

# O processo saúde/doença em famílias de baixa renda e a ação do Estado

*Geraldo Romanelli*

## Resumo

*A família é instituição relevante quanto aos cuidados dispensados à saúde e à doença de seus integrantes, o que se deve, principalmente, às relações afetivas e personalistas expressas nesses cuidados. Considerando essa dimensão da vida doméstica, este artigo investiga o modo como famílias de baixa renda relacionam-se com a doença e a ação do Estado relativa aos serviços públicos de saúde. A análise da família reporta-se à divisão sexual do trabalho, às relações com o saber médico e com práticas alternativas de cura, às modalidades de doença e de cuidados ao enfermo e, sobretudo, a quais membros da unidade doméstica – geralmente mulheres – cabe zelar pela saúde e cuidar do doente. Os vínculos da família com o Estado dizem respeito, em especial, aos direitos sociais de acesso aos serviços públicos de saúde, cuja falência coloca em pauta a relação entre esfera pública e privada, particularmente, quando se consideram as mudanças internas na família, que limitam as possibilidades de atuação feminina na preservação da saúde e nos cuidados com o doente.*

**Unitermos:** família de baixa renda; processo saúde/doença; cuidadora; relação de clientela; serviço público de saúde

## Introdução

Nas sociedades capitalistas, a família tem sido instituição relevante na atenção dispensada à saúde de seus integrantes e nos cui-

dados com doentes, deficientes, inválidos e idosos. Entre as instituições dedicadas aos encargos com a saúde, a família distingue-se pelo modo como seus componentes desempenham essa tarefa, que é permeada por relações afetivas e personalizadas, em contraposição ao atendimento informal e impessoal prestado por serviços públicos e privados de saúde.

O diálogo entre os agentes de saúde e as famílias de baixa renda é, com frequência, árduo e penoso devido à maneira como os componentes dessas famílias atuam nos cuidados com a doença. A dificuldade na comunicação entre ambos decorre do fato de que essas famílias dispõem de um repertório cultural específico, por meio do qual atribuem significado à saúde e à doença e que, muitas vezes, se contrapõe aos saberes e aos procedimentos da medicina. O conhecimento dos elementos culturais que mobilizam os cuidados da família com a saúde e a doença de seus integrantes pode contribuir para que a ação dos agentes dos serviços de saúde seja mais eficaz, reduzindo as áreas de atrito e incompreensão que dificultam a comunicação entre ambos.

Por isso, a reflexão sobre políticas de saúde para atendimento de famílias de baixa renda demanda a discussão acerca da dimensão da vida privada da unidade doméstica e de seu relacionamento com a esfera pública, isto é, com o Estado e com a sociedade.

Os vínculos da família com o Estado situam-se na dimensão política, referida a direitos e deveres, particularmente, aos direitos sociais de acesso à saúde e educação, enquanto a articulação da unidade doméstica com a sociedade engloba, em especial, as relações que seus componentes mantêm com o mercado de trabalho e com o consumo de bens materiais e simbólicos.

Já a análise da esfera privada reporta-se às relações internas da família e engloba o tipo de organização doméstica, os vínculos entre os componentes, a divisão sexual do trabalho, a forma de composição do rendimento, as modalidades de consumo. A essas relações, devem ser acrescentados os laços com a parentela e com a vizinhança.

Considerando-se esses aspectos, examinam-se algumas questões referentes à maneira como a doença afeta a família, enquanto grupo, e não apenas o indivíduo acometido por uma enfermidade. Para tanto, discute-se o significado da doença, a forma como é vivida e apreendida pela família, de modo geral, e como é experimentada pelas famílias de baixa renda.

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

## As faces da doença

Saúde, doença, nascimento e morte tendem a ser avaliados nas representações do senso comum como fatos naturais, porque têm caráter físico, objetivo e, por isso, sua existência é considerada como independente de influências sociais (HERZLICH, 1994). Por outro lado, se, nas concepções biomédica, psiquiátrica e psicanalítica nota-se a propensão a apreender a doença como acontecimento que afeta unicamente o indivíduo (ZEMPLÉNI, 1988), ela também tem caráter social, recorrente e ritual tanto para o enfermo quanto para aqueles que gozam de saúde.

O paradoxo da doença é que ela é o mais individual e o mais social dos acontecimentos (AUGÉ, 1994). Atingindo o organismo ou a esfera psíquica do indivíduo, a doença tem caráter social, pois o enfermo é visto pelos outros, e vê a si mesmo, de acordo com representações estigmatizantes, como socialmente desvalorizado. Dependendo da moléstia, sobretudo no caso de doenças contagiosas, como hanseníase, tuberculose, AIDS, o estigma e a exclusão incidem sobre o conjunto da família.

Ultrapassando o âmbito individual e estendendo-se à esfera sociocultural, a doença assume significados diversos, em conformidade com a classificação cultural resultante do conhecimento científico ou popular que cada sociedade ou grupos diversos existentes em seu interior atribuem a ela em determinado momento histórico.

Para dar conta das dimensões da doença, a antropologia médica norte-americana cunhou distinções a partir do léxico inglês que dispõe de três palavras para designar doença, a saber, *disease*, *illness* e *sickness*, imputando significado específico a cada um desses significantes para nomear diferentes dimensões da enfermidade. Apesar das variações entre os autores que tratam desse tema, há certo consenso entre eles. Sínteses feitas por Zemplény (1988), Duarte (1993) e Laplantine (1991), possibilitam estabelecer aproximações e distinções entre essas três palavras, articulando o caráter biológico, social e individual da doença.

Segundo Zemplény (1988, p. 1171) *disease* expressa uma realidade patológica, a enfermidade considerada como acontecimento físico, empiricamente apreensível pelo conhecimento biomédico, ou seja, é a *doença para o médico*. A experiência individual do enfermo, o modo como vivencia a moléstia, ou a *doença para o doente*, é denominada *illness*. Nessa acepção, a doença torna-se acontecimento individual e configura-se como processo subjetivo, pois só o enfermo vive a moléstia e tenta dar significado a ela. Trata-se da experiência intransponível de sentir-se mal, porque dor e sofrimento podem ser descritos

e comunicados, mas são vivências exteriores para os outros. *Sickness* refere-se à dimensão sociocultural de atribuição de significados socialmente reconhecidos a sinais comportamentais produzidos pela doença e está associada às representações sobre a enfermidade.

No entanto, o estado de mal-estar converte-se em doença apenas quando o sintoma é incluído em um quadro etiológico estabelecido pela ciência médica. Isso ocorre porque a doença (*disease*) precisa ser dotada de significado socialmente partilhado pelo sistema médico e pelo paciente, isto é, precisa ser declarada *sickness* e, assim, ser organizada em um sistema que lhe confere sentido.

Nas sociedades contemporâneas a doença insere-se no interior da lógica da medicina científica, que é considerada padrão legítimo do diagnóstico e da cura. Apesar da dominância do conhecimento biomédico, há uma grande oferta de modelos explicativos e de processos de cura de enfermidades, como os da medicina alternativa e os de cunho mágico-religioso. Como esses modelos são, em princípio, públicos e acessíveis a todos, se o doente tiver condições financeiras para tanto, pode escolher aquele que supõe oferecer maiores possibilidades de solução para seu problema.

O ato de pensar a doença resulta de uma seleção entre diferentes modelos etiológico-terapêuticos que competem entre si no sentido de oferecer cura para a enfermidade. A adesão a um ou a outro modelo depende, essencialmente, do consenso coletivo estabelecido por determinado grupo (LÉVI-STRAUSS, 1967) acerca da validade e eficácia de um modelo considerado capaz de eliminar ou diminuir a doença.

Se toda moléstia é sempre classificada a partir de determinado modelo etiológico, sua explicação biomédica, enquanto *disease*, nem sempre é suficiente para esclarecer o enfermo sobre as causas do mal que o aflige. O doente pode recusar a explicação do discurso médico, não por ela não ser verdadeira, mas por não conter um significado para a doença enquanto *illness*, que possa tornar o sofrimento ou a dor compreensível, portanto, mais tolerável. Por isso, o doente desloca-se de um para outro modelo etiológico-terapêutico, mesmo quando esses modelos são formalmente contraditórios. A contradição, no plano do pensamento, é superada pelo alívio, mesmo que apenas simbólico, produzido pelo encontro de um significado para explicar a doença e para aliviar o sofrimento.

Com efeito, como afirma Herzlich (1996), o doente aprende a ser doente, inicialmente, identificando a doença (*sickness*) com um nome dado pela medicina. Como a doença também é uma representação social, o enfermo incorpora o modo culturalmente adequado de adoecer, de acordo com a representação sobre seus atributos pessoais

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

★  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

– gênero, sexo, idade etc. Assim, há modos culturalmente classificados para crianças, jovens, mulheres, homens e idosos adoecerem.

O surgimento da doença atinge o paciente em sua subjetividade e incide também sobre a família. O desgaste físico e emocional ocasionado pela enfermidade e as conseqüentes limitações que constroem o doente suscitam certo isolamento e tendem a fazer com que ela seja vivida, tanto quanto possível, na privacidade da família. O deslocamento para o espaço público de hospitais e de locais de exame e de atendimento é vivido pelo doente como uma violação da privacidade.

## Estado, família e o processo saúde/doença

As dificuldades atuais que o sistema de saúde enfrenta para atender a população de baixa renda resultam, em boa parte, da redução do papel do Estado no cumprimento de atribuições que, bem ou mal, vinha desempenhando através de serviços públicos destinados à prevenção e aos cuidados com a doença.

É necessário considerar que a ação do poder público era permeada por laços de clientelismo, que também se manifestavam na esfera privada (COSTA PINTO, 1980). Em linhas gerais, o clientelismo está ancorado em relações assimétricas, porém personalistas entre indivíduos em posições desiguais. Os vínculos clientelísticos envolvem troca de favores, como a prestação de serviços por parte do patrono e a lealdade do beneficiário, o cliente, e oferecem amparo e proteção à população pobre, inclusive em SOS de doença.

Surgido no meio rural, o clientelismo não se manifestou apenas nesse espaço, mas penetrou no conjunto da vida nacional, caracterizando, inclusive, o exercício do poder político e deslocando para a esfera pública formas de sociabilidade e de convivência personalistas, próprias do universo privado. Os vínculos de clientela, também presentes no meio urbano, propiciam o estabelecimento de laços de solidariedade que, ao construir e articularem uma rede de favores, encobrem relações de dominação. Malgrado as mudanças ocorridas na sociedade brasileira, a prática clientelística ainda persiste, embora com menor intensidade do que no passado.

Paralelamente ao clientelismo, o familismo tem sido um princípio estruturante da sociedade brasileira. Diversamente do primeiro, o familismo ancora-se em relações entre indivíduos unidos por laços de parentesco, demandando lealdade fundada nesses laços.

Com todos os possíveis vieses, o familismo pressupõe uma ética da solidariedade, sedimentada no princípio de reciprocidade e

legitimada por critérios *morais*. Isso contribui para evitar o desamparo, quando a família vive crises, como em caso de doença ou morte, ou em outras situações problemáticas, que rompem, ou ameaçam romper, a organização doméstica. Tal solidariedade constitui um princípio presente em famílias de todas as classes sociais, o que, certamente, jamais impediu conflitos ou lutas no interior de famílias e entre elas (COSTA PINTO, 1980).

Como o clientelismo, o familismo não é patrimônio cultural e social exclusivo das áreas rurais, pois penetrou no meio urbano e foi incorporado por famílias de diferentes classes sociais.

A questão básica é que clientelismo e familismo contribuíram, cada um a seu modo, para criar uma rede de solidariedade e de favores tanto entre desiguais quanto entre iguais, assegurando amparo em situações de crises familiares diversas.

Lentamente, esse quadro foi sendo alterado. Apesar da continuidade do modo personalista do exercício do poder, abriu-se espaço para a conquista de direitos sociais, dentre os quais, os mais importantes são a educação e os serviços públicos de saúde. Esses direitos, fundados no princípio universalizante da igualdade formal entre cidadãos, opõem-se aos princípios personalistas do clientelismo e não se tornaram plenamente acessíveis ao conjunto da população.

Há algum tempo, assiste-se à redução do familismo, sobrepujado pelo individualismo, acarretando a diminuição da solidariedade no interior das famílias e o enfraquecimento, mas não a eliminação, dos vínculos de parentesco. Tais mudanças na esfera da vida privada são concomitantes àquelas que ocorrem no espaço público, sem que se postule uma relação de causalidade unilinear entre ambas.

É nesse contexto que se pode levantar algumas questões sobre o modo como famílias de baixa renda enfrentam a doença e como se utilizam dos serviços públicos de saúde.

## Família e adoecimento

Para iniciar a discussão sobre a relação entre a família e o processo saúde/doença, cabe considerar que a família não é grupo organizado de uma única maneira. Em primeiro lugar, ela insere-se em uma classe ou camada social e organiza suas relações internas e externas de acordo com determinado repertório cultural. Em segundo lugar, há vários tipos de arranjos domésticos. Ainda que a família nuclear, constituída pelo casal e pelos filhos, tenda a ser predominante (OLIVEIRA, 1996), vem ocorrendo aumento de famílias chefiadas por mulheres, de famílias recompostas, em que um ou

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

ambos os cônjuges vivem uma segunda união, e também de famílias ampliadas, constituídas pela incorporação de parentes ao núcleo doméstico. A apreensão dessa diversidade é relevante, pois o pertencimento social, o repertório cultural da família, as formas de arranjos domésticos condicionam e delimitam as possibilidades de cuidados com a saúde e de atendimento aos doentes.

Apesar dessa heterogeneidade, a família é grupo responsável pela reprodução social (DURHAM, 1983; BOURDIEU, 1997), que engloba o processo de reprodução biológica e o de socialização. Nessas circunstâncias, a família não é apenas produtora de novos seres humanos, mas é responsável por sua sobrevivência, o que implica uma série de cuidados como proteção e afeto, necessários para preservar a saúde dos familiares.

Todavia, na análise da mobilização da família em relação ao processo saúde/doença, é fundamental não hipostasiá-la, tomando-a como grupo cuja atuação é realizada sempre de modo conjunto, como se ela fosse um sujeito coletivo. Para evitar essa reificação, em primeiro lugar, deve-se considerar os atributos dos integrantes, como idade, gênero, inserção, ou não, no sistema produtivo, produção de valores de uso para consumo doméstico, grau de escolaridade, experiência e conhecimento adquiridos formal ou informalmente. Tais atributos sofrem mudanças derivadas das trajetórias individuais no ciclo de vida familiar e de influências externas. É a partir da conjugação desses diferentes atributos que cada integrante da família assume uma posição social em seu interior, a qual não é fixada de uma vez por todas.

O segundo ponto para se evitar a reificação da ação doméstica relaciona-se à divisão sexual do trabalho, pois, de modo geral, os encargos com a saúde e o atendimento a doentes, inválidos e incapazes têm sido atribuição de mulheres, sejam mães, esposas, irmãs ou filhas de quem carece de cuidados. Além delas, outras mulheres integrantes da parentela, fora da família de origem ou de procriação do enfermo, podem ser acionadas para realizar tais afazeres que constituem o *trabalho emocional*, voltado para a *produção e transformação de pessoas* (MCMAHON, 1993, p. 682) e para a doação de afeto.

É necessário ainda delimitar a quais mulheres, no interior da família, cabem tais tarefas. Até recentemente, essas atribuições eram delegadas – ou impostas – à esposa/mãe na função de *dona-de-casa* – que teria sua contrapartida masculina na categoria *chefe da família*. A maioria das mulheres não tinha ocupação fora do ambiente doméstico, já que, até a década de 50, era reduzido o número das que faziam parte do mercado de trabalho. Mesmo quando exerciam atividade profissional, não deixavam de ser donas-de-

casa, responsáveis pela execução e/ou administração dos serviços domésticos.

*Dona-de-casa* constitui o que os antropólogos denominam categoria nativa, pois é parte do repertório cultural do senso comum, e recobre os papéis de esposa e de mãe. Essa categoria é socialmente construída no interior da família e na relação que ela mantém com a sociedade. Procurando ir além da conotação negativa atribuída a essa categoria, ela é aqui empregada considerando sua dimensão cognitiva, relacionada à imensa quantidade de saberes acumulados pela dona-de-casa e que integram o que foi denominado de prendas domésticas.

A aquisição desse cabedal cultural das prendas domésticas era incorporado e reelaborado fundamentalmente no interior da família, espaço privilegiado de troca de informações provenientes de diferentes fontes. Quanto à saúde e à doença, esse cabedal resultava do acesso a informações de cunho científico e da medicina alternativa, ao conhecimento popular e ao mágico-religioso, apropriados de modo específico e que passavam a constituir a medicina caseira (ALVES, 1993). Tais saberes consistiam em regras referentes à higiene do corpo, a hábitos alimentares, ao controle do organismo, à ação preventiva contra doenças e à busca de recursos para sua cura. Adquirido ao longo do tempo e nas relações interpessoais, o conhecimento relativo a cuidados com a saúde e as formas de tratamento da doença eram transmitidos sobretudo oralmente, tal como ocorria com a população não-letrada do campo e da cidade.

Se a família exerce ação pedagógica sobre a saúde, isso ocorre mediante a ação da dona-de-casa uma vez que é ela quem mais entende de doença, quem melhor percebe os sintomas e procura soluções dentro ou fora da medicina oficial – o que a coloca em contato com vários modelos explicativos da doença – cabendo a ela definir quem está doente e carente de cuidados (QUEIROZ, 1993).

Além da aquisição desses saberes incorporados mediante a convivência familiar, as mulheres foram – e ainda tendem a continuar a ser – socializadas para desempenharem o trabalho emocional, de expressão de afeto e de dedicação. Nesse contexto socializador, que ultrapassa o espaço da vida privada e se estende para o universo público, é construída a representação da mulher como tecelã, cuidadora das relações afetivas e responsável pela coesão familiar (GILLIGAN, 1982). Embora atualmente essa ação socializadora seja menos intensa, as mulheres, sobretudo as esposas, continuam a ser consideradas articuladoras de diversas formas de manifestação de afeto e de solidariedade que ultrapassam o cenário doméstico e se estendem para cuidados com a parentela e mesmo com a vizinhança (DU-

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.



★  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

RHAM, 1973; FAUSTO NETO, 1982; ROMANELLI; BEZERRA, 1999; SARTI, 1996).

No presente, apesar de mudanças significativas na divisão sexual do trabalho e nas relações de gênero, mesmo quando a dona-de-casa participa do mercado de trabalho e é produtora de rendimentos, ainda tende a ser considerada responsável pelos diversos afazeres domésticos, inclusive pelos cuidados com a saúde e a doença dos integrantes da família.

A presença da doença altera o cotidiano das famílias e tende a gerar situações de desconforto para o enfermo e para os integrantes da unidade doméstica, ocasionando situações de estresse e problemas financeiros. Todavia, o modo como a moléstia atinge a vida doméstica varia segundo os atributos do doente e da família, e seus componentes têm que conviver e lidar com o sofrimento físico e emocional do enfermo.

## Sáude/doença em famílias de baixa renda

Entre a população masculina de baixa renda, gozar de saúde significa ter um corpo sadio, capaz de exercer um trabalho remunerado e de prover as necessidades financeiras da família. Muito embora a manutenção dessas necessidades não caiba apenas ao marido, cujos rendimentos muitas vezes são inferiores ao total auferido pela esposa e pelos filhos, ainda assim prevalece a representação de que ele deve ser o provedor financeiro da família. Nesse contexto, a doença atinge não apenas o homem enquanto marido/pai, mas afeta o trabalhador que passa a se auto-avaliar e a ser avaliado como desviante, porque se torna improdutivo.

Em função disso, para os trabalhadores da população de baixa renda, a doença, enquanto *disease*, somente é percebida como *illness*, quando incapacita o indivíduo para o trabalho ou limita sua integração à sociedade, inviabilizando o cumprimento de tarefas consideradas obrigatórias, o que provoca sofrimento emocional e gera sentimento de culpa (NARDI, 1998; KNAUTH, 1998; OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998).

Na realidade, os sentimentos de culpa e de exclusão surgem porque a doença impede o indivíduo de desempenhar o papel de trabalhador, o que acarreta problemas financeiros e macula a imagem do homem como *chefe da família* e seu principal provedor. Mesmo quando o marido/pai já não é o único, ou o principal provedor do consumo doméstico, simbolicamente continua a ocupar uma posição dominante na família.

Por sua vez, a dificuldade masculina de cuidar da própria saúde já foi documentada em alguns estudos (KNAUTH, 1998; OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998). Na população pobre, a divisão sexual do trabalho ainda prescreve que os encargos com a saúde devem ser realizados pela dona-de-casa, o que torna maridos, e também filhos, dependentes de seus cuidados.

Também é importante levar em conta que a divisão sexual do trabalho cria relações de interdependência e complementaridade entre marido e esposa. Dessa perspectiva, o casamento é importante para a mulher por protegê-la na esfera pública; para o homem, uma esposa significa a possibilidade de amparo na vida privada, graças ao *trabalho emocional* desempenhado por ela. Embora emoções e sentimentos estejam associados ao universo feminino, eles também estão presentes na relação que maridos mantêm com esposas doentes, como pode ser comprovado nos cuidados e no afeto dispensados pelos parceiros de mulheres mastectomizadas, os quais vivem a angústia de não saberem como proceder para dar-lhes apoio (BIFFI, 1998).

A divisão sexual do trabalho tende ainda a fazer com que os homens assumam uma *incompetência* socialmente construída no que se refere aos cuidados com a própria saúde e para lidarem com a doença, o que constitui a contrapartida da competência feminina, também socialmente criada, para dedicar-se ao *trabalho emocional*. Como decorrência desse trabalho e da familiaridade com os cuidados com o corpo, tanto com o seu quanto com o de crianças e de doentes, as mulheres preocupam-se mais com a saúde e com a doença e são mais assíduas e freqüentes no tratamento em centros de saúde, como é o caso de mulheres portadoras de hanseníase (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998).

Em função da maior familiaridade feminina com a doença e da *incompetência* masculina em relação à mesma, os homens resistem muito em aceitá-la, sobretudo, quando não há sintoma que se traduza em desconforto ou dor, como ocorre com doentes assintomáticos. Nesses casos, o diagnóstico médico, documentando a presença da *disease*, não leva o sujeito a senti-la enquanto *illness*. Mesmo quando o homem sente o sintoma e vivencia a *illness*, ainda assim há casos em que ele reluta em admitir a existência da *disease*. O que está em jogo não é a pertinência ou a aceitação do diagnóstico médico, ou seja, admitir a existência da doença, como *sickness*. O que os homens parecem recusar na doença é que, ao atingir seu próprio corpo, ela ameaça a condição de sujeito sadio, atributo básico da masculinidade e da condição de trabalhador. Tudo parece indicar que, da perspectiva feminina, os homens são propensos a suportar menos o desconforto causado pela idade e não somente pela

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

dor (PAIM, 1998; KNAUTH, 1998). O sofrimento psíquico talvez seja maior, porque o trabalhador é anulado enquanto tal e reduzido à impotência para exercer o papel que é considerado fundamental para compor sua identidade.

A dificuldade em aceitar a doença pode ainda ser aproximada da dupla dependência dos homens em relação aos cuidados recebem das mulheres. Essa dependência, que inverte a tradicional dominação masculina, ocorre, de um lado, porque os maridos precisam dos cuidados de outrem para enfrentar a doença; de outro lado, porque ficam confinados ao espaço doméstico e submetidos ao controle da esposa.

Enquanto a doença masculina está associada à condição de trabalhador, portanto, ao universo público, a doença feminina tende a ser vinculada, em especial, à reprodução biológica e a seus desdobramentos, que incluem a maternagem, estando contida na esfera privada.

Encontra-se, assim, a tendência para se apreender a doença masculina como algo *socialmente produzido*, enquanto a doença feminina é *naturalizada*, não se levando em consideração, ou deixando-se em segundo plano, a doença da mulher enquanto *trabalhadora*. Entretanto, parece que doenças femininas geradas nas relações de trabalho são secundárias e o corpo da mulher continua, pelo menos aparentemente, mais naturalizado do que o masculino.

Como os mecanismos de assistência à saúde para a população pobre são, muitas vezes, limitados à atuação da dona-de-casa, pois os serviços públicos são precários e não atendem adequadamente aqueles que mais precisam deles, homens pobres, solteiros ou viúvos, ficam muito mais expostos do que os casados à doença e à morte precoce.

Mas os efeitos perversos da carência de serviços públicos não afeta mais intensamente apenas esses homens. O mesmo ocorre com famílias chefiadas por mulheres, que deixam de contar com o apoio do marido ou do companheiro permanente, como registra Oliveira (1996).

## Considerações finais

A manutenção da saúde não depende apenas de conhecimentos da dona-de-casa, pois não pode ser separada e descolada da ação do poder público. Para a manutenção da saúde, é necessário proceder-se à higienização da sociedade, por meio de infra-estrutura de serviços públicos, como assistência médica e escolas, e de equipamentos urbanos, como água, luz, esgoto, pavimentação.

A corrente médica higienista foi a primeira a considerar a doença como fato social e, durante os séculos XVIII e XIX, em países europeus, procurou estabelecer sua etiologia em termos sociais, estabelecendo vínculos entre a saúde de uma determinada população e suas condições de vida (HERZLICH, 1994). O trabalho dos higienistas, tanto em países da Europa, quanto no Brasil do século XIX (COSTA, 1983), tinha uma vinculação política muito clara, estando ligado à ação do Estado para promover o saneamento básico dos centros urbanos e, desse modo, eliminar o que era considerado flagelo social, como tuberculose, sífilis, hanseníase.

Não obstante o sucesso inicial, a corrente higienista perde importância com a descoberta de medidas técnicas rotineiras contra doenças infecciosas, e saúde pública, higiene, medicina social tornam-se especialidades menores (HERZLICH, 1994). A redução da medicina preventiva de caráter social caminha paralelamente ao decréscimo de investimentos por parte do Estado no atendimento à saúde da população pobre. Essa situação, registrada na França e em outros países europeus, reproduz-se no Brasil de modo mais intenso.

Analisando a relação atual entre família e Estado na França, Commaille (1994/95) destaca a dissolução do familismo e a desinstitucionalização da família, que se traduz no desejo de cada componente da unidade doméstica de gerir e organizar o universo privado sem ingerência de qualquer grupo social e mesmo opondo-se a eles, demandando, portanto, direitos iguais também na esfera privada. Essa desinstitucionalização, que redundará na privatização familiar, é acompanhada pela neutralidade dos poderes públicos quanto aos modos de organização da vida doméstica. Uma das conseqüências dessa neutralidade, na França e também no Brasil, é a assimilação de casais unidos consensualmente àqueles legalmente casados.

Nesse sentido, Commaille (1994/95) refere-se à contradição entre *direito civil* e *direito social*, o primeiro encorajando o desejo de individualização, a luta por igualdade e a liberdade formal no âmbito da esfera privada, e o segundo, mobilizando uma maior intervenção do Estado, para evitar riscos familiares que tais posturas desencadeiam.

No caso brasileiro, os efeitos do processo de desinstitucionalização da família vão além da atuação do Estado em relação à privacidade doméstica, pois estão associados ao desmoronamento dos serviços sociais. A autonomização dos indivíduos face à família, que poderia ser vista como progressista, passa a ser avaliada como ameaça (COMMAILLE, 1994/95), uma vez que é acompanhada pelo empobrecimento de determinados segmentos da sociedade e torna-se fonte de risco para crianças – sobretudo quando da separação dos pais – idosos, doentes e mulheres chefes de família.

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

★  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

A atividade profissional das esposas contribui para ampliar a luta pela autonomia e pela igualdade na família, o que tende a minar os princípios do familismo, enfraquecendo a coesão doméstica. Especialmente, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho, em particular das esposas, torna cada vez mais difícil os cuidados com doentes e o trabalho emocional, acarretando sobrecarga para elas, bem como para todos os componentes da família, reduzindo a qualidade de vida de todos eles. Assim, se os cuidados fundamentais com saúde e doença, inclusive em seu aspecto emocional, ainda continuam sendo atribuição da esposa e da parentela feminina, o poder público deve contribuir para o bem-estar da população pobre.

## Abstract

*The family is a relevant institution with respect to the care devoted to the health and sickness of its members, a fact mainly due to the affective and personal relations expressed in this care. Considering this dimension of domestic life, the objective of the present study was to investigate how low income families relate to disease and to the action of the State in public health services. The analysis of a family concerns the sexual division of labor, the relations with medical knowledge and with alternative cure practices, the modalities of disease and of patient care, and mainly, on what members of the domestic unit – usually women – falls the responsibility of preserving health and caring for the sick member. The ties of the family with the State mainly concern the social rights of access to public health services, whose failure leads to the discussion of the relationship between the private and public sphere, particularly when we consider the internal changes of the family, which limit the possibilities of female action in preserving and caring for the sick members.*

**Key words:** low income families; health/sickness process; caretaker; patron-client relationship; public health service

## Referências bibliográficas

ALVES, P. C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 3, p. 263-271, 1993

AUGÉ, M. Ordre biologique, ordre social: la maladie, forme élémentaire de l'événement. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (org.) *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1994.

BIFFI, R. G. *O suporte social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer de mama – a perspectiva do casal*. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP.

BOURDIEU, P. *Razões práticas*. Sobre a teoria da educação. Campinas: Papirus, 1997.

COMMAILLE, J. Les états européens et la famille. *Sciences Humaines*, n. 7, p. 41-44, 1994/1995.

COSTA PINTO, L. A. *Lutas de famílias no Brasil*. São Paulo: Nacional/INL/MEC, 1980.

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

DUARTE, L. F. D. Os nervos e a antropologia médica norte-americana: uma revisão crítica. *Physis*, n. 2, p. 43-73, 1993.

DURHAM, E. R. *A caminho da cidade*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

DURHAM, E. R. Família e reprodução humana. In: DURHAM, E. R.; TAYLOR, J.; ABREU FILHO, O.; ARAGÃO, L. T. de (org.). *Perspectivas antropológicas da mulher 3*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

FAUSTO NETO, A. M. Q. *Família operária e reprodução da força de trabalho*. Petrópolis: Vozes, 1982.

GILLIGAN, C. *Uma voz diferente*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

HERZLICH, C. Médecine moderne et quête de sens: la maladie signifiant social. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (org.). *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1994.

HERZLICH, C. *Santé et maladie*. Analyse d'une représentation sociale. Paris: Éditions de L'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1996.

KNAUTH, D. R. Morte masculina: homens portadores do vírus da AIDS sob a perspectiva feminina. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.), *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

LAPLANTINE, F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1967.

MCCMAHON, A. Male readings of feminist theory: the psychologization of sexual politics in the masculinity literature. *Theory and Society*, n. 22-25, p. 675-695, 1993.

NARDI, H. C. O *ethos* masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.) *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

OLIVEIRA, M. C. A família brasileira no limiar do ano 2000. *Estudos Feministas*, n. 1, p.55-63, 1998.

OLIVEIRA, M. H. P. de; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 14, p. 51-60, 1998

PAIM, H. H. S. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (org.). *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

○  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

★  
ROMANELLI, Geraldo.  
O processo  
saúde/doença em  
famílias de baixa renda e  
ação do Estado.  
*Mimesis*, Bauru,  
v. 24, n. 1, p. 109-123,  
2003.

QUEIROZ, M. S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 9, p. 272-282, 1993.

ROMANELLI, G.; BEZERRA, N. M. de A. Estratégias de sobrevivência em famílias de trabalhadores rurais. *Paidéia*, n. 16, p.77-87, 1999.

SARTI, C. A. *A família como espelho*. Um estudo sobre a moral dos pobres. Campinas: Autores Associados, 1996.

ZEMPLÉNI, A. Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individualisation de la 'maladie'. *Social Science & Medicine*, n. 11, p. 1171-82, 1988.

