

Medicinas Paralelas e Prática Social

Luís Silva Pereira*

Resumo: A doença é de carácter social. Para entender esta proposta é preciso conhecer o contexto que produz o mal. Neste artigo analisa-se a teoria social acerca do doente e da doença no Ocidente, recorrendo a pesquisa feita sobre os sistemas de pensamento e de acção a que recorrem os doentes: a ciência, a religião e o esoterismo. Após a caracterização das concepções de cura e dos itinerários terapêuticos percorridos pelos doentes, apresenta-se alguns sinais de alteração de mentalidades e de práticas no que respeita à assistência e à saúde.

Introdução

Um dos trabalhos do antropólogo no estudo de assuntos relacionados com a doença e as técnicas de cura consiste em compreender a teoria e a prática de um determinado agrupamento humano, relativamente aos cuidados a ter com o corpo e às técnicas a utilizar quando ele adoecer, tendo em vista o seu regresso ao estado de saúde.

As noções de “corpo”, “doença”, “saúde”, são construídas culturalmente, devendo o antropólogo buscar o seu sentido junto das pessoas que as utilizam, como único meio de poder entender quais as estratégias sociais nos processos de manutenção e de recuperação da saúde.

Aquelas noções não só variam de sociedade para sociedade, como dentro de uma mesma sociedade encontramos distintas aceções e diferentes comportamentos relacionados com as categorias referidas. As atitudes relativamente à doença são de tal forma variáveis que uma mesma doença produz diferentes doentes, sendo cada um deles um caso que exige, para o sucesso do tratamento, um conhecimento individualizado da sua história — e não só clínica, como veremos adiante.

Procurarei explicitar as razões que determinam que o discurso científico não atinja toda a população — nem sequer a maioria — e que essa mesma população recorra, quando doente, a várias técnicas de cura, nem sempre privilegiando o “recurso à ciência médica moderna, experimentando formas alternativas de curar, tanto no universo rural como no urbano.

Utilizo a expressão “medicinas paralelas” para designar tanto a chamada “medicina popular”, de marcada raiz empírica, como as ditas “medicinas alter-

*Assistente no ISPA.

nativas”, que manifestam sinais evidentes de erudição e sistematização na abordagem do corpo e nas concepções de saúde e doença. O ponto de referência e de partida para a designação escolhida é, obviamente, a ciência médica moderna — face à qual as medicinas paralelas se afirmam, na sociedade ocidental, quer como alternativa quer como complemento no complexo processo de manutenção ou de recuperação da saúde.

O autor deste artigo foi confrontado com este problema quando lhe foi solicitada a elaboração de um projecto, conjuntamente com uma equipa de investigação formada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e antropólogos, destinado a estabelecer os termos em que deveria decorrer uma investigação de terreno para avaliar do grau de satisfação da população assistida, relativamente ao Centro de Saúde ao qual recorria. A questão com que se defrontava o “Centro de Assistência Primária” a que me refiro, na província da Catalunha, em Espanha, era a seguinte: os meios técnicos disponíveis eram modernos e em bom estado de funcionamento, o pessoal sanitário era suficiente, mas havia um número de pacientes superior em muito ao esperado, tendo em conta as referidas circunstâncias. O problema era o desajustamento entre as estratégias do C.A.P. e a vivência da população assistida, o que fazia com que, face ao balanço final, o capital investido em tecnologia e recursos humanos não produzisse os resultados esperados.

Com este exemplo concreto procuro adiantar questões que se prendem, por um lado, com as relações entre instituições sanitárias — com destaque para os corpos médicos e assistenciais que as constituem — e o seu enquadramento físico e cultural e, por outro, com os temas mais gerais da construção cultural do corpo, da doença e da saúde que me proponho desenvolver seguidamente.

1. O corpo e a doença: controlo e representação social

Consciência, linguagem e técnicas corporais são três dados fundamentais para a construção das noções de corpo e de doença. Elas radicam no indivíduo e é da interacção indivíduo/sociedade, a qual tem lugar ao longo do processo de socialização, que aquele se situa socialmente, comunica e usa o seu corpo, de acordo com o sistema de pensamento do grupo em que está integrado. A evidência de que radicam no indivíduo prende-se com o facto de ele ser capaz de produzir pensamento abstracto — em todas as sociedades humanas conhecidas — i.e., de criar símbolos e comunicar através deles, de idealizar e interpretar mundo, bem como o lugar que nele ocupa. Mas é fundamental que a sociedade esteja presente para orientar, educar, transmitir valores e normativizar comportamentos.

Contribuindo positivamente para o debate destes temas, o modelo teórico de Lévi-Strauss (1952) veio lançar uma nova luz sobre as questões do etnocentrismo e do pensamento selvagem. Segundo o autor, uma estrutura semelhante de pensamento seria comum aos indivíduos pertencentes às sociedades humanas .

nhecidas do passado ou do presente, variando a cultura de acordo com as diferentes respostas dadas a diferentes questões com as quais se defrontam, relacionadas com o meio e circunstancialismos históricos do progresso.

Esta não era a posição dos autores evolucionistas e do próprio Durkheim. Para este último, tal como para aqueles, a uma forma de organização social mais simples corresponderia uma forma de pensamento mais simples. Segundo Durkheim (1893), na sociedade baseada na solidariedade mecânica, os indivíduos não teriam consciência de si próprios por viverem num mundo de indistinção, onde não haveria, ainda, divisão do trabalho social. Através da crescente complexificação deste, a sociedade transitaria para a solidariedade orgânica e o homem ganharia, no processo, a consciência da sua individualidade, por saber qual a tarefa específica que deveria desempenhar no seio do grupo de pertença.

Dos estudos que efectuou sobre o sentimento religioso (1912) e os sistemas de classificação (1901-1902), Durkheim concluiu existir uma afinidade estreita entre “sistema social” e “sistema lógico” e estabelece que o primitivo, a partir dos materiais fornecidos pela religião, elaborou, na escola da sociedade, a capacidade de conceptualização. Assim, as categorias de género, espécie, espaço, tempo, causalidade, contiguidade, não se afiguram inatas mas produzidas em sociedade. Esta apresenta-se-nos, no modelo de Durkheim, como enquadramento inevitável (já que se impõe coercivamente) e instrumento no qual e através do qual o homem aprende a manipular uma estrutura lógica e conceptual que lhe permite interpretar o mundo e integrar-se nele.

Um dos elos de ligação entre a teoria de Durkheim e a de Lévi-Strauss é visível no facto daquele autor considerar que a capacidade de conceptualização é a condição da existência do ser social. Lévi-Strauss, pelo seu lado, caracteriza o pensamento pela capacidade de comunicar, comum a todas as sociedades humanas, qualidade que radica na característica de o inconsciente colectivo poder construir símbolos e, através deles, comunicar. Esta aptidão, segundo o autor, é de todos os tempos e de todas as sociedades conhecidas. A estrutura de pensamento é, assim, semelhante nos indivíduos que integram todas as sociedades conhecidas, propondo-se o autor estudar a infraestrutura inconsciente subjacente aos fenómenos, entendê-la, tal como a outros elementos de um sistema, de acordo com as relações que mantêm numa teia sistematizada de correlações, cujas regras procura conhecer, e conferindo à antropologia o papel de descobrir as ditas estruturas mentais inconscientes através do estudo das instituições e da linguagem.

A esta atitude não é de todo estranha a importância que teve na sua formação a teoria de Marcel Mauss. No estudo que este autor fez sobre as técnicas corporais (1950), defende que o corpo é o primeiro e o mais natural objecto e meio técnico do homem. A tese demonstrada pelo autor, através da apresentação de numerosos dados etnográficos, é a de que o modo como o homem concebe e utiliza o seu corpo varia de acordo com as culturas. A diversidade das técnicas corporais constitui a prova de que através da codificação das necessidades e das práticas corporais e da sua imposição ao grupo, as sociedades educam os seus

membros e transmitem ao longo do tempo, de geração a geração, as técnicas consideradas adequadas ao bom uso do corpo.

As técnicas relativas ao uso do corpo são parte integrante das estratégias reprodutivas do grupo, visam o bom desempenho individual em sociedade e constituem uma expressão da preocupação social em preservar a saúde colectiva. Os trabalhos de Rivers (1924) e Ackernecht (1942 e 1971) contribuíram decisivamente para uma reflexão antropológica sobre a doença. O primeiro autor abordou a prática médica como um processo social entre outros, estudou-o sob essa perspectiva e considerou que mesmo as concepções médicas que o homem ocidental considera absurdas se fundam num corpo de crenças coerente e lógico; o segundo autor mostrou como as representações e práticas relativas à doença desempenham um papel de controlo social.

Este último aspecto foi igualmente desenvolvido, entre outros autores, por Evans-Pritchard (1930), o qual demonstrou como entre os Azande a bruxaria é, simultaneamente, parte do organismo humano, produto de um acto psíquico, fonte de infortúnio, origem de doença, causa da morte (“Dizem os Azande: ‘a morte tem sempre uma causa, e nenhum homem morre sem motivo’, querendo dizer que a morte sempre resulta de alguma inimizade”, 1930 (1978): 91). Nesta obra, através de uma análise do sistema de pensamento que conceptualiza a doença e a cura, o autor, na linha de Rivers, demonstra que as crenças aparentemente irracionais relativas à etiologia e à superação do mal recobravam sentido quando analisadas no seu devido contexto social.

Especialmente desde os trabalhos deste autor, o estudo antropológico da doença caracteriza-se por encarar os factos relacionados com esta última como entretrecidos com outras áreas do social (v.g. parentesco, religião, magia, etc.), articulando-os com outros elementos recolhidos pelo antropólogo no trabalho de campo.

Na esteira daquele autor, Augé, através da análise de casos na Costa do Marfim e no sul do Togo, aborda a dimensão social da doença partindo da sua interpretação como significante, como suporte da nossa relação com o social (1984: 23). Aos seus olhos as práticas relativas à doença e os discursos subjacentes não só se integram num sistema simbólico articulado, como também fazem parte de teorias gerais que ordenam os símbolos que permitem pensar o social no seu conjunto (Fainzang, 1989: 12).

Neste sentido, uma autora integrante da sua equipa, Sindzingre (1984), faz uma análise da explicação do infortúnio entre os Senufo, da Costa do Marfim, considerando que toda a doença ou infortúnio requer uma interpretação e que esta é um avatar das relações sociais e das representações próprias de uma dada sociedade (1984: 96).

Segundo Fainzang (1989: 13), o estudo das representações da doença constitui um meio privilegiado e, por vezes, uma necessidade, para compreender a sociedade, facto que a autora comprovou no estudo que fez entre os Bisa de Burkina (1986), entre os quais verificou o papel estruturante das representações da doença sobre as práticas sociais e as suas ligações com a cosmogonia e a organização social daquela etnia africana.

cuja lógica é indissociável das relações sociais e das representações da sociedade que constrói a hipótese explicativa. Desta lógica procede tanto a concepção do corpo como a instituição do social.

Neste enquadramento, a doença surge como um acontecimento eminentemente social. Sofrer uma doença, pensá-la, é situar-se em relação aos outros membros da sociedade da qual o doente faz parte (cf. Kenny e De Miguel, 1980: 43 a 68). Um enunciado explicativo remete sempre para o contexto social que o produz e qualquer situação anormal, patológica, só é encarada como tal por ser parte integrante deste contexto — como diz Foucault: “La enfermedad no tiene realidad y valor de enfermedad más que en una cultura que la reconoce como tal” (1954 (1988): 83).

O doente, pelo seu lado, interroga-se acerca do que lhe acontece, quanto durará o mal que o acomete, porque tem de sofrer, porque existe esse mal e o ataca. Os observadores que não tenham em conta este aspecto referencial da dor e/ou da doença, ficarão com o campo de análise reduzido a reacções reflexas ou instintivas. Para que uma experiência dolorosa constitua sofrimento pleno deve corresponder a uma estrutura cultural — esta dá ao acto de sofrer a forma de uma pergunta que se pode expressar e partilhar (cf. Illich, 1975).

A doença é assim, socialmente codificada, funcionando como significante social, já que é objecto de uma interpretação colectiva que se implica no meio humano que o experiencia e teoriza (cf. Le Goff, 1985). A doença, diz Susan Sontag (1977), é uma “metáfora”: através das concepções de doença os homens falam dos seus conceitos de sociedade e das suas relações sociais. Logo, numa interpretação da interpretação social da doença, é imprescindível que esta seja contextualizada pelas relações do grupo humano respectivo e pelas representações sociais dessa mesma sociedade que a metaforiza.

Sendo a doença um facto social, a sua natureza, distribuição e interpretação social variam no espaço e no tempo, de acordo com distintas conjunturas sociais. A concepção de doença, tal como a de saúde (variáveis segundo a conjuntura social, já que são historicamente construídas), é um meio de acesso ao sentido que os indivíduos dão aos seus comportamentos individuais e às relações que estabelecem com os membros da sociedade à qual pertencem, bem como ao sistema de interpretações, crenças e valores que lhe são subjacentes.

Corpo e saúde afiguram-se, assim, como parte dos elementos do processo reprodutor com o qual o processo da vida se constrói e a sociedade funciona, garantindo a sua continuidade no tempo através das gerações. Esta construção é colectiva e só se pode entender a sua teoria e a sua prática integrando-a no quadro mais alargado da sociedade, da qual fazem parte os indivíduos que procuram evitar a doença ou debelá-la.

Ao aceder ao papel social de doente, caracterizado pelo reconhecimento de uma incapacidade involuntária para desempenhar as actividades sociais habituais, o indivíduo sofre uma intervenção do exterior que varia de acordo com as culturas e com contextos particulares: aumento de solidariedades, confinamento, integração em novas estruturas sociais, acesso a agentes da cura e a novos modelos interpretativos do seu estado, etc.

Para além do referido reconhecimento social, imediato à consciência da disfunção que o doente tem, normalmente, do seu estado, este último exige (num terceiro momento do processo) a assistência dos que lhe estão próximos (e de observadores significativos na interpretação e na cura), a análise do problema tendo em vista a sua explicação e o recurso a uma estratégia curativa. Este processo nem sempre é coerente, por vezes desenvolve-se por tentativas e erro, por despistagem, etc., e evolui ao longo de um itinerário terapêutico com fracturas e inflexões cuja extensão varia na razão directa do inêxito da(s) terapia(s) e da angústia sentida pelo doente.

O que procuro deixar claro é que o diagnóstico, ou seja, a determinação de uma doença pelos seus sintomas, nem sempre dá uma resposta cabal à procura de sentido buscada pelo doente. O que se passa na realidade é que existe uma notória dificuldade de comunicação entre os produtores do discurso médico, técnico e pretensamente unívoco, e os receptores, não familiarizados com a terminologia utilizada, habituados a outros sistemas interpretativos da doença e limitados no seu sentido crítico por ela lhes dizer directamente respeito.

Importa lembrar que nem tudo o que trata o corpo é saber médico e a manutenção da saúde — ou a prevenção da doença — tem como referente o contexto social no qual vive o indivíduo que é medicamente assistido. As pessoas vivem em sociedade e nada é feito sem recurso a quem detém o saber e a autoridade para aconselhar, resolver situações de desequilíbrio, restabelecer uma ordem, seja no corpo individual, seja no corpo social. Concomitantemente, cada indivíduo tem a sua própria teoria de como gerir as suas condições para a manutenção do corpo e da saúde, resultante daqueles saberes e da sua própria interpretação deles (cfr. Iturra, 1988).

Então, para além do sofrimento (“Etymologically, patient means sufferer” - Sontag, 1988: 37), e da maior ou menor incerteza relativamente ao desfecho de uma nova situação desagradável, o doente vê-se confrontado, frequentemente, com a sua incompreensão face ao que lhe acontece porque, por um lado, não entende o que lhe é dito e, por outro, tem informações várias — por vezes contraditórias — relativamente ao seu estado.

O doente vive, assim, o sofrimento, a dificuldade de o comunicar aos outros — porque provoca sofrimento o facto de o invocar e porque é difícil explicá-lo — e a insatisfação que lhe provoca a resposta. Sofre, por um lado, a solidão que, normalmente, uma doença determina e, por outro, uma intervenção social que procura recuperá-lo para as suas actividades sociais. É que, pelo enraizamento num corpo sofredor e pela ameaça que constitui para a integridade da reprodução das pessoas e da sociedade, a doença, como salienta Augé (1985), é um acontecimento que tem a particularidade de mobilizar uma grande carga afectiva e de activar processos sociais frequentemente complexos.

A atitude predominante na sociedade ocidental, baseada na tradição judaico-cristã¹ e na lógica aristotélica² consiste, neste aspecto particular, na distinção irreductível saúde/doença. As conotações positivas ligam-se à primeira, as negativas à segunda. A doença é, então, encarada como um mal, um desequilíbrio,

uma ameaça ao indivíduo e à sociedade, que é preciso erradicar, anular, para que se restabeleça a boa ordem na esfera individual e na esfera colectiva. À sociedade cumpre categorizar a doença, classificá-la e determinar o modo como deve ser debelada — facto que desde o século XVII (Foucault, 1963 e 1964) determina, em certos casos, o internamento, o confinamento do doente às paredes de uma instituição, como parte de uma técnica terapêutica destinada a curar o doente — intervindo como julgar necessário, de acordo com as regras que ela própria estabelece. A ciência médica tem como um dos seus objectivos fundamentais “combater” a doença.

Sou de opinião que as medidas funcionais tomadas pela medicina não são acompanhadas por um acréscimo significativo de consciência do indivíduo relativamente à doença que sofre. Sendo a doença indissociável do doente, entendendo que ela constitui uma mensagem sincera do estado *geral* da pessoa. Existem especialistas, mas o mal é englobante, a doença atinge o indivíduo na sua totalidade. A interrogação e a intervenção não devem, assim, ser dirigidas exclusivamente a um órgão ou parte do corpo, mas ao indivíduo afectado, como um todo. Prova do que afirmo é que quando ouvimos alguém falar de uma doença que teve, ouvimos queixas, descrição de sintomas, alívio por já ter passado, mas raramente ouvimos referências ao que esse alguém *aprendeu* com a doença que sofreu. Assim, da doença fala-se, mas raramente se ouve o que ela tem para dizer, antes se dá atenção a uma parte do problema, a um eco ou reflexo, do que se passa a um nível mais profundo do que o da disfunção de um órgão.

Assim, ao referir o pouco que o indivíduo aprende com a sua doença não me refiro ao conhecimento que tem do nome da doença, da sua explicação ao nível orgânico ou psíquico, da forma de a vencer, mas à sua interpretação como um processo que acompanha, que corre ao mesmo tempo que o processo vivencial. Parece-me óbvio que estes dois processos têm muito em comum e que para se entender um, tem que se entender o outro (geralmente, entendendo um poder-se-á entender o outro e não entendendo um, não se entende o outro). Melhor do que o médico ou outro agente de cura, quem deve saber o que tem feito do seu processo vivencial é o doente. Mas isto não lhe é dito pela sociedade, a qual fornece ferramentas ao indivíduo para a sua prática de categorização. Assim, quando a orientação social não lhe dá respostas adequadas às perguntas que faz, o indivíduo que vive a ausência de sentido do mal que o acomete, recorre a quem está investido socialmente de autoridade para lhe fornecer algumas respostas a seu respeito — ainda que insatisfatórias.

Já referi como em sociedades africanas a experiência mórbida é maioritariamente interpretada como maléfica, no entanto ela é aí interpretada como significativa de um desequilíbrio a nível do grupo. Na sociedade ocidental a doença é frequentemente encarada como um absurdo, um acontecimento falho de sentido, um acaso infeliz circunscrito à esfera individual que exige uma intervenção social para que o grupo recupere o elemento atingido. Aquele vazio de sentido existencial da experiência patológica é preenchido — e tem o seu reverso — na absolutização do saber médico (cfr. Laplantine, 1986 (1991): 103 e 104). Em

resumo, a directiva social na sociedade ocidental é de que a doença só faz sentido quando traduzida em linguagem do saber médico experimental.

Através da comparação com sociedades não ocidentais podemos ver como em muitas delas (a propósito de sociedades andinas equatoriais, cfr. Bernand, 1985) as doenças aparecem menos como entidades nosográficas precisas e mais como acontecimentos pessoais que revelam componentes biológicas e sociais (assumindo particular importância, entre estas últimas, questões de ordem mágico-religiosa). Parece-me defensável que numa sociedade camponesa, caracterizada por uma estreita rede de relações interpessoais, um forte peso da tradição e o respeito pelas normas colectivas, a doença permite a cada indivíduo exprimir a sua singularidade (Ibidem: 205).

Essa individualização do doente, comum em sociedades alógenas e em sociedades camponesas, não é a atitude predominante na sociedade ocidental industrializada. Aqui, o doente sofre um processo de despersonalização, um isolamento do contexto social a que pertence e um internamento em instituições onde o tratamento diferenciado é mais determinado pela doença de que se padece do que pela individualidade do doente. A doença e a morte têm espaços que lhe são destinados e onde se mantêm longe dos olhares de todos os que assim se tornam alheios ao sofrimento de outrem. No ocidente industrializado a doença e a morte são brancas — tornam-se anónimas, não têm o consolo da família, dos amigos, dos vizinhos, e a única presença veste branco uniformizado.

Será que a sinceridade da doença nos fere? Julgo que sim. Aliás, os doentes são, frequentemente, pessoas que suscitam a nossa simpatia, não só porque a tradição cristã educou a nossa sensibilidade ao sofrimento, mas também pela sua sinceridade. As suas fraquezas, defeitos, contradições, adquirem uma expressão física, exterior, manifesta. Na doença há um corpo que se rebela. Contra muito do que lhe é imposto: as violências, os excessos, as frustrações, os ressentimentos, as cobardias. Quando o corpo não suporta a pressão, fala — o som é de tal forma desconcertante que o que o seu dono e proprietário pretende é superar rapidamente o sofrimento, combater a doença e derrotá-la. O que se perde no processo é uma consciência acrescida, um auto-conhecimento enriquecido. Assim, dificilmente se poderá ganhar a saúde³.

A especialização é um dos sinais desta forma de pensar ocidental e desta qualidade do raciocínio, que divide um problema em partes para estudar, separada e aprofundadamente, cada uma delas. Sabemos das conquistas da ciência, efectuadas através da aplicação desta técnica de investigação e análise. No entanto, sabemos também dos perigos da arbitrariedade usada na parcelização do universo analisado, do exagerado reducionismo, da fragmentação artificial — e, por vezes, artificiosa — do conhecimento. No que diz respeito à medicina, estou totalmente de acordo com Sousa Santos quando afirma que “a hiper-especialização do saber médico transformou o doente numa quadrícula sem sentido quando, de facto, nunca estamos doentes senão em geral” (1987: 46). A categorização “psíquico”, “somático”, “psicossomático” espelha esta mesma especialização e reflecte essa parcelização do indivíduo que é, de facto, um todo.

Essa atitude social impede a conciliação das partes componentes do todo e inviabiliza a comunicação do indivíduo consigo mesmo. É que, por paradoxal que pareça, há situações em que é saudável estar doente — quero dizer que se o indivíduo não tem consciência das suas limitações físicas, a doença revela-se como um aviso, uma recusa em continuar nas condições impostas e um alerta para perigos mais graves se houver reincidência.

Parece-me não haver conselho médico que valha um bom auto-exame. Mas este não é incentivado pela preponderante política de encarar a doença como mal a combater e de essa cruzada estar entregue a especialistas que intervêm no corpo doente e o silenciam. O que é valorizado pela sociedade do cálculo é a quantidade de riqueza que o indivíduo produz e não a sua capacidade de se auto-conhecer. Assim, o que importa na doença é fazê-la desaparecer, para que o indivíduo retome as suas actividades sociais. Veja-se o alarme que causa um jovem doente e a resignação social relativamente a um velho reformado, não produtivo e enfermo — a própria velhice é, frequentemente, encarada como uma categoria que, semelhantemente à de doença, é englobada pelas de incapacidade e não-productividade.

Na sociedade ocidental os velhos — “idosos”, “anciãos”, são palavras que vestem mal a hipocrisia — reformam-se. Este novo estado significa que aqueles cidadãos deixaram de trabalhar, de produzir. Significa também que o seu trabalho deixou de ser avaliado como importante para a reprodução social o qual, no entanto, continuam a desempenhar — guardando a memória do grupo, orientando e acompanhando os mais pequenos, etc.. Os que não produzem adequadamente, os disfuncionais (criminosos, doentes, velhos, etc.) são objecto de um isolamento progressivo que teve início no século XVI mas que se desenvolveu de forma mais sistemática desde há dois séculos e meio e que ainda não parou — pelo contrário, cresceu e tem somado novas categorias de indivíduos ao longo desse tempo (Foucault, 1964; Beauvoir, 1970), a última das quais, destinada também ao isolamento em instituições, é a chamada “terceira idade”. Este isolamento, este confinamento daqueles indivíduos às paredes de uma instituição, este princípio de encerrar para corrigir, curar ou conservar elementos passivos, começou por ser produto de directivas estatais, mas aquilo a que assistimos hoje é que, à excepção de instituições penais, aquelas instituições começam a passar do sector público ao sector privado, como sinais evidentes de estarmos perante um negócio lucrativo.

A atitude social perante a doença é, assim, semelhante à tomada perante a velhice: evitamento. Nos dois casos procura-se criar distanciamento relativamente àquilo que é encarado como degradação biológica. Ora, e aqui pretendo ligar esta questão à já referida tendência para a especialização dos saberes e a fragmentação do conhecimento, o que se faz ao interpretar desse modo essas duas realidades — a doença e a velhice — é tomar a parte pelo todo. É que a degradação física ou psíquica pode ser uma das características mas não é, necessariamente, a mais importante que se nos apresenta naquelas duas realidades. Ao dar-lhe destaque, ao conferir-lhe preponderância numa análise fragmentada, não vemos tudo o que lá está esperando ser visto. Ao vermos parte, não conhecemos.

Com esta atitude doentia de encarar a doença, entre outras realidades tidas como desagradáveis, a sociedade ocidental, apesar dos meios tecnológicos ao seu dispôr, cria doenças a um ritmo muito mais rápido do que curas.

Não pretendo, em nenhum momento deste artigo, criticar na ciência médica o valor do seu trabalho ao longo de séculos ou o mérito de inúmeros investigadores e agentes que não esmorecem na sua luta por diminuir o sofrimento do homem. As questões que levanto prendem-se, não com o desempenho dos profissionais da ciência médica, mas com uma orientação do pensamento ocidental que determina, do meu ponto de vista, a inadaptação dos meios disponíveis ao objectivo que se pretende alcançar. Estou convicto de que a atitude social relativamente à doença e o pouco que se faz para ajudar a desenvolver o auto-conhecimento dos indivíduos não cria seres humanos saudáveis.

3. Cura e itinerários terapêuticos

Assim como a doença e a saúde, também a cura é interpretada de diferentes formas, em diferentes culturas, e dentro de cada cultura há diversas categorizações e técnicas de curar.

As estratégias de recurso a esses diferentes saberes e técnicas são determinadas, na sociedade ocidental, pelo privilégio concedido ao discurso médico em detrimento dos outros (Foucault, 1971). O indivíduo, de acordo com o meio em que se move, com a informação de que dispõe e o grau de ansiedade que a doença desencadeia, recorre a vários campos do saber médico e não exclusivamente à ciência médica. O facto de o homem ser o único animal com uma consciência reiterada e sistemática da sua própria morte, determina uma forma de medo tenaz e durável (Delumeau, 1978: 22). Assim, o medo de a incapacidade se tornar definitiva ou de poder provocar a morte, leva os indivíduos a recorrer aos meios que tenham ao seu dispôr para evitar essas eventualidades⁴.

Três sistemas de pensamento e de acção constituem as áreas do saber aos quais podem recorrer os doentes: a ciência, a religião e o esoterismo. A primeira é o conhecimento experimental médico moderno, que considera como válido o que se vê, se doseia, se mede, com provas apresentadas de progresso e eficácia a muitos níveis mas com uma concepção preponderantemente materialista e fragmentária do indivíduo, como já foi referido.

A religião recorre à via experiencial, reiterada socialmente através do tempo, a que nós chamamos fé (v. Iturra, 1991), que é investida na entidade divina e na possibilidade da concessão da graça ao doente que reza, crê e se sacrifica, dedicando essas actividades e crenças a essa mesma divindade que tudo pode, inclusive curar o doente. Neste caso, pede-se o milagre que cura, e o amor supremo, o amor pela divindade, é recompensado pelo supremo amor da divindade que concede a graça de sarar quem a ela recorre.

O esoterismo caracteriza-se como o modo de pensar e de sentir comum aos visionários, a vários tipos de curadores— acupunctores, mediuns, magos, feiti-

ceiros, etc. — e a outros agentes de um saber que se revela, ainda que em diferentes graus, sistemático e ordenado de acordo com instrumentos teóricos capazes de interpretar o mundo (gnose) e de agir sobre ele de acordo com regras ditadas aos iniciados e defendidas dos olhares profanos (hermetismo) (Silva Pereira, 1993: 13). Os métodos esotéricos interessam-se pelo doente, mais do que pela doença, considerando o indivíduo na sua totalidade física, espiritual, afectiva e integrado no meio cósmico.

O pressuposto do racionalismo, fundamento filosófico e epistemológico da ciência médica moderna, é reconhecer unicamente a razão como fonte do conhecimento. A lógica da descoberta — no caso vertente: do diagnóstico — baseia-se na elaboração de uma hipótese prévia, na sua verificação através da experimentação, com exercício de uma técnica de investigação baseada nos encadeamentos sucessivos de causa e efeito, de acordo com um sistema lógico que vai do particular ao geral.

Os dogmas da Igreja Católica, as verdades incontestáveis de outras religiões minoritárias presentes no ocidente, constituem a base sobre a qual se estabelece a fé como via exclusiva ou complementar de cura do doente. A fé, a esperança na graça divina, o sacrifício, a prece, a entrega total aos desígnios superiores, são aspectos de um dos caminhos da cura na sociedade ocidental, particularmente o da religião católica. Digamos, de forma mais simples, que um crente católico que professe as três virtudes teológicas — fé, esperança e caridade — pode aspirar a ser agraciado pela divindade.

O esoterismo procura o divino no manifesto e sustenta uma interpretação integradora do mundo e do homem, afirmando a superioridade da intuição sobre a inteligência, já que aquela pode captar o subtil. O que o pensamento esotérico (do grego “esoterikós”, i.e., interior) procura é o interior do indivíduo para tocar, aí, o mistério e alcançar, a partir desse centro, as razões últimas da existência (Silva Pereira, *ibidem*: 25). Para entender o que se passa com o doente, é essencial, para as medicinas esotéricas, conhecer a natureza integral do ser humano, já que é ele que traz a doença e o tratamento deve ser adaptado à unidade e à totalidade do indivíduo.

As medicinas esotéricas, designação coincidente com a de medicinas paralelas pela qual optei por ser mais conhecida e aceite — sem os preconceitos que encaram o esoterismo como um amontoado de superstições obscuras, retrógradas e doentias (Michaud, 1976: 65) —, caracterizam-se pela observância de três leis fundamentais que estão na sua base: a da analogia, a do ritmo e a do equilíbrio ternário (*Ibidem*: 29). De acordo com a primeira (expressa no princípio estabelecido por Hermes Trimegisto, “o que está em cima é como o que está em baixo”), o estabelecimento de uma relação de semelhança qualitativa entre dois elementos permite que conhecendo a natureza de um deles se possa concluir a *natureza do outro* — o que significa que sendo o homem parte do universo, tudo o que existe neste existe naquele, já que microcosmo e macrocosmo se regem pelas mesmas leis básicas e o que acontece num terá inevitavelmente reflexos no outro. *Conhecer-nos a nós próprios, de acordo com a directiva socrática,*

equivalerá, assim, a conhecer o universo (e vice-versa, de acordo com a referida lógica da analogia). Estas antigas orientações esotéricas encontram semelhanças num novo tipo de saber científico, mais aberto, mais integrador e interdisciplinar, patente na obra de Kuhn (1962) e de Sousa Santos (1987), o qual, de acordo com o contexto referido, defende que todo o conhecimento é auto-conhecimento. Segundo este autor, estamos perante uma inflexão no modo de encarar o conhecimento humano, à beira de uma ruptura que trará consigo o estabelecimento de um novo paradigma.

A lei do ritmo, de acordo com a previamente esclarecida lei da analogia, defende que a vida humana está enraizada nos ritmos vitais pelos quais se ligam o microcosmo e o macrocosmo que o engendrou (Michaud, 1976: 31). O ritmo, a vibração, a ciclicidade, são fontes de reflexão para a acção das medicinas esotéricas, numa aproximação constante entre homem e universo.

De acordo com a terceira lei, a do ternário, duas coisas opostas na aparência são apenas graus extremos de uma única e mesma coisa e a união destas duas coisas extremas estabelece um certo equilíbrio (Ibidem: 34). Alguns exemplos: os três reinos da natureza, as três etapas do tempo, as três etapas da vida, os três estados da matéria, o positivo e o negativo separados pelo neutro, etc. Aquele autor considera como exemplo mais notável desta lei o triplo aspecto sob o qual tudo se apresenta no universo: a matéria, a energia, o pensamento, ou, mais exactamente, a matéria, a energia, a informação (Ibidem: 35).

No fundo, as duas últimas leis podem caber na primeira, a essencial, a da analogia, declarando a teoria esotérica que, prova e consequência das analogias e correspondências, é o facto de as partes agirem umas sobre as outras pelas afinidades — assim funciona a magia quando age sobre um elemento A para obter um elemento B em correspondência com o elemento A; assim funcionam a acupunctura e a reflexologia quando para curar um ponto A activam um ponto B em correspondência com aquele (Silva Pereira, 1993: 25). Assim, a diferença entre a lógica científica e a lógica esotérica revela-se especialmente marcada ao nível das regras ou princípios: a primeira funda-se sobre o princípio da não contradição, enquanto que a segunda se funda sobre o princípio da resolução das oposições, resultado final da relação de analogia existente entre os dois elementos comparados — sendo na analogia entre o cosmo e o homem que reside a lei essencial do esoterismo médico, como vimos. A lógica científica utiliza, sobretudo, o princípio da causalidade, enquanto que a lógica esotérica utiliza, prioritariamente, o princípio da interpretação (Riffard, 1990: 381).

As estratégias sociais de cura têm como opção estes três campos do conhecimento, os quais podem ser utilizados quer cada um deles exclusivamente, quer dois ou mais cumulativamente. Como já foi dito, isso depende do grau de satisfação que o indivíduo tenha relativamente ao discurso que é o privilegiado na sociedade ocidental (i.e., o produzido pela ciência médica), o grau de informação de que o doente dispõe e o grau de angústia que a doença lhe provoca.

É assim que os itinerários terapêuticos assumem várias formas, direcções e inflexões ao longo do processo de cura. Cumpre esclarecer que, por um lado, há

perguntas que o doente se faz a si mesmo que não podem ser todas respondidas por uma só dessas áreas do saber e, por outro lado, há em todas estas áreas provas irrefutáveis de cura. Este último facto revela, do meu ponto de vista, dois elementos fundamentais do processo de cura: a vontade do doente de sarar e a convicção de ter escolhido a via adequada de cura. Ajudar a criar aquela vontade e contribuir para a formação daquela convicção são acções levadas a cabo, ainda que assumindo diferentes formas, pelos agentes curadores das três áreas referidas, já que estão conscientes do poder curativo que aquelas atitudes encerram. No entanto, o nível de comunicação estabelecido com o doente é muito variável, sendo notório que de uma boa relação, do bom entendimento entre curador e doente, da clareza na emissão e na recepção da mensagem, dependem a correcta aplicação de uma terapêutica e o êxito do processo curativo.

Apreciações finais

Na minha forma de ver, uma doença que desaparece pode voltar, inclusive sob outras roupagens, tanto mais quanto tenha sido mal resolvida a nível pessoal e/ou a nível da intervenção social que o doente sofreu. Julgo que o êxito da cura consiste na aprendizagem que o doente faz de si próprio e da vida, ao longo do processo de sofrimento por que passou. A ideia de fazer frente, a todo o custo, a uma doença, não deixa campo ao doente para se aperceber do que tem pela frente e de que modo esse processo se prende com o seu passado vivencial. Por exemplo, o acompanhamento de um psicólogo junto de um indivíduo que padece de doença orgânica, como algumas são designadas, não é prática comum, o que revela a já referida fragmentação do conhecimento e a pouca atenção dada à função pedagógica que a doença pode ter sobre o indivíduo que a sofre.

Assim, a doença é encarada como um mal que se sofre sem sentido aparente e isso mesmo se pode notar quando é traduzido numa linguagem técnica incompreensível para a maior parte da população assistida. Pouco haverá de mais pessoal e incomunicável que uma dor física ou um desgosto profundo e mais impessoal do que a sua tradução em termos nosológicos ou classificatórios. Entre estes pólos constroem-se vários sistemas explicativos, com uma linguagem que resulta de um esforço interpretativo e classificatório da doença mas, quer na teoria quer na prática, o grande esquecido é o doente que não entende, que não se satisfaz, que não sabe, verdadeiramente, o que é que a sua doença exprime a seu respeito.

Ao evitar a interpretação do sintoma, desterra-se tanto o sintoma como a doença para o campo da incongruência (Dethlefsen e Dahlke, 1983: 16). A atitude predominante da sociedade ocidental perante a doença separa o que é inseparável — doença e doente —, pelo fascínio que sobre ela exercem os sintomas, e não separa o que deve ser separado — sintomas e doença —, i.e., forma e conteúdo. São canalizados recursos tecnológicos para tratar órgãos e partes do corpo, descuidando-se o indivíduo que está doente (Ibidem: 17).

Julgo que esta atitude tem nuances diferentes, nas diferentes áreas que referimos e mesmo dentro de cada uma delas, pois há elementos que revelam mudanças na mentalidade tradicional, uma preocupação crescente com uma visão mais integrada e globalizante do indivíduo e uma maior interdisciplinaridade no estudo de caso.

Penso que a doença indica que a nível da consciência do indivíduo existe um desequilíbrio, uma desarmonia, e que este facto se manifesta física e/ou psiquicamente sob a forma de sintoma. Este último é um aviso e um sinal que importa ouvir e interpretar. A vontade de melhorar a vida das pessoas passa, em grande medida, pelos incentivos que a todos os níveis da acção social se possam desenvolver para que elas sejam mais capazes de auto-conhecimento.

A doença deve, assim, ser encarada como um fenómeno susceptível de criar comunicação e nunca como uma não-comunicação, uma disfunção, uma categoria negativa. Em sociedades como a nossa, que não privilegiam a unidade existente atrás da polaridade, a doença é encarada sob aquele último ponto de vista. Parece-me fundamental alterar esta atitude, através do recurso a outras modalidades de sistema de pensamento e de interpretação da doença — exemplo desta acção: as medicinas orientais afirmam-se de modo crescente no ocidente —, bem como a uma revisão dos processos utilizados, acompanhada de um esforço de compreensão que deve envolver médicos e outros agentes da saúde, mas também profissionais da área das ciências sociais e, sobretudo, a população assistida que deve ser ouvida nas ideias que expressa acerca das noções de doença e saúde. A experiência do C.A.P. catalão, referida no início deste artigo, é um entre vários exemplos ilustrativos de acções interdisciplinares que estão a ter lugar a nível europeu. Estas acções são reveladoras de uma alteração significativa no modo de pensar a assistência prestada às populações e de uma vontade de inverter o sentido dos acontecimentos no domínio da saúde.

Notas

- 1 V. a Bíblia, no que respeita à ligação pecado/doença, v. g. Génesis III, Levítico XXI e Deuterónimo XXIII e XXVIII.
- 2 V. Metafísica, e como a “demonstração” aristotélica da existência do Deus imutável liga essa existência ao princípio de não contradição.
- 3 Sobre este tema: LOWEN, 1975 e 1981; REICH, 1936; ROGERS, 1951 e 1961
- 4 Sobre atitudes relativamente à doença e sua contextualização histórica na sociedade ocidental, v. LE GOFF, 1985; sobre a evolução das atitudes do homem ocidental perante a morte, v. ARIÉS, 1975 e 1977.

Bibliografia

- ACKERNECHT, Erwin H. (1942), "Problems of Primitive Medicine", *Bull. of the History of Medicine*, XI: 503 a 521.
- ACKERNECHT, Erwin H. (1942), "Primitive Medicine and Cultural Pattern", *Bull. of the History of Medicine*, XII: 545 a 574.
- ACKERNECHT, Erwin H. (1971) (1985). *Medicina y Antropología Social*, Madrid, Akal.
- ARIÈS, Philippe, (1975) (1989), *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*, Lisboa, Teorema.
- ARIÈS, Philippe (1977), *L'Homme devant la Mort*, Paris, Ed. du Seuil.
- ARISTÓTELES (1985), *Metafísica de Aristóteles*. Madrid, Ed. Gredos.
- AUGÉ, Marc (1984), "Ordre Biologique, Ordre Social: la Maladie. Forme Élémentaire de l'Évènement", in: *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, M. Augé e C. Herzlich (eds), Paris: Ed. des Archives Contemporaines, Ordres Sociaux, p. 35-92.
- AUGÉ, Marc (ed) (1985), "Interpreting Illness", *History and Anthropology*, (Vol. 2, Part I), London, Harwood Academic Publishers.
- AUGÉ, Marc e HERZLICH, Claudine (Eds) (1983), *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, Paris: Ed. des Archives Contemporaines.
- BEAUVOIR, Simone (1970), *La Vieillesse*, Paris, Gallimard.
- BERNAND, Carmen (1985), *La Solitude des Renaissants, Malheurs et Sorcellerie dans les Andes*, Paris, Presses de la Renaissance.
- DELUMEAU, Jean (1978), *La Peur en Occident*, Paris, Fayard.
- DETHLEFSEN, Thorwald e DAHLKE, Rüdiger (1983) (1992), *La Enfermedad como Camino*, Barcelona, Plaza & Janes Editores.
- DOUGLAS, Mary (1966) (1991), *Pureza e Perigo, Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu*, Lisboa, Edições 70.
- DURKHEIM, Émile (1893), *De la Division du Travail Social*, Paris, Alcan.
- DURKHEIM, Émile (1912) (1960), *Les Structures Elementaires de la Vie Religieuse*, Paris, PUF.
- DURKHEIM, Émile e MAUSS, Marcel (1901-2), "Des Quelques Formes Primitives de Classification", in *Année Sociologique*, (6), Paris.
- EVANS-PRITCHARD, E. (1930) (1978), *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro, Zahar.
- FAINZANG, Sylvie (1986), *Maladie, Divination et Reproduction Sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.
- FAINZANG, Sylvie (1989), *Pour une Anthropologie de la Maladie en France — un Regard Africaniste*, Paris, Ed. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- FOUCAULT, Michel (1963), *Naissance de la Clinique: une Archéologie du Regard Médical*, Paris, PUF.
- FOUCAULT, Michel (1964), *Histoire de la Folie à l'Âge Classique*, Paris, Plon.
- FOUCAULT, Michel (1971), *Leçon Inaugurale*, Paris, Ed. Collège de France.
- FOUCAULT, Michel (1954) (1988), *Enfermedad Mental y Personalidad*, Barcelona, Paidós.
- ILLICH, Ivan (1975) (1985), *Nemesis Medica, la Expropiación de la Salud*, Barcelona, Barral Editores.
- ITURRA, Raul (1988), "A Conceptualização do Corpo e a Manutenção da Saúde no Saber Ilustrado. Projecto Prospectivo para a Organização de um Saber da Antropologia Médica". Lisboa, policopiado.
- ITURRA, Raul (1991), *A Religião como Teoria da Reprodução Social*, Lisboa, Escher.
- KENNY, Michael e DE MIGUEL, Jesus (orgs) (1980), *La Antropología Médica en España*. Barcelona, Anagrama.
- KUHN, Thomas (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, University of Chicago Press.
- LAPLANTINE, François (1986) (1991), *Antropologia da Doença*, São Paulo, Martins Fontes.

- LÉVI-STRAUSS, Claude (1952), *Race et Histoire*, Paris, Unesco.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1962b), *La Pensée Sauvage*, Paris, Plon.
- LE GOFF, Jacques (1985 (1991)), *As Doenças têm História*, Lisboa, Terramar.
- LOWEN, Alexander (1981), *Fear of Life*, New York, MacMillan Publishing Co.
- MAUSS, Marcel (1950), *Sociologie et Anthropologie*, Paris, P.U.F.
- MICHAUD, Jacques (1976), *Médecines Esotériques, Médecine de Demain*, Paris, Ed. Denoël.
- REICH, Wilhelm (1936) (1975), *A Revolução Sexual*, Rio de Janeiro, Zahar.
- RIFFARD, Pierre (1990), *L'Ésotérisme*, Paris, Ed. Robert Laffont.
- RIVERS, W.H.R. (1924), *Medicine, Magic and Religion*, London, Kegan, Paul, French, Trubner e Co. Ltd.
- ROGERS, Carl (1951), *Client-Centered Therapy*, Boston, Houghton Mifflin Co.
- ROGERS, Carl (1961) (1983), *Tornar-se Pessoa*, Lisboa, Moraes Ed.
- SILVA PEREIRA, Luís (1993), *Racionalidades Alternativas e Comportamento Social — um Estudo Antropológico do Esoterismo*, Lisboa, ISPA.
- SINDZINGRE, N. (1984), "La Necessité du Sens", in *Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, M. Augé e C. Herzlich (eds), p. 93-122, Paris, Ed. des Archives Contemporaines, Ordres Sociaux.
- SONTAG, Susan (1977) (1980), *La Enfermedad y sus Metáforas*, Barcelona, Muchnick Ed.
- SONTAG, Susan (1989), *Aids and its Metaphors*, London, Penguin Books.
- SOUSA SANTOS, Boaventura (1987), *Um Discurso sobre as Ciências*, Porto, Ed. Afrontamento

Outros textos e documentos

- BÍBLIA SAGRADA, Lisboa, Difusora Bíblica, 1984.