019.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. A queda do céu: palavras de um xamã yanomami. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2015.

KRENAK. Povos indígenas no Brasil, 2021. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Krenak>>. Acesso em: 3 jun 2022.

LANGDON, E. J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ContraCapa: ABA, 2004. p. 33-51.

LIMA, Edilene C. “Exílios índios: sobre deslocamentos compulsórios no período militar (1964-1988)”, ACENO, Cuiabá (MT): PPGAS-UFMT, 3(6):18-35, 2017.

PEREIRA, Érica et. al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.1077-1090, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/88588-Article%20Text-125701-1-10-20141205.pdf>

SANTOS, Boaventura. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Revista crítica de Ciências Sociais, 237-280. Coimbra, 2002.

Data de recebimento: 24/06/2022; Data de aceite: 24/06/2022

Luisa Gabriel Costa – Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Este artigo é um recorte de seu Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao final do primeiro semestre de 2022. E-mail: luisagcosta.96@gmail.com