

Os Autores desta Coletânea

Charles D. Tesser

Daniel Luz

Evair A. Marques

Hylton Sarcinelli Luz

Kenneth Rochel de Camargo Jr.

Leandro Davi Wenceslau

Madel Therezinha Luz

Maria Cláudia Veiga Soares Carvalho

Maria Freire Campello

Marilene Cabral do Nascimento

Nelson Filice de Barros

Paulo Henrique Martins

Rafael da Silva Mattos

Roberto Passos Nogueira



O livro resulta de 20 anos de atividades de um grupo de pesquisa, inicialmente (1992-1997) denominado Racionalidades Médicas, e de 1998 até 2009, conhecido como Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. As atividades não se limitaram à pesquisa, estendendo-se ao ensino em cursos de pós-graduação de Saúde Pública e Saúde Coletiva, em Ciências Sociais na área da Saúde, inclusive Sociologia da Saúde, e na organização de eventos, que criaram os Seminários Anuais do Grupo Racionalidades Médicas (1992-2008), e durante mais de uma década, os Simpósios Nacionais de Pesquisa em Homeopatia (SINAPIH), que recuperaram a legitimidade de se pesquisar um tema tabu como era então a homeopatia.

Durante período tão longo de existência e de atividades, uma elevada quantidade de itens de produção científica foi sendo construída por seus participantes, alunos e coordenadora, incluindo dissertações de mestrado e teses de doutorado no campo da Saúde Coletiva, e das Ciências Sociais em Saúde, assim como relatórios, artigos, capítulos de coletâneas e livros, formando atualmente um acervo de qualidade inegável, do qual se necessita ainda fazer um levantamento consistente. A produção do grupo inclui centenas de itens, e é conhecida no país e mesmo fora dele, sobretudo na América Latina (mas também por pesquisadores de Portugal, Espanha e França), estando em fase de internacionalização.



IMS INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL



CEPESC



ABRASCO

RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE
Estudos teóricos e empíricos

Série
Clássicos para
Integralidade
em Saúde

CEPESC
IMS - UERJ
ABRASCO

COLEÇÃO CLÁSSICOS PARA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Editora responsável: Roseni Pinheiro

RACIONALIDADES MÉDICAS e PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE

Estudos teóricos e empíricos

Madel Therezinha Luz e
Nelson Filice de Barros
(organizadores)

CEPESC • IMS - UERJ • ABRASCO

Inúmeros são os estudos teóricos e empíricos liderados pela professora Madel que, de modo incansável, conta a "travessia" de um grupo na construção de um acervo de reconhecida qualidade científica e acadêmica em diferentes países. Todos os autores deste volume trazem em seus conteúdos o compromisso ético-político-educativo de oferecer conhecimentos que contribuam objetivamente para a afirmação da vida como direito humano à saúde. [...] Madel Luz nos brinda com uma narrativa desse percurso profícuo e exitoso, como se gestasse novos caminhos, novas trajetórias compreensivas e sempre atuais, estimulando a prática de solidariedade na pesquisa e na construção do conhecimento.

Roseni Pinheiro

RACIONALIDADES MÉDICAS E
PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE
Estudos teóricos e empíricos

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieiralves de Castro
Vice-reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna
Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Luiz Augusto Facchini

Conselho Editorial

Aluisio Gomes da Silva Júnior (UFF)
Andrea Caprara (UECE)
Isabel Brasil Pereira (Fiocruz)
José Ricardo de C. M. Ayres (USP)
Kenneth Rochel de Camargo Jr. (UERJ)
Lilian Koifman (UFF)
Madel Therezinha Luz (UERJ)
Maria Elisabeth Barros de Barros (UFES)
Mary Jane Spink (PUC-SP)
Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque (UFPE)
Roseni Pinheiro (UERJ)
Yara Maria de Carvalho (USP)

Série Clássicos para Integralidade em Saúde

Editora responsável: Roseni Pinheiro

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900
Telefones: (xx-21) 2334-0504 ramal 152
Fax: (xx-21) 2334-2152
URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc
Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

O CEPESC é sócio efetivo do Sindicato Nacional dos Editores de Livros (SNEL).

COLEÇÃO CLÁSSICOS PARA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Editora responsável: Roseni Pinheiro

Madel T. Luz e Nelson Filice de Barros
(organizadores)

**RACIONALIDADES MÉDICAS E
PRÁTICAS INTEGRATIVAS EM SAÚDE**
Estudos teóricos e empíricos

CEPESC • IMS-UERJ • ABRASCO

1ª edição

Rio de Janeiro - 2012

**RACIONALIDADES MÉDICAS E PRÁTICAS
INTEGRATIVAS EM SAÚDE - Estudos teóricos e empíricos**

Madel T. Luz e Nelson F. de Barros (organizadores)

1ª edição - abril 2012

Copyright © 2012 dos organizadores

Capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Supervisão editorial e revisão: Ana Silvia Gesteira

Esta publicação contou com apoio de Lapacis/FCM/Unicamp

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

R121 Racionalidades e práticas integrativas em saúde / Madel T. Luz,
Nelson F. Barros (Org.), prefácio de Roseni Pinheiro. -
Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.
452 p.

Série Clássicos para Integralidade em Saúde.
ISBN 978-85-89737-71-5

1. Assistência integral à Saúde. 2. Prática profissional. 3. Saúde
pública. I. Luz, Madel T. II. Nelson F. Barros. III. Pinheiro, Roseni.
IV. Título.

CDU 614.39

Impresso no Brasil

SUMÁRIO

Prefácio	7
ROSENI PINHEIRO	

Apresentação	9
MADEL T. LUZ	

Parte I - Racionalidades Médicas

Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas	15
MADEL T. LUZ	

Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica.....	25
MADEL T. LUZ	

A medicina ocidental contemporânea	49
KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.	

A racionalidade médica homeopática	73
MARIA FREIRE CAMPELLO E HYLTON SARCINELLI LUZ	

Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica	103
DANIEL LUZ	

Racionalidades médicas: a medicina ayurvédica.....	153
EVAIR A. MARQUES	

A medicina antroposófica como racionalidade médica	185
MADEL T. LUZ E LEANDRO DAVID WENCESLAU	

Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro 217
MADEL T. LUZ

Parte II - Práticas Integrativas em Saúde

Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão 251
CHARLES D. TESSER

Bases da sociologia das medicinas alternativas, complementares e integrativas no campo da saúde 285
NELSON FILICE DE BARROS

As outras medicinas e o paradigma energético 309
PAULO HENRIQUE MARTINS

Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde 343
MARILENE CABRAL DO NASCIMENTO

O nascimento do bodybuilding 357
CÉSAR SABINO

Fibromialgia e práticas corporais de saúde: um estudo etnográfico 397
RAFAEL DA SILVA MATTOS

Práticas e saberes na alimentação: natural, racional ou social? 425
MARIA CLÁUDIA V. SOARES CARVALHO

O exemplo das medicinas alternativas holísticas 443
ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

Sobre os autores 449

PREFÁCIO

ROSENI PINHEIRO

Sinto-me honrada em escrever o prefácio desta obra, construída por uma das mais importantes “mestras” do campo da Saúde Coletiva, a professora Madel Therezinha Luz.

Dotada de rigor e generosidade, a mestra, durante os 20 anos de existência do grupo, vem pavimentando um solo epistemológico profícuo e inovador, que nos ensina a delimitar diferentes objetos de pesquisa, definir categorias analíticas e construir metodologias capazes de nos orientar na compreensão da complexidade do campo da saúde.

Trata-se de um campo em permanente tensão, que envolve atores, práticas e contextos institucionais diversificados. Ao cunhar a categoria “Racionalidades Médicas” e, posteriormente, “Práticas Integrativas em Saúde”, a mestra deslinda um tipo de “dependência recíproca”, como diria Antonio Gramsci, cujas fronteiras dos saberes e práticas na saúde se situam em tensão essencial entre os “modelos ideais”, desenhados pelas macropolíticas, e as práticas eficazes vivenciadas e experienciadas, muitas vezes de forma contraditória, pelos atores nos modos de “andar a vida”.

Inúmeros são os estudos teóricos e empíricos liderados pela professora Madel que, de modo incansável, conta a “travessia” de um grupo na construção de um acervo de reconhecida qualidade científica e acadêmica em diferentes países. Todos os autores deste volume trazem em seus conteúdos o compromisso ético-político-educativo de oferecer conhecimentos que contribuam objetivamente para a afirmação da vida como direito humano à saúde.

Em sua apresentação, Madel Luz nos brinda com uma narrativa desse percurso profícuo e exitoso, como se gestasse novos caminhos, novas trajetórias compreensivas e sempre atuais, estimulando a prática

de solidariedade na pesquisa e na construção do conhecimento. Penso que aprendemos com ela (e continuamos leais a esse aprendizado), cuja materialidade pode ser reconhecida na criação e consolidação do Grupo CNPq-LAPPIS, por mim coordenado e que venho integrando com gratidão em seus 12 anos de existência.

Gratidão, esta é a palavra que resume esta produção de fôlego, atual e incentivadora para pesquisadores, trabalhadores, docentes, gestores e movimentos sociais na busca por cuidado em saúde.

APRESENTAÇÃO

MADEL T. LUZ

O volume sobre “racionalidades médicas” e “práticas integrativas em saúde” que ora entrego a seu público – pesquisadores, professores, profissionais e alunos (de graduação e de pós-graduação) – tem sua história, que vale a pena descrever aqui resumidamente.

O livro resulta de 20 anos de atividades de um grupo de pesquisa, inicialmente (1992-1997) denominado Racionalidades Médicas, e de 1998 até 2009, conhecido como Grupo CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde¹. As atividades não se limitaram à pesquisa, estendendo-se ao ensino em cursos de pós-graduação de Saúde Pública e Saúde Coletiva, em Ciências Sociais na área da Saúde, inclusive Sociologia da Saúde, e na organização de eventos, que criaram os Seminários Anuais do Grupo Racionalidades Médicas (1992-2008), e durante mais de uma década, os Simpósios Nacionais de Pesquisa em Homeopatia (SINAPIH), que recuperaram a legitimidade de se pesquisar um tema tabu como era então a homeopatia.

Durante período tão longo de existência e de atividades, uma elevada quantidade de itens de produção científica foi sendo construída por seus participantes, alunos e coordenadora, incluindo dissertações de mestrado e teses de doutorado no campo da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais em Saúde, assim como relatórios, artigos, capítulos de coletâneas e livros, formando atualmente um acervo de qualidade inegável, do qual se necessita ainda fazer um levantamento consistente. A produção do grupo inclui centenas

¹ O grupo, embora ainda chamado “Racionalidades Médicas”, foi recentemente inscrito no CNPq Grupos como “Racionalidades em Saúde: sistemas médicos complexos e práticas integrativas em saúde”.

de itens, e é conhecida no país e mesmo fora dele, sobretudo na América Latina (mas também por pesquisadores de Portugal, Espanha e França), estando em fase de internacionalização.

De forma resumida, a primeira parte do livro reúne, em cinco capítulos, a parte principal da produção relativa à fase constituinte do grupo: o estudo das racionalidades médicas, isto é, os cinco sistemas médicos estudados pelos pesquisadores, sob minha orientação: a biomedicina (medicina ocidental contemporânea), a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a ayurveda, e por último, o mais recente (2010-2011), a medicina antroposófica. O livro apresenta ainda, na sua primeira parte, dois capítulos analíticos (os dois primeiros) que embasam teoricamente as afirmações e interpretações de pesquisa do grupo, além de um capítulo de pesquisa empírica sobre as representações (e práticas) de profissionais e pacientes de três das racionalidades estudadas: biomedicina, medicina tradicional chinesa (através da acupuntura) e homeopatia.

Certamente, a primeira parte tem a predominância da líder do grupo na produção dos capítulos (quatro em oito), mas aqueles que se referem aos sistemas médicos analisados têm profissionais formados nesses saberes como pesquisadores, entre os quais Kenneth R. de Camargo Jr., Maria F. Campello e Daniel Luz, pioneiros que atuaram nas atividades de pesquisa desde 1994 pelo menos, tendo permanecido no grupo por muito tempo. Mas em função mesmo do longo período de atividades de pesquisa, a produção do grupo foi se espalhando por periódicos, coletâneas, teses etc., sem ter tido a necessária sistematização que este livro pretende, finalmente, lograr.

Deste modo, alguns capítulos da primeira parte não são inéditos, já tendo sido publicados, em versões curtas ou longas e elaboradas, em outros veículos de divulgação científica. Entretanto, três capítulos são efetivamente inéditos: o primeiro, sobre a construção do conceito de racionalidades médicas, apresentado apenas oralmente em congresso recente; o sétimo, sobre a medicina antroposófica, também recentemente estudada em parceria com o jovem e brilhante pesquisador Leandro David Wenceslau, e o último, que analisa as racionalidades médicas “em prática”, isto é, tal como elas são praticadas nas consultas e representadas por seus praticantes, tanto

profissionais como pacientes, em ambiente institucional, e que foi anteriormente redigida como relatório de pesquisa.

Na segunda parte do livro temos sete capítulos, e um texto de encerramento, curto e belo, de autoria de Roberto Passos Nogueira. Dedicada aos estudos sobre as práticas em saúde denominadas institucionalmente de “complementares”, “alternativas” ou, mais recentemente, “integrativas”, temos também capítulos inéditos e textos publicados em periódicos ou coletâneas, selecionados não apenas por seu conteúdo temático, relevante para nossos estudos, como também pelo alto nível acadêmico dos mesmos. Quase todos os autores são pesquisadores do nosso grupo, mesmo atuando em seus próprios laboratórios de pesquisa, mantendo interlocução na produção, nas atividades de pesquisa e nos eventos promovidos pelo grupo. É o caso explícito de Charles Dalcanale Tesser, Nelson Filice de Barros, Cesar Sabino, Marilene Cabral do Nascimento, Rafael da Silva Mattos e Maria Cláudia Carvalho.

Algumas palavras devem ser ditas sobre os autores do terceiro capítulo desta parte, Paulo Henrique Martins, e do pequeno texto de encerramento do livro, Roberto Passos Nogueira, que tive o orgulho e privilégio de orientar em seu doutorado no Instituto de Medicina Social da UERJ. Ambos são pesquisadores de alto nível da área de Ciências Humanas, inclusive da Saúde, próximos da Filosofia. Sem dúvida podemos falar mais em filósofos da *vida* que da saúde, apesar de escolas e estilos diferentes de pensamento.

Evidentemente, a organização de um volume com esta complexidade e diversidade temática não seria possível pela ação de um indivíduo apenas. Os estudos para organização de uma coletânea contendo os dois eixos temáticos principais do Grupo Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas em Saúde já datam de mais de cinco anos, com idas e vindas na priorização de temas e seleção de textos. Sem o apoio incansável e o competente trabalho presencial e virtual do professor Nelson Filice de Barros nos últimos dois anos, não lograríamos concluir a tempo este livro. Autor de um ensaio sociológico importante para a compreensão da categoria de racionalidade médica, um dos pontos altos segunda parte do volume, Nelson resume o papel que pode ter o conceito em estudos no campo da saúde como um “marcador sociológico”.

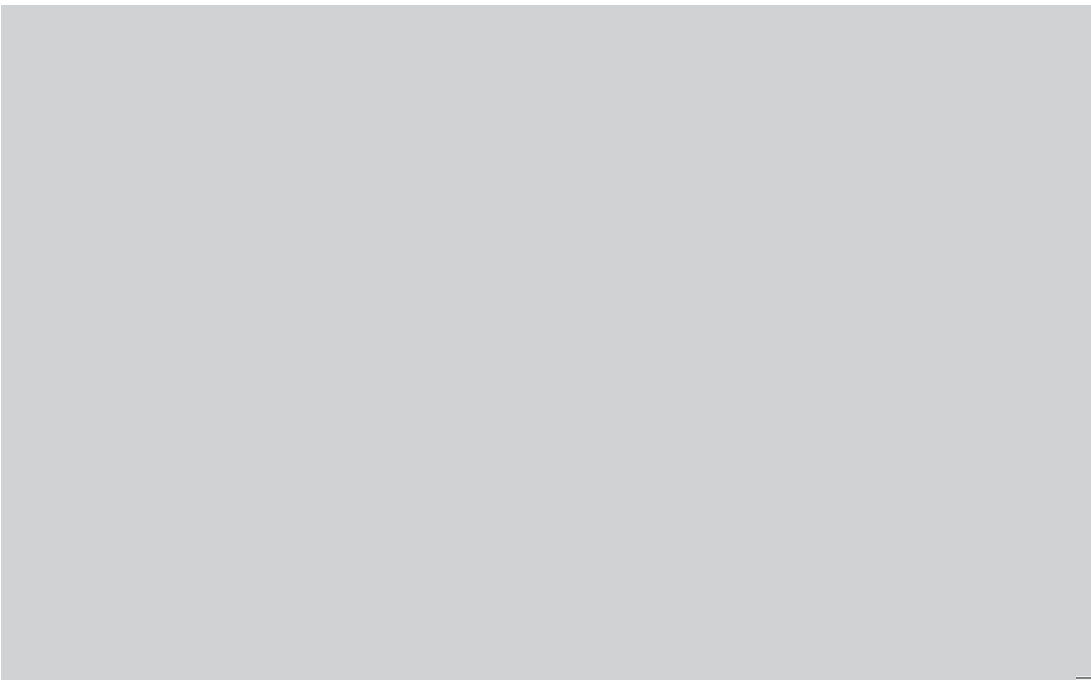
A segunda parte do livro ocupa-se, assim, de temas que tratam de práticas de saúde, sejam elas corporais, como as de modelação do corpo, ou terapêuticas, de alimentação, holísticas ou biomecânicas, e seu papel na cultura atual. Em outras palavras, podem ser também vistas como práticas de promoção da saúde, ou de prevenção ou recuperação de doenças. O que é ter saúde, ou estar saudável na sociedade contemporânea? É estar “em forma”, alimentar-se bem, praticar meditação ou ioga, utilizar apenas produtos “naturais” em seu dia a dia? Ou, ao contrário, realizar religiosamente exames preventivos, tomar medicamentos, eventuais ou de uso contínuo no combate ao adoecimento, manter dieta rigorosa? Que tipo de representações, sentidos e significados são associados às práticas que cada um de nós adota hoje em seu cotidiano, face à saúde e à vida?

Todas essas questões são examinadas nos capítulos da segunda parte deste livro pelos autores, que em sua maioria pertencem, ao mesmo tempo, como vimos dizendo desde o início desta apresentação, sendo professores, pesquisadores, muitas vezes profissionais da rede de saúde, às áreas de Saúde Coletiva e de Ciências Humanas. Situam-se, em suas interpretações, em perspectiva interdisciplinar. O que constitui, sem dúvida uma das maiores riquezas de seus textos. O restante se deve ao talento inegável de cada um.

Que recompensa maior pode ter um coordenador de livro (e de pesquisa)?



Parte I – Racionalidades Médicas



Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas¹

MADÉL T. LUZ

Introdução

Em análise retrospectiva, uma vez que os estudos comparativos em racionalidades médicas se iniciaram no Instituto de Medicina Social da UERJ há duas décadas, tentaremos evidenciar neste espaço a contribuição do conceito de *racionalidade médica* para o campo da Saúde Coletiva e a área de saúde em geral, a partir da inserção epistemológica, sócio-antropológica e sócio-histórica de nossas pesquisas na área de Ciências Sociais em Saúde.²

Em primeiro lugar, é necessário salientar o quadro epistemológico em que se situa este conceito. Um conceito é, parafraseando Pierre Bourdieu, uma *ferramenta teórica*, um instrumento de natureza epistemológica, portanto *não empírico*, que se insere em uma teoria específica de uma disciplina científica específica, ou em uma disciplina como um todo (como o conceito de massa, ou força, da física clássica ou, no caso das ciências sociais, o conceito de classe social), ou mesmo em um quadro teórico interdisciplinar. Sua função primordial é contribuir para o desenvolvimento de uma teoria, de uma disciplina,

¹ Texto apresentado oralmente em versão preliminar em painel do IV Congresso Brasileiro de Ciências Humanas e Sociais em Saúde (ABRASCO), Salvador, em julho de 2007.

² O artigo que fundamenta teoricamente o estudo, resumindo os resultados da primeira fase da pesquisa, foi publicado em número especial sobre a Saúde Coletiva na *Revista Cadernos de Sociologia da UFRGS* em 1995. Alguns trechos mais elaborados foram posteriormente publicados em coletâneas. Ver as referências ao final deste capítulo.

ou mesmo de um campo multidisciplinar. A filiação do conceito *racionalidade médica* (em perspectiva comparativa, *racionalidades médicas*, no plural) à teoria da ação social e dos tipos ideais de Max Weber se torna clara na medida em que este conceito foi construído como um *tipo ideal* (Weber, 2004; 1944; 1965).

O tipo ideal constitui o instrumento conceitual estratégico da sociologia compreensiva weberiana:

um artifício que reúne, retrospectivamente, uma variedade de considerações históricas, de modo a esclarecer a “essência” do objeto histórico estudado, por exemplo o calvinismo, o capitalismo, o ascetismo mundial. E o tipo ideal que coloca fenômenos díspares num modelo que tem um significado, o partir do qual o historiador pode explicá-los (Rabinow; Dreyfus, 1995, p. 146).

Foi reconhecidamente aplicado à construção da categoria analítica *capitalismo* em sua obra clássica *A ética protestante e o espírito do capitalismo* (introdução, capítulo I) e em obras posteriores, concernindo a tipologia da ação social, as burocracias e as religiões, geralmente em perspectiva sócio-histórica comparativa (Gerth; Mills, 1971). A percepção histórico-social e a análise sócio-histórica comparativa de racionalidades estão intensamente presentes nos tipos ideais de Weber, e em sua teoria da ação social. Para Weber, o único limite de significação à perspectiva da racionalidade como parâmetro da ação humana é posto pela ética, na medida em que ela é o fundamento último dos valores que impelem os sujeitos à ação social, e as escolhas dos valores nem sempre obedecem à ordem da racionalidade.

Um tipo ideal é, desta forma, uma construção conceitual que descreve/interpreta um conjunto de fenômenos observáveis de acordo com um modelo ideal logicamente definido, assinalado como portador de características empíricas ou traços teóricos localizáveis no objeto/fenômeno a ser estudado, ou no conjunto de fatos enquadráveis pelo conceito. A comparação dos traços teóricos, previamente definidos na construção do *tipo ideal*, com realidades

empíricas particulares específicas, é que estabelece *a posteriori* se se está ou não diante de características empíricas ou teóricas enquadráveis no conceito ideal-típico.

Trata-se, portanto, de uma operação lógica e epistemológica distinta da construção do conceito clássico, originado no pensamento grego clássico, assumido na modernidade pela perspectiva cartesiana, e que embasa ainda hoje quase as disciplinas científicas, sobretudo as do campo das ciências exatas. O conceito clássico, que supõe, em termos epistemológicos, o paradigma da causalidade, ao mesmo tempo em que o descreve, deve poder *explicar* um conjunto de fenômenos empíricos por uma operação lógica *a priori*, conforme mencionamos acima: na física, p.ex., os conceitos de massa, força ou energia. Em termos lógicos, supõe o paradigma explicativo de *lei*. Lei e causalidade são, assim, os fundamentos epistemológicos do conceito clássico e a base explicativa da ciência moderna.

Max Weber construiu seus tipos ideais indutivamente, como contribuição teórica para o campo das ciências humanas, especificamente para a área da sociologia interpretativa, *compreensiva*. Estava preocupado com a explicação dos fenômenos culturais e sociais de seu tempo, como o desenvolvimento da estrutura capitalista, vista por ele como conjunto de relações sociais construídas de modo historicamente peculiar, do ponto de vista de sua racionalidade e de sua ética do trabalho. Analisou, em perspectiva histórica e cultural, as formas sociais capitalistas precedentes desenvolvidas na história, buscando “tipificar” o capitalismo ocidental moderno. Os traços típicos específicos dessa estrutura social foram descritos em sua *Ética protestante e o espírito do capitalismo*, onde uma forma específica de racionalidade da vida social e do trabalho aparece como fundamento das ações e relações sociais da estrutura. O tipo ideal se aplica, assim, com grande pertinência teórica, ao campo das ciências sociais e humanas, inclusive o da Saúde Coletiva, descrevendo e interpretando fenômenos que impliquem a cultura (ver ilustração a seguir).

Construção do conceito
O conceito clássico (epistemologia grega e moderna): definição analítica <i>a priori</i> explicativa dos fatos, ou fenômenos, concernentes a qualquer área disciplinar (elemento teórico que <i>representa</i> o real).
O conceito ideal-típico (Max Weber): construção teórica relativa a conjuntos de fatos, fenômenos concernentes à realidade sócio-histórica, produto da ação social (elemento teórico que <i>interpreta</i> o real).
O tipo ideal como construção lógica <i>a posteriori</i> : conceito elaborado a partir de operação indutiva.

A construção do tipo ideal racionalidade médica

Ao longo de nosso trabalho de pesquisa sócio-histórica, tendo por objeto o que poderíamos designar *cultura médica*, pudemos perceber que esta é profundamente naturalizada, e que a biomedicina, forma de saber erudito que constroi desde o século XVII a medicina ocidental contemporânea (Luz, 1988), é assumida como única portadora de racionalidade, na medida em que *racionalidade*, nesta cultura, é assimilada à cultura científica. Entretanto, durante o desenvolvimento de nossos estudos sobre a medicina homeopática na década de 80, cremos ter demonstrado que havia ali uma lógica terapêutica e diagnóstica distinta, porém coerente, além de concepções de fisiologia e fisiopatologia estruturadas em plano teórico e empírico, embora diferentes e discordantes das da biomedicina. Em suma, havia ali outra *racionalidade médica* (Luz, 1996). O fim dos estudos sobre a homeopatia marcou o nascimento da categoria de racionalidade médica, já prenunciada na pesquisa de sociologia do conhecimento que originou o livro *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna* (Luz, 1988).

Nos anos 90, a partir de 1992, iniciamos um estudo teórico sócio-histórico comparativo de quatro sistemas médicos complexos: a medicina ocidental contemporânea, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica (medicina indiana). Em 1993, o conceito de *tipo ideal* de racionalidade médica foi assim definido: “é racionalidade médica

todo sistema médico complexo construído racional e empiricamente em cinco dimensões: uma morfologia humana (provisoriamente definida como ‘anatomia’), uma dinâmica vital (provisoriamente definida como ‘fisiologia’), uma doutrina médica (definidora do que é estar doente ou sadio, do que é tratável ou curável, de como tratar, etc.), um sistema diagnóstico e um sistema terapêutico. Posteriormente, no início da segunda fase do projeto (Luz, 1995), tornou-se evidente que uma sexta dimensão, a cosmologia, embasava todas as dimensões das diferentes racionalidades médicas, inclusive a medicina ocidental contemporânea (ou biomedicina, de acordo com a designação antropológica). Deste modo, foi construído, conforme ilustração abaixo, um quadro *ideal-típico* com as características básicas das dimensões de cada sistema médico:

Quadro classificatório das racionalidades médicas de acordo com as dimensões ideal-típicas estruturais

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Dinâmica vital (Fisiologia)	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
Medicina Ocidental Contemporânea	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Homeopática	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Tradicional Chinesa	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
Medicina Ayurvédica	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção

Neste caso, ficavam fora do nosso âmbito de pesquisa as então denominadas “terapias alternativas” ou práticas terapêuticas não-convencionais em geral. Em 1994, iniciou-se a segunda fase de estudos, de natureza empírica, e constituiu-se o grupo de pesquisas *Racionalidades Médicas*, no CNPq, que realizou trabalhos de campo sobre racionalidades médicas entre 1995 e 1997. Em 1998, iniciou-se a terceira fase do projeto, incluindo um segundo eixo temático, o das “práticas corporais de saúde”, tendo já o Grupo CNPq forte presença no campo da Saúde Coletiva.

A terceira fase do grupo, ainda em atividade, organizou tematicamente os dois eixos de pesquisa, reunindo vários projetos no campo de investigação das racionalidades médicas e das práticas corporais de saúde, o que deu ensejo ao desenvolvimento de muitos subprojetos, relativos a dissertações de mestrado ou teses de doutorado, desenvolvidos sob nossa coordenação. Tais subprojetos, financiados direta ou indiretamente por agências de fomento à pesquisa (subsídios à pesquisa, bolsas de produtividade, de IC, mestrado, doutorado e pós doutorado, através de CAPES, CNPq, ou FAPERJ), vêm originando vasta produção, sob a forma de dissertações e teses, artigos, capítulos em coletâneas, livros. Os subprojetos tendo por objeto os quatro sistemas médicos mencionados, em perspectiva comparativa ou não, chegaram a ser 17 no desenvolvimento da segunda fase do projeto, entre 1994 e 1997, atestando com isto não apenas a fertilidade do conceito, mas também o vazio então existente de pesquisas numa área temática importante do campo da Saúde Coletiva, levando-se em consideração a política inclusiva do SUS quanto às medicinas e práticas integrativas (práticas corporais e terapêuticas não-convencionais), e o direito de escolha terapêutica do paciente como cláusula de lei da Constituição de 1988.

A contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo da saúde

A carência de estudos nesta área acabou estabelecendo-a em ciências sociais e Saúde, como a área dos estudos teóricos e empíricos de “racionalidades médicas”. A contribuição do conceito *tipo ideal* racionalidades médicas para o campo da Saúde Coletiva é efetiva, até hoje, em duplo plano:

1. *No plano teórico*: a) ao vencer um obstáculo epistemológico que tradicionalmente impedia de ver outros sistemas médicos como portadores potenciais de racionalidade científica, abrindo o campo de pesquisas sociais para medicinas presentes e atuantes em nossa cultura; b) ao estabelecer diferenças fundamentais entre sistemas médicos e práticas terapêuticas, ou práticas de saúde (para a análise das quais foi criado um eixo temático a partir de 1998) associadas ou não às racionalidades médicas estudadas.
2. *No plano prático*: em relação às políticas do cuidado em saúde, possibilitando que intervenções diagnósticas e terapêuticas de sistemas médicos não-hegemônicos obtenham legitimidade institucional, consideradas sua coerência teórica e consistência terapêutica. Assinalamos, entretanto que este não é um objetivo original do Grupo Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde, tendo surgido como consequência das suas atividades de pesquisa.

A comparação entre as diferentes racionalidades médicas atuantes na sociedade, ou os estudos das distintas dimensões de uma racionalidade tomada como sistema complexo de terapêutica e diagnose, constituem, do nosso ponto de vista, ferramenta conceitual útil e relevante para o campo da Saúde Coletiva e da Antropologia e Sociologia da saúde.

Quadro-resumo comparativo das racionalidades das médicas

Racionalidade médica	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Fisiologia ou dinâmica vital	Diagnóstico	Terapêutica
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	Física Newtoniana (lássica) implícita	Teoria(s) da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e fisiologia dos sistemas	Semiologia anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, prevenção
MEDICINA HOMEOPÁTICA	Cosmologia Ocidental: Tradicional: (Alquímica) e Clássica (Newtoniana) Implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita); Fisiologia dos sistemas; Fisiologia do medicamento e adocimento	Semiologia anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individuais. Diagnóstico clínico	Medicamento Higiene (física e mental)

<p>MEDICINA TRADICIONAL CHINESA</p>	<p>Cosmogonia Chinesa (geração do icrocosmo a partir omacrocosmo)</p>	<p>Teorias do “Yin-Yang” e das “cinco fases (ou elementos)” e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais</p>	<p>Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura (“corpo sutil”). Teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico”)</p>	<p>Fisiologia dos “sopros vitais” (Qi) Fisiologia dos órgãos; Dinâmica Yin-Yang no organismo e com o meio ambiente.</p>	<p>Semiologia anamneses do desequilíbrio Yin-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos</p>	<p>Higiene. Exercícios: artes, meditação, etc.). Dietética: fitoterapia, massagens, acupuntura e Moxabustão</p>
<p>MEDICINA AYURVÉICA</p>	<p>Cosmologia Indiana (Geração do microcosmo a partir do macrocosmo</p>	<p>Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (“Tridosha”) nos sujeitos individuais.</p>	<p>Teoria dos vários corpos(“denso” e “suis”)Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos</p>	<p>Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias nos “corpos”). Equilíbrio do “Tridosha”.</p>	<p>Semiologia: anamnese do desequilíbrio do “Tridosha”. Sistema de observação “dos oito pontos”. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.</p>	<p>Dietética: Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios: loga, meditação, etc.). Massagens: Fitoterapia; medicamentos.</p>

Finalizando, apresentamos um quadro completo comparativo das racionalidades médicas estudadas nas duas primeiras fases de desenvolvimento das atividades de pesquisa:

Referências

- FREUND, J. *Sociologie de Max Weber*. 2 ed. Paris: PUF, 1968.
- GERTH, H.H.; MILLS, W. (org.) *Max Weber: ensaios de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- LUZ, M.T. *A Arte de curar x a ciência das doenças*. História social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis, 1996.
- _____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.
- _____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v. 7, p. 109-128, 1995.
- _____. Medicina e Racionalidades Médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica in: CANESQUI, A.M (org.) *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p.181-200.
- _____. Racionalidades Médicas e bioética. In: PALACIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. (org). *Ética, Ciência e Saúde: desafios da Bioética* . Petrópolis: Vozes, 2001. P.76-85.
- RABINOW, P.; DREYFUS, H. *Michel Foucault, uma trajetória Filosófica*. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.
- WEBER, M. *A Ética protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Cia das Letras, 2004.
- _____. *Economia y Sociedad: esboço de sociología comprensiva*, v. 1-2. México: Fondo de Cultura Económica. 1944.
- _____. *Essais sur la théorie de la Science*. Paris: Plon, 1965.

Estudo comparativo de racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica¹

MADEL T. LUZ

Introdução

Apresentaremos inicialmente, de forma resumida, as origens e propostas das primeiras fases do projeto “Racionalidades Médicas”, desenvolvido durante 17 anos no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa, com abordagem das ciências humanas (Filosofia, Sociologia, História e Antropologia), teve suas primeiras sistematizações no primeiro semestre de 1992, após aprovação de financiamento como Projeto Integrado de Pesquisa pelo CNPq.

Incluiu-se no percurso inicial do projeto seu desdobramento em duas fases: a primeira (1992-1993), um estudo teórico comparativo das quatro racionalidades implicadas no projeto (homeopatia, biomedicina, medicina tradicional chinesa e ayurvédica); e a segunda, com atividades de preparação de trabalho de campo; elaboração de categorias analíticas comparativas para as distintas racionalidades médicas; trabalho de campo; análises das entrevistas, observações participantes e etnográficas realizadas em unidades públicas de atenção médica previamente selecionadas para o estudo empírico comparativo (1994-1997).

¹ Texto reescrito a partir do artigo publicado nos *Cadernos de Sociologia*, v.7, do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFRGS, Porto Alegre, 1995, sendo dele uma versão mais curta, sintética e elaborada. Trechos do artigo original foram publicados, em diferentes versões, em coletâneas posteriores a 1996, cf. referências do capítulo.

Na segunda fase, a medicina ayurvédica não pôde ser incluída no projeto, pois não havia no município do Rio de Janeiro nenhum ambulatório público, estatal ou mesmo filantrópico desenvolvendo atividades de ayurvédica. A pesquisa comparativa foi feita com a biomedicina, a homeopatia e a medicina tradicional chinesa. Uma breve retrospectiva dos objetivos teóricos e práticos do projeto, assim como de seu desenvolvimento metodológico, é necessária para situar os resultados obtidos. Logo após, entraremos nos termos desses resultados, no contexto da medicina como ciência e arte, diante dos elementos comparativos entre a biomedicina e as práticas chamadas de complementares ou “alternativas”, trazendo alguns fatores de alto valor para a saúde pública.

Aspectos teóricometodológicos na comparação entre sistemas médicos complexos

Em primeiro lugar, cabe esclarecer a categoria central do trabalho, que é a de racionalidade médica. Trata-se de um conceito duplamente inspirado em Max Weber: do ponto de vista teórico, ou nocional, isto é, de seu conteúdo em termos substantivos, significativos, e do ponto de vista metodológico, isto é, de sua construção lógica. Começemos pela construção do conceito, que é o ponto de vista menos complexo, para em seguida tratarmos dos aspectos propriamente teórico-substantivos.

A categoria racionalidade médica foi construída na primeira fase do projeto como um tipo ideal, isto é, com cinco traços ou dimensões estruturantes modelados a partir de uma operação indutiva. Tal operação constata, num objeto específico empírico de categorização, a presença, com maior ou menor grau de explicitação e clareza, dos traços/dimensões necessários para a definição da categoria em plano analítico. Esta presença é condição *sine qua non* para incluir tal ou qual sistema médico no projeto de investigação. Diferentemente do conceito filosófico, ou da teoria científica, que é definido *a priori*, analiticamente, o tipo ideal se constroi em grande parte *a posteriori*, a partir da “empíria histórica”. A ressalva “em grande parte” visa a salientar que as dimensões dos conceitos assim construídos devem ser estabelecidas em termos de modelos ideais, o que não deixa de ser, de certa forma, uma operação apriorística do ponto de vista lógico.

De qualquer modo, cabe lembrar que o tipo ideal é sempre visto, em Max Weber, como um modelo tendencial histórico, que nunca chega a se realizar de forma acabada, pois tem a capacidade de ser continuamente modificado pela ação dos atores sociais. Esta forma de visão tendencialista do conceito, enraizada na empiria histórica, elimina os efeitos de uma definição analítica funcionalista, concebida em termos de “modelo ideal a priori”.

Ao estabelecermos como condição necessária e suficiente para estarmos em presença de uma racionalidade médica a existência de cinco dimensões fundamentais (morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica), sabíamos que estávamos optando pelo estudo comparativo de sistemas médicos altamente complexos, e eliminando de nosso estudo um conjunto de práticas então conhecidas como “terapêuticas alternativas”. Assumíamos também que essas dimensões seriam a base da comparação entre as diversas racionalidades a serem pesquisadas. Seriam, portanto, o signo de sua *comensurabilidade*. Já há aí, nessa operação metodológica, escolhas epistemológicas prévias ao próprio conteúdo do conceito, e que de algum modo demarcam os limites desse conteúdo.

Essa dupla operação metodológica, entretanto, nos deixou mais à vontade para estabelecermos os limites do significado teórico da *categoria* racionalidade médica. É racionalidade médica, segundo nosso projeto, todo constructo lógico e empiricamente estruturado das cinco dimensões mencionadas, tendendo a constituir-se, ou pretendendo constituir-se em sistema de proposições potencialmente *verdadeiras*, isto é, verificáveis de acordo com os procedimentos da racionalidade científica, assim como de intervenções eficazes face ao adoecimento humano. Não há, entretanto, na investigação, tomada de posição quanto ao valor ético ou epistemológico de qualquer dos sistemas definidos como “racionalidade médica”.

Tais sistemas, vistos como sistemas abertos, podem ter suas dimensões desenvolvidas teórica ou empiricamente em maior ou menor grau, de acordo com a predominância desta ou daquela dimensão na racionalidade, e podem competir entre si na cultura atual, no que se denomina antropológicamente “mercado da cura” ou, inversamente, podem cooperar e se complementar, sobretudo na dimensão da

terapêutica, seja através de decisões normativas institucionais, seja através dos agentes de cura que operam cada uma dessas racionalidades.

Ao iniciarmos este estudo, não tínhamos certeza de que modo e em que momento os problemas empíricos ou teóricos se colocariam. Evidentemente, apenas o desenrolar da pesquisa é que mostra com clareza onde seus problemas se escondem, revelando alguns, não previstos, minimizando ou superando os previstos e esperados com apreensão. Um dos problemas apreendidos como de difícil resolução pela equipe de pesquisadores era a heterogeneidade dos sistemas médicos em comparação, isto é, a diversidade de suas racionalidades, incluindo aspectos de paralelismo, dispersão, oposição e até exclusão. Outro problema encarado com dúvidas era o da complexidade teórica, histórica e cultural presente desde a origem nas racionalidades médicas em exame. Como comparar, teoricamente, sistemas que são fruto de complexas expressões culturais da humanidade, sem homogeneizar dimensões cuja diversidade deve ser salientada no nível empírico da prática profissional, sem descontextualizar traços de universos culturais singulares, desenvolvidos em tempos históricos únicos, talvez irreversíveis? Há probabilidade de diluição e pasteurização, correndo-se o risco de cair no anacronismo ou na banalização, ao sabor das modas de consumo do exotismo terapêutico. Entretanto, acreditamos ter conseguido contornar esses dois obstáculos maiores com procedimentos metodológicos adequados aos objetivos e hipóteses principais da pesquisa. E desde o início esses objetivos e hipóteses foram:

1. estabelecer, de acordo com a hipótese mais geral da pesquisa, que existe mais de uma racionalidade médica atuante na sociedade contemporânea, o que implica, na prática, colocar em questão o monopólio epistemológico, teórico e terapêutico da medicina ocidental (biomedicina), desenvolvida em nossa cultura de um século e meio para cá sob a denominação de medicina científica;
2. demonstrar que as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica, objetos centrais de nosso estudo comparativo nas duas primeiras fases do Projeto, constituem efetivamente racionalidades médicas, de acordo com a definição desta categoria estabelecida na pesquisa.

3. estabelecer comparações entre essas racionalidades e a racionalidade médica ocidental contemporânea (biomedicina), com base na hipótese que, embora irreduzíveis em muitos pontos, esses sistemas têm elementos comuns não apenas comparáveis mas compatíveis, e co-operativos, através das dimensões teóricas e práticas presentes em toda racionalidade médica.

Além disso, desejamos explicitar uma finalidade teórica e prática, comum a todo sistema médico, que é a de restabelecer a saúde dos seres humanos, ou pelo menos combater as doenças que os afligem. Sob este objetivo básico é que se desenvolveram, em todas as culturas, há milênios, sistemas terapêuticos apoiados em saberes ora preponderantemente mágico-religiosos, ora acentuadamente racionais, cujo exercício foi historicamente confiado a agentes sociais específicos, socializados e treinados para o desempenho dessa função prestigiada, considerada nobre, ou mesmo sagrada, tanto pela sociedade civil como pelas instituições.

Apesar desta base comum às medicinas, de natureza ao mesmo tempo teórica e empírica, sabíamos que estávamos lidando com sistemas de grande complexidade, de constituição interna heterogênea, fruto de mudanças desenvolvidas ao longo de séculos, como é o caso das medicinas chinesa e ayurvédica. Olhar esses sistemas médicos como uma totalidade homogênea e acabada, sem história, seria cair na simplificação e na banalização há pouco mencionadas.

Por outro lado, não era nosso objetivo refazer os passos desses complexos sistemas, tarefa de historiadores e antropólogos das medicinas orientais, que toma, às vezes, o tempo inteiro da existência desses pesquisadores. Nosso objetivo foi bem mais simples: descrever os traços fundamentais das cinco dimensões que constituem a racionalidade (doutrina médica, morfologia humana, dinâmica vital, sistema de diagnóstico, sistema de intervenção terapêutica) de cada medicina em exame, tal como ela se apresenta contemporaneamente. Não desconhecíamos que tais traços foram sendo construídos no contexto social em que se inserem essas medicinas, e que muitos deles são frutos de colagens e bricolages de momentos culturais diversos, em tempos históricos sucessivos, que se moldaram num verdadeiro caleidoscópio teórico-prático, articulando arte e saber médicos numa

lógica engenhosa, mas não necessariamente analítica. Esse fato é muito presente e importante quando se estudam as medicinas orientais, mas, surpreendentemente, não há muita diferença, pudemos constatá-lo, quando se analisam as medicinas ocidentais, isto é, a homeopatia, sobretudo a medicina científica contemporânea.

No mundo ocidental, temos a tendência a naturalizar conhecimentos baseados na ciência, isto é, tratamo-los como se não tivessem origens, ou como se essas origens (históricas, culturais, imaginárias) não impregnassem permanentemente o desenvolvimento, até o presente, dos saberes ligados à ciência (Luz, 1988). A ideia de evolução como progresso, e de superação do passado ligada a esta ideia, que marcou a racionalidade científica nos últimos três séculos, implicou a concepção crescentemente dominante de que a história do saber humano se faz por rupturas e superações, ficando o passado associado à ideia de atraso, e o futuro à ideia de inovação, sendo o presente uma ponte provisória entre um e outro. Essa concepção é evidentemente ideológica, pois de fato “o passado”, isto é, os traços culturais vividos e considerados superados, em determinado momento de um saber-prática específico (no nosso caso, a medicina), não desaparecem jamais completamente, integrando-se aos novos procedimentos ou às novas teorias de maneira subordinada, no caso de teorias, ou implícita, não declarada, no caso de práticas e técnicas.

Os pensamentos, julgamentos, procedimentos, atitudes e gestos dos agentes desses saberes práticos carregam consigo as velhas teorias (ou práticas) “superadas” por novas teorias ou modelos de prática e técnica, formando com eles o caleidoscópio a que já nos referimos, estabelecendo, assim, uma continuidade teórico-prática entre passado e presente nesses saberes. Na medicina ocidental científica, essa continuidade se manifesta através da prática (arte) do médico, criando-se aparente oposição à lógica científica do saber médico, cuja ambição é ser uma tradutora de procedimentos e de resultados obtidos nas atividades de pesquisa das disciplinas do campo biomédico (Camargo Jr, 1991).

Em relação às medicinas orientais e à própria homeopatia, essa oposição não se manifesta, na medida em que a concepção de uma doutrina original de um mestre, ou de um saber revelado ou de origem divina, a cujas raízes se deve fidelidade, é dominante. Mas

não se pode negar a influência universal da concepção de progresso científico, com uma consequente busca de depuração do “passado simbólico”, ou de busca de legitimação científica nessas medicinas.

Uma estratégia ao mesmo tempo descritiva e analítica conduziu nosso olhar metodologicamente ao estudarmos as fontes teóricas e históricas das racionalidades médicas. A busca da contemporaneidade impôs limites às discussões sobre correntes e ortodoxias dominantes em diversos momentos históricos, ou “etapas”, de sistemas médicos, para nós “exóticos”, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica e, em grande parte, a homeopatia, livrando-nos em parte da filosófica e tediosa questão “de qual medicina chinesa, ou ayurvédica, ou homeopática, se está falando?”. Está-se falando daquelas que ainda hoje são praticadas em seus contextos culturais de origem, e cujos traços terapêuticos mais comuns invadiram a cultura ocidental nas últimas décadas do século XX. Sabemos que esses traços são geralmente milenares, muitas vezes campo de controvérsias de natureza filosófica e política.

Na primeira fase da investigação, tivemos a oportunidade de ler sobre essas controvérsias, e tivemos acesso a textos de autores clássicos, quando não emblemáticos, desses saberes médicos, tanto orientais como ocidentais. Entretanto, nosso objetivo e estratégia de comparação analítico-descritiva da prática contemporânea nos orientou pela selva intrincada de concepções, categorias e práticas inerentes às racionalidades médicas em exame, restringindo-nos ao essencial dos traços de cada uma das dimensões, descritas na maioria dos textos clássicos ou contemporâneos.

Por outro lado, a compreensão permanente de que qualquer medicina é parte constituinte de um contexto sócio-histórico específico, exprimindo-o e constituindo-o, ao mesmo tempo, nos aspectos que concernem o adoecer, o recuperar-se ou o morrer humanos, nos impediu de ter uma visão abstrata ou desencarnada dos saberes médicos, facilitando-nos, de um lado, a definição de aspectos particulares próprios de cada sistema, e de outro, ajudando-nos a estabelecer pontos específicos e traços estruturais comuns transculturais aos sistemas. Entre esses traços, destacou-se o da descoberta de um paradigma transcultural que poderíamos denominar de bioenergético,

ou *vitalista*, comum às medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica, por oposição a um outro, *biomecânico*, característico da medicina ocidental contemporânea (biomedicina).

Outro traço transcultural identificado no desenrolar da primeira fase da pesquisa foi a existência de uma cosmologia (ou visão do mundo) embasando teoricamente as cinco dimensões fundamentais dos sistemas médicos, inclusive da medicina ocidental científica, cujo modelo cosmológico é a física newtoniana, sobretudo em seus aspectos marcadamente mecânicos². A diferença entre as racionalidades quanto a este aspecto reside no fato de que esse embasamento cosmológico permanece implícito em nossa medicina, enquanto que nas outras, inclusive na homeopatia, a existência de uma cosmologia fundamentando a doutrina médica, a fisiologia e a morfologia é não somente explicitada, como elaborada através de teorias (exemplos: a teoria das “cinco fases” na medicina chinesa, a teoria do “tridosha” na medicina ayurvédica, e a teoria das “constituições”, na homeopatia).

De início, a colocação das cosmologias como elemento explicativo estratégico das racionalidades médicas constituiu para a pesquisa um problema de natureza epistemológico. Como considerar os sistemas médicos em exame como racionalidades “laicizadas”, se suas raízes mergulham em cosmologias simbólicas, quando não em cosmogonias³ de fundo religioso ou espiritual? A única cosmologia estritamente racional é a da medicina ocidental, pois se assenta numa disciplina científica, a física, em um momento clássico e parcialmente superado dessa disciplina: o do modelo do mecanismo universal e o do autômato como manifestações naturais.

Até então, para nós, racionalidade era ao mesmo tempo sinônimo de *cientificidade*, como de momento de “corte epistemológico” com sistemas filosóficos ou religiosos. A descoberta de que todo sistema médico complexo, inclusive o ocidental contemporâneo, se fundamenta em uma cosmologia, e que esta cosmologia é a expressão de concepções

² É preciso reconhecer que os aspectos mais dinâmicos da física newtoniana, sobretudo da cosmologia, da astrofísica, não foram os que predominaram no modelo médico moderno ocidental.

³ Narrativas das origens do cosmos e da vida.

simbólicas (metafísicas, religiosas ou não), obrigou-nos a abrir um espaço para o estudo da cosmologia das racionalidades, forçando-nos a aprofundar um aspecto não previsto no projeto inicial.

Deve ser observado que o projeto previa inicialmente um quadro sinótico comparativo incluindo apenas as cinco dimensões teórico-práticas das medicinas em estudo, a partir da doutrina médica. Quanto à diferença de paradigmas em relação aos sistemas médicos, deve ser salientada a constatação, decorrente dessas diferenças, de objetos e objetivos distintos das medicinas “energéticas” ou vitalistas, face à medicina ocidental. Enquanto a medicina ocidental tem por objeto a doença (através da identificação das patologias) e por objetivo o combate e a eliminação das doenças, as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica têm como objeto de intervenção o sujeito “desequilibrado” ou “desarmonizado”, e por objetivo o restabelecimento da sua saúde, ou mesmo sua ampliação.

No primeiro caso, o da biomedicina, a categoria central é doença, patologia; no segundo, o das medicinas vitalistas, a categoria central dos sistemas é saúde, equilíbrio (como sinônimo de harmonia vital). No primeiro caso, a medicina tende a se caracterizar como *ciência das doenças*, no segundo, a(s) medicina(s) se caracteriza(m) como *arte de curar*, de restabelecimento e expansão da saúde, ou da vitalidade. É neste sentido que se pode afirmar que esses sistemas operam com distintos paradigmas, isto é, com diferentes lógicas de compreensão, interpretação e intervenção face ao processo biológico, e sociocultural conhecido como de saúde/adoecimento.

A medicina como síntese ativa de ciência e arte

Toda racionalidade médica, independentemente de seu paradigma, caracterizou-se historicamente por sintetizar, em uma atividade (práxis), a arte de curar doentes (*techne*) e um conhecimento ou ciência de doenças (*gnose, episteme*). A história dessa atividade é, talvez, tão antiga como o próprio homem na Terra, e durante milênios aparentemente não houve na práxis desse mediador entre os homens, o sofrer e a morte, nenhuma divisão entre conhecimento e arte.

A origem do conhecimento do médico era sagrada e, em sua experiência pessoal vivida, que incluía uma socialização e um

treinamento de natureza esotérica, sintetizava *episteme e techne*. Há dois milênios e meio, tanto no Oriente como no Ocidente, isto é, tanto na China e na Índia como na Grécia, o saber-agir do médico tinha muito de taumatúrgico.⁴ O saber, sendo de origem sacra, seu praticante tinha características sacerdotais. A corporação médica, se se pode empregar sem anacronismo esta expressão para designar os terapeutas desde essa época, tinha literalmente na arte da cura seu sacerdócio.

De qualquer forma, a natureza de seu saber, nitidamente filosófico (religioso ou não), diferia essencialmente do saber moderno, que busca o científico como ideal de verdade desde o século XVII. Neste contexto, a medicina ocidental pode ser vista como uma racionalidade médica específica, inserida em uma história cultural também específica, conhecida como civilização ocidental. Na história dos últimos 2.500 anos dessa civilização, operaram mudanças culturais típicas relativas à racionalidade médica, as quais fizeram com que a medicina ocidental tivesse um caráter *sui generis* e muito específico.

Essas mudanças tiveram, por vezes, o caráter de crises, com rupturas face a padrões vigentes, e profundas conseqüências em relação à síntese *episteme-techne* há pouco mencionada. Mencionaremos, a seguir, alguns momentos que consideramos demonstrativos, em termos dessas crises, no sentido de salientar o caráter *sui generis* da racionalidade médica ocidental. Nosso intento é mostrar que houve um percurso progressivo de separação histórica e cultural entre os dois termos básicos que constituem o cerne da medicina, isto é, o conhecimento das doenças e a arte de curar. Queremos também afirmar que tal percurso dicotômico não foi seguido pelas medicinas orientais em sua trajetória histórica.

Essa caracterização é importante para estabelecermos diferenças fundamentais na Cosmologia ocidental face às que informam as medicinas chinesa e ayurvédica. Diferenças importantes para a compreensão das doutrinas médicas, dos sistemas de diagnose e intervenção terapêutica das medicinas orientais, e mesmo para a

⁴ É necessário lembrar que Platão, considerado o primeiro filósofo racionalista, que atribuía ao conceito e à inteligência o caráter de *verdade*, dizia ser a filosofia uma filha de Taumante, isto é, da admiração, do *milagre*.

homeopatia que conservou, embora implícita, parte da cosmologia tradicional do Ocidente, com suas raízes pré-cristãs e cristãs.

Crises e mutações na racionalidade médica ocidental

A primeira crise e transformação na estrutura da racionalidade médica ocidental pode ser situada no que preferimos chamar de momento hipocrático (em vez de escola hipocrática). Momento, não só porque abrange mais de um século, podendo ser situado entre os séculos V e III a.C., mas também porque envolve mais escolas que a de Kós, famosa por Hipócrates e seus discípulos. Este momento assinala um período de discussões e controvérsias no pensamento médico, com uma forte tendência à racionalização, ao estabelecimento de teorias sobre as doenças e sobre métodos terapêuticos, sobre o papel da filosofia e da natureza na medicina como sistema teórico e como prática (arte) de cura (Luz, 1988).

Além da tendência à sistematização, há a formação e consolidação da corporação médica como portadora do saber filosófico sobre as doenças e os doentes, com um *esprit de corps* pronunciado, e não sem oposição de outros setores da sociedade, inclusive de intelectuais. Aristófanes, por exemplo, caricatura os médicos em suas peças.

Há muitas especulações sobre os contatos que teriam existido nesse momento entre a medicina grega (ocidental) e as medicinas hindu e chinesa (orientais), através das viagens de filósofos, como Platão, e de médicos. É preciso não esquecer que as ilhas gregas, sobretudo as jônicas, eram as portas da Ásia, e que os gregos eram grandes navegadores. Entretanto, não temos dados precisos sobre esses contatos prováveis, nem é nosso objetivo nos aprofundar sobre esse tema. É preciso ressaltar, no entanto, que os séculos V a II a.C. assinalaram, tanto no Ocidente como no Oriente, uma expansão cultural importante, e no plano da medicina essa expansão é significativa tanto em termos da doutrina médica, como da semiologia e da classificação das doenças.

Na medicina ocidental, há uma laicização importante do conhecimento médico, que busca sua base na filosofia, que é a Ciência da época, por oposição a saberes mágicos, xamânicos. Mas, nesse momento, a arte de curar conduz ainda o conhecimento das

doenças; o objetivo preciso da medicina é restabelecer a saúde dos doentes, e o homem é um microcosmo cujo funcionamento está inscrito nas leis do Cosmo. A natureza é parte do homem, através de seus elementos fundamentais, e este é parte integrante da natureza. Sua saúde reside em equilibrar seus componentes naturais da maneira mais harmônica possível. Nesse contexto, a natureza tem ainda realmente força medicadora. Mas a tendência a separar teoria das doenças, semiologia e terapêutica, aparece desde esse momento. Desde aí, a medicina ocidental começa a se tornar ciência, isto é, uma forma sistemática de classificar doenças, síndromes, sintomas, e de buscar uma explicação causal para a origem desses fenômenos.

O segundo momento de crise e mutação na racionalidade médica ocidental pode ser situado entre o fim do renascimento e o início do classicismo moderno, isto é, nos séculos XVI e XVII. As disciplinas científicas básicas da medicina estruturam-se, desde então, com a anatomia, a fisiologia e a patologia. A ciência como projeto de estruturação do saber médico sobrepõe-se ao conhecimento do adocer como fruto de experiência da arte de curar, isto é, a *episteme* das patologias se torna superior a *gnosis* e a *techné* provenientes da práxis, voltada para o restabelecimento da saúde dos doentes. Esta transformação está, como já afirmamos, inserida num “conjunto de transformações histórico-sociais que perpassou (a sociedade) desde o fim da Idade Média, sobretudo na Idade Moderna, e com o processo (posterior) de industrialização e expansão do capitalismo” (Luz, 1988, cap. IV).

A ascensão da ciência como forma socialmente legítima – e em seguida, legal – de produzir conhecimento, com progressivo descrédito da arte, e da experiência comum, cotidiana, é um fato cultural mais amplo que a transformação interna à medicina. Do nosso ponto de vista, a medicina apenas exprime e ilustra com radicalidade um processo de racionalização amplo que atingiu o Ocidente, desde o classicismo grego, mas se acelerou crescentemente com o capitalismo moderno, como salientaram filósofos, como Marx, e sociólogos, como Max Weber. Pode-se dizer, neste sentido, que desde o século XVII o projeto epistemológico da medicina ocidental passou a ser produzir conhecimento sobre doenças. Coerentemente,

a arte de curar doentes teve um estatuto decrescente com o passar dos séculos, e com o aumento de informações (e de técnicas de obtenção de informação) sobre as doenças.

Nesse contexto, no interior das cinco dimensões essenciais de sua racionalidade médica, a diagnose teve hegemonia progressiva sobre a terapêutica; mesmo a terapêutica foi sendo cada vez mais orientada pela busca sistemática de identificação e combate de doenças, e não mais pelo restabelecimento do equilíbrio de sujeitos doentes. Um fosso teórico e prático tendeu a se formar no interior da medicina vista como práxis, isto é, concretamente, na clínica. Pois o terreno de ação-intervenção médica, por um lado, e de fonte de conhecimentos médicos, por outro, permaneceu sempre o corpo do doente, ainda que examinado sob a forma de partículas cada vez menores, frequentemente dissociadas entre si, ou da totalidade que as supõe (Camargo Jr., 1991; 1995). Mas este corpo, objeto de experimentação biomédica, não será mais visto pela medicina como integralidade individual viva, nem a vida individual de sujeitos interessará mais à ciência médica moderna.

Entretanto, o combate à morte, sobretudo a morte de grupos populacionais específicos (morte coletiva), continuará sendo um objetivo central da medicina ocidental ao longo de mais de três séculos (Luz, 1988). Deste ponto de vista, a eficácia terapêutica, entendida como vitória sobre as doenças e controle da morte, levará a prática médica a pesquisar com maior afinco as drogas químicas consideradas aliadas do médico em seu combate. Poderosamente, os fármacos e a própria indústria farmacêutica, a partir do fim do século XIX, serão ora a lança, ora o escudo da clínica moderna. Lança e escudo muitas vezes perigosos, quando não mortais para os doentes, mas critério de verificação de eficácia da prática clínica.

Deste modo, a teoria das doenças, com experimentação em corpos doentes ou mortos, por um lado, e a administração (quase sempre experimental) de fármacos a doentes, por outro, constituirão o embrião da clínica contemporânea no século XVIII, o ovo de onde nascerá, no século XIX, a clínica ocidental como a conhecemos até os dias de hoje (Foucault, 1978). Assim, o período final do século XVIII e as primeiras décadas do século XIX constituem, a nosso ver, o terceiro momento de crise na racionalidade médica ocidental. Este

momento assinala, segundo M. Foucault em *O nascimento da clínica* (1978), o surgimento de uma nova forma de pensar e agir, bases da clínica – vista como disciplina contemporânea médica.

Nesses pensar e agir, a vida passa a ser vista através da morte (cadáveres examinados) e o instrumento de ação fundamental é o “olhar clínico”, sistematizador do trajeto das doenças em direção à morte, trajeto que pode ser atalhado pela intervenção médica através do fármaco ou do bisturi. Os médicos passam a ser, nesse contexto, não mais os aliados da vida, mas os combatentes da morte. Conhecer o inimigo, seus porta-vozes (doenças) e tropas (sintomas, síndromes), suas táticas e estratégias (“evolução” das doenças) se torna a prioridade básica da ciência médica. A terapêutica tende a tornar-se, nesse imaginário bélico, arsenal de drogas, um conjunto de armas de sofisticação e poder de fogo variados, com efeitos colaterais incomensuráveis.

Não obstante, é preciso estar atento a que o fundamental, embora não exclusivo, na nova arte de curar, não é restabelecer a saúde dos doentes individuais, mas combater as doenças e controlar as mortes, em plano coletivo (Luz, 1988). Desse ponto de vista, a clínica é, desde seu berço contemporâneo, como quer Foucault, *medicina social*. É compreensível que os defensores de uma “arte de curar doentes”, ao estilo tradicional da medicina, sejam vistos como portadores de um projeto epistemologicamente superado, e clínica e socialmente inoperantes (Luz, 1996).

Uma medicina baseada em “princípios” ou “leis” de cura, isto é, centrada na terapêutica entendida como restabelecimento da saúde de sujeitos, não faz mais sentido para o projeto da clínica que se tornou progressivamente hegemônica. Mas esta hegemonia não se estabeleceu sem crises e divisões na medicina. Ao contrário, pode-se afirmar, com Coulter (1982), que a medicina ocidental moderna, sobretudo a contemporânea, é fruto de um sisma que separou, profundamente, ciência médica e arte de curar.

A principal manifestação deste sisma é o surgimento da homeopatia no alvorecer do século XIX, na contracorrente da tendência dominante do pensamento médico (Luz, 1988, 1996). A medicina homeopática afirmará a supremacia da arte de curar sobre a teoria das doenças,

e propugnará por uma ciência da terapêutica, isto é, de uma clínica (arte de curar) “verdadeiramente experimental”. Criticará, através de seu fundador, Samuel Hahnemann, a ausência de princípios terapêuticos da medicina do final do século XVIII e início do século XIX. Questionará também que os doentes sejam o “campo experimental” da clínica, onde o emprego aleatório e assistemático das mais variadas drogas acaba por danificar-lhes definitivamente a força vital, transformando a tarefa de recuperação da saúde num esforço sobre-humano tanto para pacientes como para terapeutas.

Advogará a descoberta de “leis de cura”, adequadas aos doentes através do princípio da semelhança (“o semelhante cura o semelhante”), experimentado em homens sadios (e não em doentes), com fármacos diluídos ao ponto da imponderabilidade (“dinamização”), no sentido de estimular nos doentes a energia vital desequilibrada. O projeto da medicina homeopática, de estabelecimento de uma ciência da terapêutica, tenderá a ser crescentemente marginalizado, em termos científicos, num contexto de valorização progressiva da diagnose como elemento fundamental da teoria das doenças. A arte de curar tenderá a fazer parte do passado da medicina. Os hospitais não serão mais, como no fim da Idade Média, “morredouros” nem “locais de cura” (como no fim do século XVIII e início do XIX), segundo as palavras do filósofo de *O nascimento da clínica*. Serão cada vez mais verdadeiros laboratórios de investigação biomédica e clínica, e se tornarão, no século XX, a principal instituição de transmissão do conhecimento médico. Assim, o ensino das escolas médicas deslocase progressivamente para os hospitais, transformados em centros de pesquisa e reprodução do conhecimento, desde o final do século XIX. Esse deslocamento atingirá seu auge no século XX, após a segunda guerra mundial, com o florescer das especialidades médicas e das indústrias farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Às faculdades restará o ensino das disciplinas “básicas” da medicina, como a anatomia, a patologia, e a fisiopatologia, e a “teoria” das disciplinas das especialidades. Nesse contexto é que podemos situar o quarto momento de crise e mutação interna da racionalidade médica ocidental ou, se preferirmos empregar uma expressão em moda, de mudança em seu paradigma.

Esse quarto momento estabelece uma cisão não mais no pensamento médico, mas na prática clínica. Tal cisão se manifesta no agir terapêutico, determinada pelo grande avanço da tecnologia instrumental médica, totalmente voltada para a ciência das doenças. A tecnologia médica, materializada nos instrumentais diagnóstico e cirúrgico, grandes auxiliares da clínica, interpõe uma *techne* já constituída entre o médico e o corpo do doente, ocasionando um completo alheamento entre terapeuta e paciente. Por outro lado, esta interposição maciça do instrumental médico leva à alienação do doente face a seu próprio corpo e à fetichização do equipamento médico (e do fármaco, naturalmente). Uma das consequências dessa interposição tecnológica na práxis médica contemporânea, talvez a mais importante, é a implosão da relação milenar terapeuta-paciente.

Em resumo, podemos constatar, na medicina ocidental contemporânea, a convivência contraditória de uma tripla cisão: a cisão entre *ciência* das doenças e *arte* de curar (*episteme*), desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; a cisão na prática médica de combate às doenças (*praxis*) entre diagnose e terapêutica, desenvolvida sobretudo a partir do fim do século XIX; finalmente, a cisão no agir clínico (*techne*) da unidade relacional terapêutica médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição das tecnologias “frias”, a partir da segunda metade do século XX.

Esta tripla cisão constitui, a nosso ver, uma das explicações sócio-antropológicas plausíveis para a grande procura de outras racionalidades médicas e suas interfaces, nos últimos 30 anos, no mundo ocidental, configurando o florescimento do que se denominou, em termos do *establishment* médico, de “terapêuticas alternativas”. Ela pode ser, igualmente, a explicação do profundo mal-estar que atinge atualmente esse *establishment*, sob a designação de “crise da medicina” ou, mais recentemente, de “crise de paradigma da medicina”.

Racionalidades médicas e cosmologias

Salientemos, pois, que: em nosso estudo comparativo, verificamos que essas cisões que atingiram o sistema médico ocidental não atingiram os sistemas médicos orientais (medicina tradicional chinesa e medicina

ayurvédica) e não tocaram a medicina homeopática, na medida em que a arte de curar continuou a ser o elemento predominante do seu conhecimento, e que a relação de cura ou restabelecimento da saúde dos doentes continuou a ser o fundamento da sua prática.

No entanto, cosmologias que integram homem e natureza numa perspectiva de macro e micro-universos, e que postulam a integralidade do sujeito humano como constituída de aspectos psicobiológicos, sociais e espirituais, embasam as cinco dimensões das medicinas orientais e da homeopatia, tendo profundas repercussões tanto nas doutrinas médicas, quanto nos sistemas diagnósticos e terapêuticos dessas medicinas. Essa dupla integração leva a considerar a doença como fruto da ruptura de um equilíbrio interno e relacional ao mesmo tempo. Interno, no que concerne ao micro-universo que constitui o homem; relacional, no que concerne às relações entre o homem e o meio no qual se insere: natural, social e espiritual. Pode-se até encontrar, nessas medicinas, um inventário classificatório das doenças existentes; entretanto, elas não têm interesse em si mesmas, devendo ser referidas, tanto em termos diagnósticos, como terapêuticos, aos sujeitos e suas constituições. Trata-se, assim, nos casos dos três sistemas mencionados, de “medicinas de constituições”, nas quais os elementos cosmológicos desempenham papel importante na determinação das constituições individuais.

Na racionalidade médica ocidental, a dupla integração mencionada é considerada não existente ou “hipotética”, isto é, destituída de base científica. Não constitui, por isso, objeto de investigação da ciência médica, na medida em que o objeto epistemológico desse sistema, como já salientamos, é a doença, sua identificação, classificação, e a busca de suas causas (etiologia). Consequentemente, o objetivo da medicina não é mais o restabelecimento da saúde de sujeitos individuais, mas o combate à doença e à morte coletivas, combate mediatizado por instituições médicas públicas (“medicina social”).

Vemos que na visão ocidental predominante, o sobrenatural, ou o espiritual, é identificado com o místico, com a visão de Deus, dos Anjos, dos Santos, dos espíritos – enfim, de toda a doutrina ligada à teologia judaico-cristã, contra a qual se posicionou desde seu início a ciência moderna. Desta forma, a continuidade dos “mundos” (ou

dimensões) individual, natural, social e espiritual é impensável. O advento da doença como expressão da ruptura da harmonia dessa continuidade torna-se tolice, ou absurdo.

Nas medicinas tradicional chinesa, ayurvédica e homeopática, ao contrário, toda doença é fruto de um desequilíbrio de forças naturais (materiais) e espirituais (imateriais), desequilíbrio entendido como ruptura de harmonia, quebra de certa ordem cósmica em movimento, que inclui o homem ao mesmo tempo como sua expressão e seu partícipe. O absurdo seria não considerar essa harmonia e a interrelação dos elementos do macro e do micro-cosmos. O saber médico e, portanto, a racionalidade médica suposta a esse saber, são necessariamente distintos daquele originado pela racionalidade científica moderna. Distinção que se exprime nas cinco dimensões da racionalidade: na doutrina médica, na morfologia e na dinâmica vital humanas, nos sistemas de diagnose e terapêutica.

Mas essa distinção não significa, necessariamente, na materialidade das dimensões, e sobretudo na prática terapêutica, oposição ou exclusão. Na verdade, há muitas complementaridades, compreensíveis quando se trata das medicinas “exóticas” comparadas entre si, mas surpreendentes quando verificadas face à medicina ocidental.

Racionalidades médicas e “terapêuticas alternativas”

Não é outra coisa o que podemos verificar na tendência da medicina ocidental de incluir, em seu estoque terapêutico, as técnicas oriundas das medicinas orientais, como a acupuntura e a moxabustão, ou a prática dos exercícios de meditação, ou artes marciais, ligados tanto à medicina tradicional chinesa como à ayurvédica. É verdade que essa inclusão tende a ser, muitas vezes, mera apropriação mecânica de aspectos terapêuticos que são parte de um sistema coerente e integrado. Verifica-se, nesse caso, uma descontextualização das racionalidades médicas orientais, com conseqüente menosprezo pelo significado filosófico e médico dessas medicinas.

Entretanto, o esforço de reconhecimento de eficácia nesses aspectos, e a tentativa de comprová-los experimentalmente no sentido de legitimá-los institucionalmente também não devem ser menosprezados como fato de importância crescente na biomedicina nos últimos anos.

Também o reconhecimento da homeopatia e da acupuntura por muitos médicos e profissionais de saúde de especialidades diversas não deve ser deixado de lado, devido a sua significação prática e institucional, além das recentes políticas de inclusão dessas racionalidades em serviços de saúde.

O que queremos salientar com essas tendências é que, apesar de se tratarem de paradigmas médicos inegavelmente distintos, orientados por cosmologias que conflituam nos seus aspectos principais, originando doutrinas médicas opostas em vários pontos, as racionalidades médicas orientais, homeopática e científica moderna têm pontos de paralelismo e convergência nas dimensões tanto da diagnose como da terapêutica. Talvez se possa afirmar, em termos gerais, que é nos sistemas diagnóstico e terapêutico das racionalidades que tende a haver maior concordância e complementariedade (ou, pelo menos, menor grau de conflito e exclusão) entre as racionalidades médicas. Isto não nos autoriza a afirmar que no plano da prática, *do agir clínico*, as diferenças se desfazem, mas é evidente que a superação de contradições entre os sistemas passa muito mais pela arte da cura do que pela ciência da doença (ou do adoecer humano).

Em princípio, visto que a finalidade básica milenar da medicina de curar doentes é mobilizada, ocorre sempre que a questão da terapêutica passa a primeiro plano, as diferenças de doutrina médica entre as racionalidades são amenizadas, e uma abertura para outros sistemas terapêuticos pode ser observada, ao menos no caso da medicina ocidental – isto é, tanto da medicina científica como da homeopática.⁵

No que concerne à questão do sistema diagnóstico, os paralelismos e pontos de encontro são muito mais frequentes entre as racionalidades que partilham um paradigma vitalista, isto é, as medicinas homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. Pois essas medicinas têm em comum o mesmo objeto, o ser humano doente, e o mesmo objetivo, que é curar o indivíduo, restabelecendo-lhes a saúde ou a

⁵ Não tivemos ainda a oportunidade de observar empiricamente se o mesmo acontece em relação às medicinas tradicional chinesa e ayurvédica face à medicina ocidental, mas é provável que a integração seja ainda maior no plano terapêutico, face às questões socioculturais contemporâneas que caracterizam as relações das sociedades chinesa e indiana com a civilização atual, em seu estágio globalizado.

expandindo. Além disso, partilham uma cosmologia integradora da natureza e do homem e, no interior do homem, de seus aspectos natural e espiritual (sobrenatural). O meio ambiente, natural e social, bem como as circunstâncias do adoecimento dos sujeitos têm, para essas medicinas, grande importância no estabelecimento de diagnósticos.

Outros elementos, de natureza qualitativa, como duração, intensidade, modalidade, lateralidade, ritmo dos sintomas, vistos tanto nos planos orgânico, como sensorial, emocional e espiritual (domínio da existência, da vontade, da liberdade), são considerados de grande importância nos sistemas diagnósticos dessas racionalidades médicas. Isso dá origem a uma semiologia riquíssima e detalhada, bem como a diversas técnicas de exame e obtenção de diagnóstico⁶.

Os pontos de contato, nesse caso, com a medicina ocidental, são muito poucos. Mas existem, como no caso da palpação, da ausculta, do exame de pulso (ou pulsos), de olhos, língua, unhas, etc. Em suma, a clínica convencional, ligada à arte de curar, desprovida de sofisticação tecnológica, tem pontos de encontro com os sistemas de exame-diagnóstico das medicinas tradicionais, embora o objetivo central do diagnóstico possa ser diferente em cada paradigma. No caso da clínica ocidental, trata-se de esclarecer a doença, e no caso das medicinas tradicionais, o desequilíbrio específico do doente face a sua constituição.

No que concerne à dinâmica vital, também os pontos de encontro, as semelhanças, concentram-se nas racionalidades partilhando o paradigma bioenergético, isto é, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica. Porque a presença da vida como movimento, por um lado, e como energia, ou força, ou sopro, por outro, fazem dessas medicinas sistemas de análise do dinamismo vital humano, tanto no que concerne ao estado de saúde como o adoecimento dos indivíduos. Mesmo a fisiopatologia é a fisiopatologia do enfermar-se, isto é, do processo de aprofundamento do adoecer dos sujeitos, enquanto que na medicina ocidental trata-se sobretudo da fisiopatologia de doenças – de fato, trata-se de uma fisiopatologia. Para as medicinas vitalistas (que neste trabalho incluem a medicina homeopática, a

⁶ Cf. o quadro-resumo das racionalidades médicas no capítulo anterior.

tradicional chinesa e a ayurvédica), a fisiopatologia das doenças pode ser considerada como um elemento de apoio para a compreensão da dinâmica vital dos sujeitos, mas não poderá ser tomada isolada ou principalmente como guia da diagnose ou da terapêutica.

Finalmente, no caso da morfologia (“anatomia”) humana é que aparecem as maiores diferenças entre as medicinas tradicionais (e a medicina homeopática pode ser incluída, até certo ponto, entre eles) e a medicina ocidental contemporânea. Não apenas o sistema de denominações é muitas vezes diferente, como o recorte do corpo humano, de seus limites e componentes, pode ser totalmente distinto. Inclusive no que concerne à própria noção de corpo. Pode-se ter uma compreensão de corpo energético, que constitui uma verdadeira “anatomia energética”, nas medicinas tradicionais, como no caso de medicina tradicional chinesa, através dos canais de meridianos com seus pontos, como na medicina ayurvédica, com sua escala de corpos do “grosso”, ou mais denso, ao mais sutil, ou mesmo na homeopatia, onde um sistema de circulação energética, suposto ao sistema orgânico, através do percurso da energia vital, permanece implícito, embora postulado.

Também a definição e a compreensão de órgãos e sistemas é claramente díspar, exprimindo a diversidade de contextos culturais, com suas representações e símbolos muito distintos entre si. No entanto, analogias e aproximações mesmo nesse campo podem ser feitas, sobretudo entre as medicinas tradicionais, mas também com a medicina ocidental. Em outras palavras, queremos dizer, encerrando este texto, que as racionalidades médicas aqui estudadas podem ser efetivamente comparadas em todas as suas dimensões teórico-práticas, e que a utilidade deste estudo é nos abrir a possibilidade de estabelecer critérios metodológicos e práticos de verificação adequados a essas racionalidades, sem o reducionismo típico de nossa racionalidade: monológica, cultural e politicamente situada no poder dominante. No entanto, a tendência atual ao sincretismo das racionalidades médicas, através das ações normativas dos sistemas de saúde, e das práticas dos terapeutas e pacientes, coloca-se como um desafio conceitual à própria categoria de racionalidade médica, na medida em que o universo de significados próprio de cada sistema tende a dissolver

suas fronteiras na convivência com os outros, em ‘fusões sincréticas’ e a ideia moderna de racionalidade como um sistema fechado, ao estilo estrutural-funcional, não se mantém.

É necessário acentuar, neste final, o caráter tendencial da categoria de racionalidade médica: os sistemas médicos são, na verdade, *quase-sistemas* que se reestruturam continuamente no contato histórico-cultural, interagindo sem cessar com práticas de sistemas diagnósticos e terapêuticos diversos que se constroem, solidificam ou se dissolvem na sociedade atual. É preciso salientar, também, o caráter em geral pouco coerente, ou mesmo conflitivo, interno às racionalidades, e das racionalidades entre elas, acentuado pela oposição entre *saber e prática* na medicina. Buscar nas racionalidades médicas, em que frequentemente arte e ciência médica coexistem não sem conflito, a coerência típica do discurso matemático, ou econômico, é buscar o inexistente. Em todo caso, de fato, acreditamos estar penetrando no limiar de um novo e integrativo paradigma ou racionalidade em saúde.

Referências

- ALMEIDA, E. *As Razões da terapêutica: racionalismo e empirismo na medicina*. Niterói: ARTZ, 2002.
- CAMARGO JR, K.R. *Ir-racionalidade médica: paradoxos da clínica*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1991.
- _____. Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Cadernos de Sociologia*, Rio de Janeiro, v.7, p.129-150, 1995.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.
- COULTER, H. *Divided legacy: the schism in medical thought*. 2 ed, v. III. Los Angeles: North Atlantic Books, 1982.
- FOUCAULT, M. *Les mots et les choses*. Paris: Gallimard, 1966.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- LUZ, M.T. *A Arte de curar x a ciência das doenças*. História social da homeopatia no Brasil. São Paulo: Dynamis, 1996.
- LUZ, M.T. et al. *Racionalidades médicas e sistemas de conhecimento*. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 2. Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1993, p. 1-41.

_____. *Introdução*. In: SEMINÁRIO DO PROJETO RACIONALIDADES MÉDICAS, 1. Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 1992, p. 1-41.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro, Campus, 1988.

_____. *Medicina e Racionalidades Médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática tradicional chinesa e ayurvédica* in: CANESQUI, A.M. (org.). *Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: Hucitec, 2000. p.181-200.

_____. *Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área de saúde*. In: SOUZA, A.N.; PITANGUY, J. (org.). *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: EdUFRJ, 2006. P.195-203.

TAMAYO, R.P. *El concepto de enfermedad*. v. I. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

A medicina ocidental contemporânea¹

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR.

Apresentação

O objetivo deste trabalho é apresentar as características da racionalidade da medicina ocidental contemporânea (também chamada de medicina científica), segundo a definição operacional de racionalidade médica proposta por Madel Luz (1992, p. 1): “um sistema lógico e teoricamente estruturado, composto de cinco elementos teóricos fundamentais”, quais sejam: a) uma morfologia ou anatomia humana; b) uma fisiologia ou dinâmica vital humana; c) um sistema de diagnósticos; d) um sistema de intervenções terapêuticas; e e) uma doutrina médica. Além desses elementos constitutivos, é importante também considerar que os fundamentos das racionalidades assim descritas residem numa cosmologia.

Cosmologia

A cosmologia dominante na sociedade ocidental era dada, na Idade Média (principalmente na alta Idade Média, nos séculos XII e XIII), pela visão religiosa da Igreja Católica. A racionalidade desta cosmologia, entretanto, remonta a Aristóteles (citado à época como “O Filósofo”), reinterpretado por Tomás de Aquino. Mesmo no

¹ A primeira versão deste texto foi publicada na Série Estudos em Saúde Coletiva n.65, do IMS-UERJ, em 1993.

mundo islâmico, a sombra do estagirita se projetava em inúmeros comentadores, em especial Averrois.²

Grosso modo, a *physis* aristotélica tinha como tema central a dialética mudança/continuidade, expressa nas modificações da natureza ou ainda nas modificações sofridas por corpos em movimento, dentro de uma ótica fundamentalmente qualitativa. A fonte de toda a mudança (movimento) no cosmo seria um “motor primeiro”, por sua vez imóvel – noção prontamente associada, nas tradições religiosas monoteístas, à concepção da divindade única. O movimento seria função de uma propriedade (denominada *impetus* pelos comentadores medievais de Aristóteles), transmitida de um corpo a outro e produzindo, desta forma, os deslocamentos. O mundo celeste e o sublunar (terreno) seriam divisões estanques e hierarquizadas, sujeitas a “leis” de funcionamento diferentes, ainda que analogicamente influenciáveis.

Essa episteme³ teocêntrica vai sendo desalojada progressivamente, a partir do Renascimento (séculos XV e XVI), num processo que culmina no “Século das Luzes” e no firme estabelecimento da ciência experimental como fonte última da verdade. Um primeiro momento de ruptura é dado, segundo vários autores (Koyré, 1991, p. 152-80; Prigogine e Stengers, 1984; Stengers, 1989) pelo trabalho de Galileu, que, retomando concepções platônicas, começa a aplicar sistematicamente um método experimental para decifrar no livro da Natureza a escrita (geométrica) de Deus. A ciência galilaica é quantitativa, opondo-se quase ponto a ponto à racionalidade aristotélica. Com Galileu cai a barreira entre céus e terra, que passam a ser regidos pelas mesmas “leis universais”. A instauração deste embrião da racionalidade científica moderna desloca o alicerce da cosmologia ocidental para duas disciplinas: a astronomia e a física. A racionalidade da mecânica clássica é progressivamente rearticulada e consolidada por vários cientistas e filósofos (ou por combinações dos dois, na medida em que a separação entre ciência

² Koyré (1991). Ver em especial o capítulo “Aristotelismo e platonismo na filosofia da Idade Média”.

³ Adoto aqui o sentido de “campo epistemológico”, como Machado (1982), no capítulo 3 da segunda parte, define o conceito utilizado por Foucault (1990). Ver ainda Foucault (1972).

e filosofia é basicamente pós-kantiana), entre os quais se destacam os nomes de Newton, Descartes e Kant. O Universo (e não mais “cosmo”) assume então a feição de máquina, especificamente dos relógios e modelos planetários que são criados abundantemente nesse período (Luz, 1987, cap. 2). A filosofia pós-kantiana assume cada vez mais o papel de tribunal da razão, uma espécie de “ciência das ciências”. Esta tendência se fortalece em especial com o surgimento do positivismo, com Comte, e posteriormente com outros autores, como Fichte e Mach, quando a teoria do conhecimento presente em Kant é substituída pelo debate metodológico da ciência, identificada como o modo de produção de verdades (Habermas, 1987). É neste momento histórico (fins do século XVIII/início do século XIX) que nasce a clínica (Foucault, 1980). Este registro é importante para que se perceba que as construções simbólicas da medicina moderna se encontram embasadas nesta episteme, impregnando o imaginário médico até nossos dias com esta visão-de-mundo mecanicista. O momento máximo desta filosofia “metacientífica” é dado, já em nosso século, por certo número de filósofos idealistas, entre os quais Karl Popper, que pretendeu haver encontrado um critério absoluto de determinação do que é ou não “científico”. Tais autores têm entre si o laço comum de procurar encontrar na Razão (necessariamente grafada com inicial maiúscula) um critério inequívoco de determinação de cientificidade, frequentemente associado de modo excludente a ideais de verdade e reprodução fidedigna de um mundo “real”.⁴

⁴ Um exemplo um pouco mais recente é o trabalho de Laudan (1978). Ao tentar dar uma versão um pouco menos simplista de racionalidade – i.e. que pudesse dar conta das óbvias influências sócio-culturais e históricas – Laudan consegue, na melhor das hipóteses, criar uma espécie de “epistemologia do bom senso”, como pode se depreender, por exemplo, de sua definição de racionalidade: “fazer (ou acreditar em) coisas porque temos boas razões para fazê-lo” (p. 123). Este trabalho é, por sinal, um bom exemplo dos extremos a que pode chegar o chauvinismo epistemológico em seus piores momentos – ver, por exemplo, a referência feita ao trabalho de Foucault: “[...] Com sua ênfase dupla no mistério e opacidade do pensamento humano, com sua ênfase na 'história como poesia', o estruturalismo foucaultiano deve figurar como uma das modas historiográficas mais obscurantistas do século vinte. [...] Foucault se beneficiou da curiosa visão anglo-americana de que se um francês fala coisas sem sentido deve repousar numa profundidade que é por demais abissal para que um falante da língua inglesa possa compreender.” (op. cit, pg. 241). Embora quase todas as asserções que Laudan faz acerca do trabalho de Foucault sejam simplificações grosseiras (quando não completos equívocos) e, portanto, facilmente retrucáveis, com afirmações deste quilate qualquer tentativa de discussão séria seria pura perda de tempo.

A racionalidade científica físico-astronômica evoluiu até nossos dias com crises periódicas, solucionadas pela emergência (para usar a terminologia kuhniana) de novos paradigmas. De forma breve, apenas assinalarei essas etapas, citando as implicações que cada transição teve na visão cosmológica destas duas disciplinas.⁵

Uma primeira ruptura, ocorrida ao longo do século XIX, que pode ser simbolizada pela constituição da termodinâmica como disciplina,⁶ introduziu os conceitos de conservação de energia e de entropia e, com este último, uma direcionalidade no transcurso do tempo, que faz com que estados sucessivos de um sistema não sejam bidirecionalmente reversíveis, ao contrário da física e da astronomia clássicas, onde qualquer estado de um sistema mecânico poderia, ao menos teoricamente, ser deduzido retroagindo no passado ou projetando-se para o futuro, desde que se soubessem as trajetórias e as velocidades de todos os corpos constituintes do mesmo. Neste sentido, o tempo é “reversível”, pois qualquer trajetória de qualquer corpo pode ser retrçada numa ou noutra direção, o que já não acontece quando se leva em consideração o conceito de entropia, que introduz uma diferença irreversível entre estados de um sistema – este passa a ter “princípio” e “fim”, que não são intercambiáveis e indiferentes entre si. Com a irreversibilidade, introduz-se na ciência a noção de “flecha do tempo”. Adicionalmente, toda uma classe de fenômenos mostra-se inabordável na ótica da causalidade mecânica, adotando-se modelos probabilísticos para descrever, por exemplo, o fluxo de gases.

Outro momento importante, em fins do mesmo século, pode ser sinalizado pela constituição de outra disciplina, o eletromagnetismo, unificação de dois campos até então distintos operada por Maxwell, que assinala o início da unificação dos discursos da física, e começa a criar um mundo não mais de corpos em movimento, mas povoado de forças e campos intercambiáveis entre si.

⁵ Baseio-me aqui fundamentalmente na descrição de Prigogine e Stengers (1984).

⁶ Fato associado à necessidade de aumentar a eficiência das máquinas a vapor e do parque industrial nelas baseado.

A última ruptura, desenhada já em nosso século, deu-se com a superação da física newtoniana pela mecânica quântica, a partir do trabalho de Max Plank e das contribuições de vários outros físicos, como Dirac, Einstein e Heisenberg. A física de alta energia, como veio a ser chamada, reunifica o infinitamente pequeno e o infinitamente grande – fenômenos quânticos só são observados nesta escala.⁷ Surge, a partir do trabalho de Hubble e da descoberta da radiação cósmica de fundo, uma cosmogonia baseada num momento original de criação do Universo (o *big bang*).⁸ Toda a cosmovisão desenhada pela mecânica clássica naufraga; “fatos” clássicos tornam-se sem sentido. Matéria e energia são só coisa; partículas e ondas trocam de lugar com imensa facilidade;⁹ novas partículas elementares são descobertas em rápida sucessão, pondo em xeque o próprio conceito de “partícula elementar”; o tempo não mais transcorre num fluxo imutável, nem a massa ou o volume são propriedades intrínsecas de um corpo,

⁷ Embora as duas principais vertentes teóricas da Física recente – mecânica quântica e relatividade – permaneçam ainda incompatíveis entre si. (cf. Hawking, 1988).

⁸ A teoria do *big bang*, instante original de criação do universo, foi sendo montada aos poucos, partindo inicialmente do deslocamento observado nas raias espectrais da luz emitida por estrelas distantes, deslocamento este proporcional à distância das mesmas com relação à Terra. O “deslocamento para o vermelho” é explicado pelo efeito Doppler, que descreve uma alteração nas frequências de onda (originalmente sonoras, posteriormente observada com a radiação eletromagnética) emitidas por um objeto em movimento. Esta seria a principal evidência de um universo em contínua expansão, ao longo dos cerca de 16 milhões de anos transcorridos desde aquele momento inicial. A “radiação de fundo”, detectada por radiotelescópios num determinado comprimento de onda, com a mesma intensidade em qualquer direção, seria uma espécie de “trovejar” residual da explosão original. Esta evidência adicional, agregada a várias outras (algumas bem recentes, oriundas da atividade de satélites astronômicos), fortaleceu ao longo dos últimos 50 anos, aproximadamente, o modelo do universo em contínua expansão. O momento de criação desta teoria é fundamental para a cosmologia científica, que responde então até mesmo a questões tidas como terreno exclusivo da Metafísica, desde Kant. Uma exposição menos sumária desses assuntos e outros correlatos pode ser encontrada em livros de divulgação, como Asimov (1975).

⁹ Eu julgava que o caráter literário, e não literal, desta passagem fosse evidente: é óbvio que a “troca” a que aludi não passa da escolha, até certo ponto arbitrária, de modelos ideais para explicar determinados conjuntos de operações laboratoriais que teoricamente se referem às “mesmas coisas”, e que seriam, ainda do ponto de vista teórico, logicamente excludentes. Como, porém, isto não foi percebido por pelo menos um dos leitores da versão prévia deste texto, fica aqui registrada a ressalva...

alterando-se todos com o aumento da velocidade.¹⁰ Num universo relativista, paradoxalmente sem referenciais absolutos, a velocidade da luz no vácuo é uma constante. Esta visão apaixonante do universo tem sido fator constante de confusão para estudiosos de outras áreas, às vezes servindo como alibi para inconsistências constrangedoras em suas disciplinas. Veja-se que a “crise da ciência” é uma crise do papel social e político desta, não uma crise do seu modo de produzir conhecimentos. Este prossegue, imperturbável, desde seus primórdios. A mecânica quântica, com todas suas surpresas, é quase tão velha quanto este século. O aspecto perturbador que seu desenvolvimento possa ter para algumas pessoas, eventualmente, está muito mais ligado às fraquezas do ensino de ciências nas escolas (que em mais de um aspecto não conseguiu sequer chegar ao século passado) do que a qualquer fragilidade intrínseca da física contemporânea. Resumindo: se o universo quântico nos parece incompreensível, isto não se deve a uma “incompreensibilidade” intrínseca desta teoria, mas ao baixo grau de socialização dos conhecimentos gerados pela física em nosso século.¹¹

Retomando, por fim, a questão do “imaginário científico” da medicina contemporânea, reitero a vinculação do mesmo a uma racionalidade científica bastante diferente, e bem mais antiga que a racionalidade descrita nos parágrafos imediatamente anteriores. Esta racionalidade, ainda da mecânica clássica, caminha no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus “mecanismos” originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser

¹⁰ Pela teoria geral da relatividade, quando um corpo se aproxima da velocidade da luz, suas dimensões se reduzem, sua massa aumenta e o tempo transcorre cada vez mais devagar, dando origem à dilatação do tempo, tema caro aos escritores de ficção científica. A uma velocidade significativamente próxima à da luz (mais de 99%), um corpo teria dimensões tendendo a zero, massa tendendo a um valor infinito, e o tempo, para este objeto, tenderia a estacionar. Por conta destes fenômenos, atingir a velocidade da luz seria impossível, a não ser para os fótons, que teriam “massa de repouso” (um valor fictício, já que um fóton está sempre em movimento, à velocidade da luz) zero. (Asimov, 1975, p. 97-108).

¹¹ “a ‘educação científica’, que julgamos suficiente para a cultura geral, não visa senão a química e a física mortas, no sentido em que dizemos que o latim é uma língua ‘morta’” (Bachelard, 1971).

debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças”. Resumindo, esta racionalidade pode ser delineada em três proposições:

- dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individualizáveis – caráter *generalizante*;
- os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos – caráter *mecanicista*;
- a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes – caráter *analítico*.

A racionalidade médica contemporânea: introdução

Dentro da visão analítico-mecanicista delineada acima, e coerente com a mesma, a medicina que se origina a partir da anátomo-clínica é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças.¹² Os ganhos tecnológicos mais avançados são incorporados constantemente ao acervo fenomenotécnico¹³ das várias disciplinas médicas, porém sempre submetidos à racionalidade mecânico-causal descrita acima. O corpo humano visto pela medicina é dividido em sistemas, agrupados segundo as propriedades isoladas por cada uma das disciplinas articuladas em seu discurso. Outra característica importante do saber médico é a divisão entre “normal” e “patológico”, divisão esta que é operativa, e não conceitual (Canguilhem, 1981). Esta divisão também se reflete na organização do saber médico, onde por vezes (embora não necessariamente) formam-se pares de disciplinas homólogas divididas pela pertinência aos domínios da “normalidade” ou da “patologia”. Exemplo típico é dado pelo par fisiologia/fisiopatologia.

¹² Desenvolvi esta asserção num trabalho anterior (Camargo Jr., 1990).

¹³ O termo proposto por Bachelard refere-se à característica da ciência contemporânea produzir fenômenos, mais do que relatá-los (Bachelard, 1971, p. 72-73).

Os sistemas em que o corpo se divide, nesta racionalidade, são:¹⁴

- Sistema nervoso (SN);
- Sistema cárdio-vascular (SCV);
- Sistema respiratório (SR);
- Sistema digestivo (SD);
- Sistema endócrino (SE);
- Sistema retículo-endotelial (SRE);
- Sistema imunológico (SI);
- Sistema genito-urinário (SGU);
- Sistema musculoesquelético (SME)

A divisão é parte morfológica, parte funcional, com prioridade para esta última. Alguns sistemas são subdivididos, como o nervoso, que pode ser clivado em sistema nervoso central e sistema nervoso autônomo, cada um com funções específicas, ainda que interligadas. Esta última característica, a interligação, é atribuível a todos os sistemas, na medida em que necessariamente fazem parte de uma mesma totalidade orgânica, e mostra o grau de arbitrariedade inerente a qualquer divisão deste tipo.

Há um grande grau de correspondência entre a divisão dos sistemas e a divisão em especialidades da própria medicina. Assim, o sistema respiratório é território dos pneumologistas, o gastrointestinal dos gastroenterologistas e o sistema nervoso central, dependendo do ângulo que se tome, é dos neurologistas ou dos psiquiatras. Esta divisão territorial não é regra, na medida em que existem especialidades clínicas e cirúrgicas que respondem por um mesmo espaço; de todo modo, a organização em sistemas é também uma organização do saber médico. Várias taxonomias cruzam-se neste campo do saber, superpondo-se de forma imperfeita e dando origem a várias inconsistências. O maior exemplo destas últimas é dado pelo grande catálogo de doenças utilizado por médicos em todo o mundo, a Classificação Internacional de Doenças (CID). O critério de agrupamento de sua primeira divisão é etiológico (I-doenças infecciosas e parasitárias), o da segunda é anátomo-clínico (II-neoplasmas), os das seguintes

¹⁴ Como esses sistemas serão constantemente citados nas seções subsequentes, passarei a utilizar as siglas entre parênteses quando me referir a eles.

são morfo-funcionais (III-transtornos das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo e transtornos imunitários e IV-doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos¹⁵), o da próxima é filosófico (V-transtornos mentais) e assim por diante, numa classificação que lembra muito o bestiário criado por Borges, citado por Foucault no início de *As palavras e as coisas*.

As várias disciplinas que se entrecruzam na prática médica não são articuladas no nível teórico-conceitual, mesmo porque o corpo conceitual fundamental desta prática é em larga medida implícito. A articulação dos saberes entre si e destes com a prática é fluida, o que faz com que a prática médica possa ser vista neste particular como um interminável exercício de criação de ideologias científicas, tal como foram descritas por Canguilhem: “[...] sistemas explicativos cujo objeto é hiperbólico, relativamente à norma de cientificidade que eventualmente lhe é aplicada.”¹⁶ A relação entre teoria e prática, portanto, não é de determinação; embora as formulações teóricas sejam fundamentais do ponto de vista da legitimação social (jurídica, política, cultural) da prática médica, o papel exercido pela teoria no exercício profissional é contingente. Mais ainda, a congruência das várias formulações disciplinares é também incompleta, daí resultando que formulações explicativas divergentes, irreduzíveis umas às outras, estejam disponíveis para um mesmo evento. Frente a uma doença infecciosa, por exemplo, pode-se conceder preponderância à ação de microorganismos ou à resposta imunitária do hospedeiro (no caso, o homem). Muito embora a ideia de “multicausalidade” seja frequentemente proposta como modelo explicativo,¹⁷ os modelos de causalidade linear predominam na prática (quando alguma causa é postulada), fazendo com que discursos disciplinares tidos como complementares acabem por se tornar concorrentes. Disto tudo resulta que a prática médica recorre com surpreendente flexibilidade ao seu arsenal teórico, muitas vezes prosseguindo sem teoria nenhuma, sem que isto represente necessariamente um menor rigor profissional ou

¹⁵ Note-se aqui a sutileza do deslizamento de “transtorno” para “doença”.

¹⁶ Ver Canguilhem (1977), em especial as conclusões à p. 41, de onde destaquei a citação.

¹⁷ Para uma crítica deste conceito, veja-se Almeida Filho (1989), em especial p. 19.

menos anida uma perda da qualidade – e da eficácia – do exercício profissional (Camargo Jr, 1990, p. 110-111). Outra consequência importante, agora do ponto de vista teórico, da fluidez teórico-conceitual apontada é que as eventuais “rupturas” epistemológicas não implicam necessariamente superação, abandono do saber “velho”. Remanescentes de etapas historicamente anteriores coexistem com o contemporâneo no interior do saber médico; em mais de um sentido, as teorias microbianas do adoecer resgatam as noções ontológicas das doenças, por exemplo. Esta característica é observada ainda no fato, apontado no início desta seção, de que aquilo que poderíamos chamar de imaginário científico da medicina contemporânea se enraíza na física clássica (mecanicismo, causalidade linear) e não nos desenvolvimentos já nem tão recentes desta disciplina, em que pese o equipamento médico ter incorporado em larga escala as conquistas da mecânica quântica, por exemplo.¹⁸

Doutrina médica

É basicamente implícita. A atividade profissional e o próprio referencial teórico da medicina não dispõem de um “fio condutor” claramente enunciado. Do ponto de vista da formalização, um arremedo de “doutrina” é dado por alguns aforismos, às vezes em latim, com que esbarramos com certa frequência ao ler manuais de medicina, tais como: “não há doenças, e sim doentes” (dito que na prática não tem qualquer repercussão), *primum non nocere* etc. Não há ideais ético-normativos explícitos que guiem o médico, com a possível exceção da legislação deontológica da atividade profissional, que, todavia, não é em hipótese alguma uma instância de articulação teórico-conceitual. Esta situação não é propriamente uma surpresa, na medida em que praticamente todas as noções fundamentais da medicina (como doença, saúde, cura e até mesmo homem, no sentido de ser humano) são igualmente implícitas.

¹⁸ Um exemplo de sofisticação tecnológica é a tomografia por ressonância magnética nuclear. A incorporação acelerada das novas tecnologias na medicina talvez só encontre paralelo na indústria militar.

Outra característica importante, ao menos como prática discursiva, é a alusão recorrente a três domínios teóricos que são a suposta tradução da “totalidade do homem”: biologia, psicologia e sociologia. A pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos num só – biopsicossocial – como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Agregue-se a isto o fato de que os termos “psico” e “social” não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico (Camargo Jr., 1990).

Há, todavia, uma espécie de “doutrina da não-doutrina”, um suporte comum não enunciado que se apoia por um lado na forma consensual de exercício da prática médica e, por outro, num grupo de representações que desempenha o papel que se esperaria de uma doutrina geral. Tais representações são, no seu conjunto, coerentes com a cosmologia mecanicista que alicerça, ainda que de modo dissimulado, o saber médico. A dificuldade com esse grupo de representações é que ele não se encontra explicitado em nenhum lugar, embora seja ubíquo. Pode-se percebê-lo claramente nas entrelinhas do saber médico; pode-se entrevê-lo quando um professor de medicina ensina. Num certo sentido, pode-se dizer que constituem a espinha dorsal da “ciência médica”. Esse grupo de representações poderia ser resumido em um número bem pequeno de proposições, tais como: “as doenças são coisas, de existência concreta, fixa e imutável, de lugar para lugar e de pessoa para pessoa; as doenças se expressam por um conjunto de sinais e sintomas, que são manifestações de lesões, que devem ser buscadas por sua vez no âmago do organismo e corrigidas por algum tipo de intervenção concreta”. O termo “concreta” aqui se refere às terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas, mais valorizadas pelos médicos de um modo geral.

Essas proposições, que formam uma espécie de “teoria das doenças”, não se encontram em lugar nenhum, mas dificilmente soariam estranhas a qualquer médico. Não sendo explicitadas, não podem ser confrontadas, dissecadas. Não sendo discutidas, impregnam cada palmo da atividade médica, sem se submeter aos cânones do dogma científico. Tais representações se transformam numa espécie de “corpo

teórico” paracientífico, com um conjunto de categorias próprias. Paradoxalmente, a experiência individual do médico é extremamente valorizada. A tensão entre as intenções generalizantes da “teoria médica” e a prática individualizada é apenas mais um exemplo das incontáveis contradições que permeiam o campo da medicina.

Morfologia

Compreende pelo menos três disciplinas: a anatomia, a histologia e a anatomia patológica. Sua evolução histórica processou-se do macro para o microscópico, rearticulando seu campo semântico a cada passo (o conceito de tecido, por exemplo, foi rearranjado após a incorporação da teoria celular, descrevendo seus vários tipos a partir de seus constituintes elementares, e não mais pela categorização macroscópica). As etapas foram: tecidos – órgãos – células – componentes celulares – biologia molecular. Esta última etapa corresponde a uma disciplina que articula morfologia e dinâmica vital em seus próprios domínios.

Componentes por sistema

- SN: cérebro, cerebelo, tronco cerebral, medula espinhal, nervos periféricos;
- SCV: coração, artérias e veias;
- SR: pulmões, traqueia, laringe;
- SD: esôfago, estômago, intestinos delgado e grosso, pâncreas exócrino e fígado;
- SE: glândulas hipófise, pineal, tiroide, paratiroides, suprarrenais, pâncreas endócrino, ovários, testículos;
- SRE: baço, medula óssea;
- SI: linfonodos, timo;
- SGU: rins, ureteres, bexiga, uretra, aparelho reprodutor masculino e feminino;
- SME: ossos, músculos, tendões, articulações.

Dinâmica vital

Abarca principalmente a fisiologia, a fisiopatologia e a bioquímica, e possivelmente a genética, disciplinas que, dentro do campo médico, são as mais diretamente relacionadas com o método experimental.

Alguns conceitos genéricos são fundamentais para estas disciplinas. O primeiro é a noção de um meio interno, microambiente corporal isolado do resto do universo por barreiras epiteliais (pele e mucosas). À manutenção das condições de funcionamento deste microambiente dentro de limites estreitos de tolerância denomina-se homeostase. Os processos diretamente relacionados com a manutenção desta constância interna, comuns a todos os seres vivos, são coletivamente denominados vida vegetativa, e os processos de interação voluntária com o resto do ambiente são por sua vez chamados de vida de relação. A utilização da palavra vida aqui não tem qualquer conotação ontológica, podendo ser traduzida por “modo de funcionamento do organismo”, da forma mais mecânica possível. Outro conceito importante é o de metabolismo, visto como o conjunto de reações (bio)químicas que se dão no organismo.

A visão de funcionamento orgânico que emerge destas disciplinas é fortemente ligada à teoria de sistemas. Assim, a manutenção da homeostase é vista como função de um conjunto de mecanismos regulatórios baseados em laços de retroalimentação (*feed-back loops*). Esta visão cibernética, contemporânea de outras ciências, coabita com a racionalidade descrita anteriormente no âmbito destas disciplinas. Na prática médica, porém, predomina a segunda.

Funções por sistemas

- SN: controles finais de boa parte da atividade orgânica; controle de toda a vida de relação (“funções nervosas superiores”: fala, ideação, etc.); processamento de *inputs* sensoriais;
- SCV: distribuição do sangue, veículo de nutrientes e oxigênio e também via de escoamento de escórias, por todo o corpo, em quantidades adequadas às flutuações da atividade física;
- SR: oxigenação do sangue e eliminação do gás carbônico;
- SD: processamento do alimento ingerido para redução a nutrientes elementares, levados à circulação;
- SE: controle do metabolismo como um todo pela liberação de substâncias que atuam à distância, os hormônios, na corrente sanguínea;

- SRE: formação e destruição periódica de hemácias, linfócitos e plaquetas, componentes celulares do sangue, cada qual com atribuições específicas;
- SI: defesa contra toxinas e determinados microrganismos agressores;
- SGU: excreção de resíduos metabólicos, que teriam efeito tóxico, caso se acumulassem, e reprodução; SME: suporte físico dos demais sistemas e órgão efector da vida de relação (locomoção, movimento, etc.).

Diagnose

Compreende várias técnicas coletivamente denominadas semiologia. Segue etapas predefinidas que compreendem a anamnese e o exame físico, dividido em inspeção, palpação, percussão e ausculta, no que é conhecido como semiologia desarmada e, posteriormente (idealmente), o recurso ao instrumental técnico cada vez mais abundante (exames complementares). Este movimento de tecnificação semiológica mimetiza o processo mais geral das ciências, cada vez mais instrumentalizadas.

A disciplina central aqui é a clínica, que tem duas operações básicas: a leitura do quadro (função da semiologia) e a localização na grade conceitual das doenças conhecidas. Embora as prescrições teóricas descrevam estes dois momentos como sequenciais, na prática as duas etapas se interpenetram, na medida em que hipóteses diagnósticas surgem desde cedo, influenciando a própria coleta de dados. A construção das categorias diagnósticas é um empreendimento conjunto da clínica e da epidemiologia, embora presas ambas a um mútuo desconhecimento.

O momento da diagnose é o que mais se enquadra no que Ginzburg denominou de paradigma indiciário (Ginzburg, 1989): um modo de produção de conhecimentos que se concretiza na individualização de singularidades a partir de indícios recolhidos de forma não-sistemática.

Há uma valorização relativa pela corporação dos procedimentos diagnósticos quando comparados com a terapêutica, em especial dos casos “difíceis”, das doenças raras, quando a identificação do “diagnóstico correto” é tida como uma prova de grande conhecimento teórico. Talvez por isso, nem sempre o estabelecimento de hipóteses

diagnósticas obedeça a critérios de probabilidade (*i.e.*, considerar primeiramente as doenças mais frequentes), partindo, ao invés disso, das doenças mais raras e seguindo um procedimento de exclusão até chegar-se a um diagnóstico. Nas situações em que isto não ocorre, o que é frequente no atendimento ambulatorial, o processo de solicitação de exames parece também prosseguir indefinidamente.¹⁹ É digno de nota ainda que os casos em que o diagnóstico não é claro são tratados como se fossem atípicos, mesmo representando uma parte considerável da demanda ambulatorial.

Sistema de intervenção terapêutica

Inexistem princípios gerais de orientação, tal como na homeopatia, por exemplo. A terapêutica é definida para cada uma das doenças inventariadas, e pode ser tão variável quanto o número de itens neste catálogo. Embora teoricamente várias técnicas de intervenção devam ser utilizadas, na prática apenas medicamentos e cirurgias são considerados, via de regra, como terapêutica real. É digna de nota a inexistência da disciplina de terapêutica em várias escolas médicas, o que abre um grande espaço à ação dos propagandistas da indústria farmacêutica. A farmacologia, por sua vez, tem usualmente uma abordagem mais próxima da fisiologia, colocando-se ao lado das disciplinas básicas, e não das aplicadas, não desempenhando usualmente as funções da primeira.

Outras técnicas de intervenção – dietas, exercícios, etc. – embora descritas nos manuais, não têm o mesmo *status* teórico que a terapêutica mais “dura”, o que pode se evidenciar pelo pouco apuro com que são prescritas, mesmo porque usualmente se supõe que os pacientes não as irão seguir. A intervenção coletiva – via medicina preventiva – pode ser remetida ao mesmo referencial teórico;²⁰ além disso, como suas ações estão voltadas para a prevenção de doenças, não se encaixam, por definição, no conceito de terapêutica.

¹⁹ Isto foi denominado por Balint de “eliminação através de exames apropriados” (Balint, 1975). Ainda que se possa discordar de algumas das interpretações deste autor, sua obra traça um retrato bastante fiel de algumas das fragilidades e hesitações do saber e da prática da medicina. Ainda sobre este tema, ver Almeida (1988), Blank (1985) e Camargo Jr. (1990).

²⁰ Ver, por exemplo, Rodrigues (1979, p. 83-89), item 3.2 “Dupla face: prevenção e cura”.

A racionalidade epidemiológica: um esboço

Como já foi dito, a epidemiologia tem papel central na construção das doenças. Ressalto, porém que o objeto desta seção não é propriamente o saber epidemiológico, mas a interface entre esta disciplina e a clínica, lá onde, suponho, surgem as doenças. Note-se, portanto, que não pretendo abranger o campo disciplinar ou mesmo a metodologia da epidemiologia de modo exaustivo, mesmo porque a leitura de alguns textos críticos recentes (Almeida Filho, 1989 e 1992; Costa, 1990; Ayres, 1991; Schramm e Castiel, 1992) e levantamentos preliminares junto a *experts* na área foram suficientes para evidenciar o intenso debate metodológico e epistemológico que vem se desenrolando neste campo disciplinar ao longo dos últimos anos. Pretendo trabalhar aqui não com o estado-da-arte, mas com o saber instituído, não problemático, há muito estabelecido. Com este fim, atenho-me a alguns textos básicos de epidemiologia.²¹ Quando necessário, me reportarei aos textos críticos já apontados. As questões básicas concernentes à articulação entre as duas disciplinas (clínica e epidemiologia) podem ser abordadas em função da caracterização genérica de uma dada doença e do estabelecimento de nexos causais entre doenças e possíveis agentes etiológicos.

É importante assinalar que dos textos básicos citados apenas Sackett et al. e Kleinbaum et al. identificam problemas na definição do que seria uma doença, mesmo assim de uma forma bastante limitada.²²

²¹ MacMahon e Pugh (1970), Lillienfeld (1980), Kleinbaum et al. (1982), Sackett; Haynes; Tugwell (1985), Miettinen (1985). Além destes, consultei uma antologia de textos sobre métodos epidemiológicos que cobre três décadas de desenvolvimento disciplinar através dos *papers* selecionados: Greenland (1987, p. v).

²² Esses autores definem doença como “[o] desarranjo anatômico, bioquímico, fisiológico ou psicológico cuja etiologia (se conhecida), mecanismos desadaptativos, apresentação, prognóstico e tratamento nós lemos em textos médicos. Embora este elemento seja usualmente chamado a doença, a utilidade deste termo ambíguo é prejudicada pela inabilidade tanto de pacientes quanto cientistas da saúde em concordar sobre sua aplicação em situações específicas [...]”, passando a propor a adoção do termo *desordem alvo* (Sackett et al., 1985, p. 1). Ou seja, ainda que admitindo a ambiguidade do termo, pressupõe-se uma firme correlação do que usualmente se chama “doença” com uma desordem genérica e naturalmente dada. Kleinbaum et al. não chegam a elaborar um conceito de doença (a ênfase de seu livro está nos métodos), e a definição que dão é tão confusa que não vale a pena ser transcrita (1982, pg. 20). Miettinen sequer tenta elaborar um conceito de doença, enfatizando unicamente as “relações entre eventos” (1985, p. 1-5).

Todos, sem exceção, compartilham da visão de doença como entidade, objeto sem história, natural, portanto, tal como proposta pela clínica. É neste sentido que Naomar de Almeida Fo. afirma que a teoria da doença é propriedade da clínica (Almeida Filho, 1989, p. 17), ainda que reconhecendo o papel da epidemiologia na sua construção.

A crítica epidemiológica se resume à acuidade do diagnóstico, e possíveis variações do mesmo de acordo com o método adotado.²³ Neste particular, o papel da epidemiologia, em especial tal como entendido pelos epidemiologistas clínicos como Sackett, passa a ser apenas o de caracterizar de forma precisa a doença, bem como avaliar processos de identificá-la. Em que pese Foucault ter afirmado que certa teoria geral da ordem, dividida em *taxinomia* (ordenação qualitativa) e *máthêsis* (ordenação quantitativa), tenha se exaurido juntamente com a *episteme* clássica (Foucault, 1990, p. 87-91), creio que a articulação entre clínica e epidemiologia para produzir uma taxonomia das doenças com base em descrições qualitativas e quantitativas se processa em termos no mínimo bastante semelhantes.

Onde a epidemiologia encontra maior positividade, contudo, é no estabelecimento de causas. Face à impossibilidade ou severa limitação imposta à experimentação em *anima nobili* por óbvios imperativos éticos,²⁴ cabe à epidemiologia fornecer à clínica a evidência científica necessária à sua legitimação, por meio do estabelecimento de modelos expressos em termos matemáticos – mais exatamente, probabilísticos.²⁵ O estabelecimento de relações causais em epidemiologia pode ser resumido, de forma bastante esquemática, na observação de grupos populacionais diversos, divididos de acordo com a presença ou ausência de fatores e efeitos, usualmente causas e doenças. Uma vez tabuladas as distribuições

²³ MacMahon e Pugh (1970, cap. 4), “Classificação de doenças”, em especial a p. 47; Lilienfeld (1980, cap. 3), “Conceitos epidemiológicos de doença selecionados”, em especial no item D (Espectro da doença), p. 58 e cap. 6, “Estatísticas de mortalidade”; e Sackett et al. (1985), parte I, “Diagnóstico”.

²⁴ Ou não tão óbvios, quando se observa o *modus operandi* da pesquisa farmacêutica com relação a indivíduos do terceiro mundo.

²⁵ Kleinbaum et al. (1982, p. 29) supõem a abordagem probabilística como o meio mais adequado de se elaborar hipóteses aproximativas para um “mundo” que é em última análise determinista, mas ao qual os modelos deterministas não se aplicam em função de imperfeições do conhecimento disponível.

de uns e outros, e divididos os vários grupos resultantes,²⁶ procura-se analisar se há associação significativa do ponto de vista estatístico entre fator(es) e efeito. Esta significância é alcançada quando a probabilidade de existirem subgrupos com as características observadas for inferior a uma determinada proporção, arbitrariamente escolhida, que define a probabilidade da associação ser puramente aleatória. Embora os processos matemáticos associados à determinação desta significância tenham se sofisticado progressivamente, reforçando a autonomia disciplinar da epidemiologia,²⁷ em especial após o surgimento dos microcomputadores, a lógica geral de inferência estatística é *grosso modo* a mesma.²⁸ Há, contudo, um aspecto curioso no estabelecimento de causas por parte da epidemiologia: em todos os textos consultados, as evidências epidemiológicas estão de um modo ou de outro subordinadas ao conhecimento biológico. Isto é menos claro no livro de Sackett, que aborda esta questão apenas do ponto de vista da ocorrência de possíveis efeitos adversos da terapêutica (Sackett et al., 1985, p. 230-233), mas é bastante clara nos outros dois.²⁹ Outro dado relevante diz respeito a como se estabelecem hipóteses etiológicas quando do desenho de estudos epidemiológicos: se por um lado percebe-se uma influência declarada do conhecimento biológico, obviamente há o concurso de toda uma gama de valores não tidos como especificamente científicos na formulação de tais hipóteses. Um exemplo bastante esclarecedor é

²⁶ Uma forma bastante frequente de apresentação deste modelo é através das chamadas tabelas de contingência, onde fatores e efeitos são dispostos em linhas e colunas, assinalando-se nas células resultantes dos cruzamentos as frequências respectivas. A tabela mais simples analisa um único fator e um único efeito, tipicamente a presença/ausência de uma dada causa suposta e a presença/ausência de uma dada doença. Esta é a chamada tabela 2 x 2, exemplo abundante em manuais de epidemiologia clínica.

²⁷ Com a óbvia contrapartida de torná-la cada vez mais o domínio exclusivo dos experts matemáticos.

²⁸ Para uma análise histórica e crítica do desenvolvimento da estatística e sua relação com a epidemiologia, ver Swarcwald e Castilho (1992). Embora a descrição simplificada da lógica da inferência estatística aqui exposta tenha sido criticada, é em linhas gerais coincidente com o descrito por Kleinbaum et cols. (1982, p. 26).

²⁹ Lilienfeld (1980, cap. 12), “A derivação de inferências biológicas a partir de estudos epidemiológicos”, em especial a discussão sobre os postulados de MacMahon e Pugh (1970, cap. 2), “Conceitos de causa”. As concepções discutidas no segundo texto, apesar de antigas, são consideradas clássicas na epidemiologia, tendo portanto validade até hoje – ver Greenland (1987, p. 25).

dado por Eduardo Faerstein; ao estudar o discurso epidemiológico sobre o câncer genital feminino, este autor detecta a interferência do que chama de “condicionamentos ideológicos”, concluindo que “há evidência de que a sexualidade feminina é objeto de uma ideologização culpabilizante imiscuída na investigação epidemiológica e na prática de programas, serviços e profissionais de saúde, o que tende a duplicar normas sexuais dominantes” (Faerstein, 1989, p. 186). Encerrando-se este tópico, pode-se observar que, apesar da pujança metodológica da epidemiologia, a produção de conhecimento por esta disciplina encontra-se subordinada à clínica, no momento da definição das doenças (ou “desordens-alvo”), e às ciências biológicas, no estabelecimento e/ou corroboração de hipóteses etiológicas. Dadas estas subordinações, me parece justificada a inclusão da epidemiologia como parte da racionalidade da medicina ocidental contemporânea, subordinando-se, portanto, à mesma cosmologia mecanicista que impregna o imaginário científico desta.

A estrutura da doença

Apesar de inexistir, no contexto do saber médico, uma conceituação geral do que seria uma doença, é possível identificar um arcabouço genérico de construção discursiva dos elementos desta categoria, constituído por três dimensões ou eixos: o explicativo, o morfológico e o semiológico, apresentados sinteticamente no quadro abaixo.

ESTRUTURA DAS DOENÇAS – QUADRO SINÓPTICO – EIXOS DE CONSTRUÇÃO

	Explicativo	Morfológico	Semiológico
Disciplina-tipo	Fisiopatologia	Anatomia patológica	Clínica
Categoria central	Causa	Lesão	Caso
Definição de doença	Processo	Expressão de lesão(ões)	Gestalt semiológica
Método característico	Experimental	Descritivo	Indiciário/ observacional (*)
Período histórico	Segunda metade do séc. XIX	Fim séc. XVIII/ início séc. XIX	Séc. XVIII

(*) Aqui se daria o ponto de ligação mais estreito com a epidemiologia.

Esta descrição toma as doenças como formações discursivas, na acepção de Foucault,³⁰ e não objetos pré-existentes, já que um dos objetivos deste trabalho é justamente proporcionar uma visão crítica desta pressuposição de pré-existência.

O primeiro eixo corresponde à caracterização das doenças como processo, possuindo uma ou mais causas e uma história natural. Este é o eixo da fisiopatologia, da experimentação em animais, com indução de doenças artificiais. É neste eixo que o saber médico mais se aproxima das ciências “duras” no domínio do biológico. Há ainda alguma relação com a epidemiologia, no que diz respeito ao estabelecimento de causas. Este é, por fim, o eixo historicamente mais recente, tendo se desenvolvido a partir da segunda metade do século XIX.

O segundo eixo é o da descrição de lesões características, patognomônicas, território característico da anatomia patológica. O conceito de lesão sofreu modificações basicamente em termos de sua abrangência, acompanhando, como já descrevi no trecho em que abordo a morfologia da medicina científica, o movimento geral das disciplinas biológicas em direção ao microscópico; contemporaneamente descrevem-se lesões em nível molecular. Assim sendo, toda a parafernália laboratorial utilizada para a realização dos chamados exames complementares estaria incluída neste eixo, visto que tais exames dirigem-se, basicamente, a evidenciar lesões. Historicamente este eixo estrutura-se num período que vai do final do século XVIII aos primeiros anos do século XIX.

O terceiro e último eixo é o da clínica propriamente dita onde as doenças são vistas como constelações de sinais e sintomas, formando gestalts semiológicas. Este é o eixo da leitura do caso. A caracterização deste eixo no presente não é uma tarefa simples, tendo em vista a imbricação das definições propriamente semiológicas das doenças com os outros dois eixos. Deve-se recordar, porém, que a grade nosológica hoje representada pela classificação contida no Código Internacional de

³⁰ “Caso se possa descrever, entre certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as eleições temáticas, se possa definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições em funcionamento, transformações), se dirá, por convenção, que se trata de uma formação discursiva [...]” (Foucault, 1972, p. 62).

Doenças (CID) antedata os desenvolvimentos metodológicos contidos nos eixos anteriores. Se, por um lado, utilizando a terminologia foucaultiana, podemos dizer que a medicina das espécies foi suplantada pela anátomo-clínica, isto não equivale a dizer que a medicina tenha deixado de ser classificatória. Ao contrário, no terreno preparado pela taxonomia anteriormente desenvolvida, ainda no século XVIII, é que as instâncias de objetivação desenvolvidas a partir da anátomo-clínica encontraram um campo de desenvolvimento pleno. Fica claro, portanto, que este eixo comporta um desenvolvimento simultâneo em duas direções: a da individualização, recorrendo a um método indiciário (tal como descrito por Ginzburg) para recortar uma gestalt semiológica específica; ao mesmo tempo, há um movimento de generalização, localizando o caso individual num inventário de doenças (a grade nosológica a que aludi há pouco) produzido segundo o mesmo método. É nesta segunda direção que a clínica se aproxima da epidemiologia. Mais ainda, se tomarmos epidemiologia, numa definição mínima, como o estudo de doenças em populações, clínica e epidemiologia se tornam indistinguíveis. Atrevo-me a dizer que, se abstrairmos o instrumental matemático incorporado pela última neste século, as duas disciplinas confundem-se nas suas origens: o nascimento da clínica foi, também, o nascimento da epidemiologia.³¹ A separação das duas disciplinas, iniciada posteriormente, ainda hoje é incompleta. Gêmeas xifópagas, clínica e epidemiologia encontram-se ligadas por seu patrimônio comum: a coleção de doenças, construída em conjunto pelas duas.

A ordem de apresentação dos três eixos neste texto não é casual; com efeito, eles estão dispostos segundo a hierarquia valorativa de sua “cientificidade”, uma vez que é precisamente esta cientificidade que empresta legitimidade social à medicina ocidental. Deste ponto de

³¹ Foucault, ao final do texto “O nascimento do hospital”, conclui: “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. [...] A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população” (Foucault, 1981). Lilienfeld (1980), por sua vez, inicia seu livro com a seguinte frase: “A epidemiologia ocupa-se com os padrões de ocorrência de doença em populações humanas e dos fatores que influenciam estes padrões”, frase que Kleinenbaum et al. (1982, p. 20) repetem quase literalmente: “epidemiologia pode ser vista simplesmente como o estudo de doença e saúde em populações humanas. Acredito que a convergência entre as citações fala por si só.

vista, o eixo explicativo é o mais valorizado, devido à sua inclusão no domínio das ciências experimentais, e o eixo semiológico, mais próximo da prática – e portanto da “arte” – é relativamente depreciado como método de produção de conhecimento, ficando o eixo morfológico num patamar intermediário. No momento do exercício concreto do ofício de médico, contudo, esta relação hierárquica inverte-se, predominando precisamente o eixo menos valorizado do ponto de vista da legitimação social; mais uma vez observa-se o divórcio entre a ciência das doenças e a arte de curar.

Referências

- ALMEIDA FILHO, N. *A clínica e a epidemiologia*. Salvador: APCE/ABRASCO, 1992.
- _____. *Epidemiologia sem números*. Rio de Janeiro Campus, 1989.
- ALMEIDA, E. *Medicina hospitalar, medicina extra-hospitalar: duas medicinas?* Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1988.
- ASIMOV, I. *The stars in their courses*. Frogmore: Panther Books, 1975.
- AYRES, J.R.C.M. *A epidemiologia e o projeto emancipador nas práticas de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 1991.
- BACHELARD, G. *A epistemologia*. Lisboa: Edições 70, 1971.
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Ateneu, 1975.
- BLANK, N. *O ractocínio clínico e os equipamentos médicos*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1985.
- CAMARGO JR., K.R. *(Tr)racionalidade médica: os paradoxos da clínica* Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1990.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- _____. O que é uma ideologia científica? In: _____. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- COSTA, D.C. (org.). *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- FAERSTEIN, E. Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital feminino. *Cad. IMS*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.173-186, 1989.
- FOUCAULT, M. *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- _____. *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno, 1972.

- _____. Las formaciones discursivas. In: _____. *La arqueología del saber*. Mexico: Siglo Veintiuno, 1972.
- _____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- _____. O nascimento do hospital. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. *Mitos, emblemas, sinais*. São Paulo: Cia. das Letras, 1989.
- GREENLAND, S. (ed.). *Evolution of epidemiologic ideas*. Chestnut Hills: Epidemiology Resources, 1987.
- HABERMAS, J. *Conhecimento e interesse*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
- HAWKING, S. W. *A brief history of time*. New York: Bantam Books, 1988.
- KLEINBAUM, D. G. et al. *Epidemiologic research*. Belmont: Lifetime Learning, 1982.
- KOYRÉ, A. *Estudos de história do pensamento científico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1991.
- LAUDAN, L. *Progress and its problems*. Berkeley: University of California Press, 1978.
- LILLIENFELD, D. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1980.
- LUZ, M.T. Introdução. In: _____. *Primeiro seminário: projeto racionalidades médicas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1992.
- _____. *Natural, racional, social*. Tese (Concurso para professor titular) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRJ, Rio de Janeiro, 1987.
- MACHADO, R. *Ciência e saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MacMAHON, B.; PUGH, T.F. *Epidemiology: principles and methods*. Boston: Little, Brown & Co., 1970.
- MIETTINEN, O. *Theoretical Epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, 1985.
- PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *A nova aliança*. Brasília: UnB, 1984.
- RODRIGUES, R.D. *A crise da medicina: prática e saber*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, 1979.
- SACKETT, D.; HAYNES, B.; TUGWELL, P. *Clinical epidemiology*. Boston: Little, Brown & Co., 1985.
- SCHRAMM, F.; CASTIEL, L. Processo saúde/doença e complexidade em epidemiologia. *Cad. Saúde Pública*, v.8, n.4, p.379-390, 1992.
- STENGERS, I. *Quem tem medo da ciência?* São Paulo: Siciliano, 1989.
- SWARCWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Os caminhos da estatística e suas incursões pela epidemiologia. *Cad. Saúde Públ.*, v.8, n.1, p.5-21, 1992.

A racionalidade médica homeopática¹

MARIA FREIRE CAMPELLO
HYLTON SARCINELLI LUZ

Apresentação

É necessário, antes de tudo, dizer algumas palavras sobre o campo da Saúde Coletiva, no qual se desenvolveu (e frutificou) o conceito de racionalidade médica. Assim poderemos vislumbrar os interlocutores deste conceito.

A Saúde Coletiva tem como objeto de produção de conhecimento e de prática *a saúde como fenômeno social, fruto de condições sociais*. Isto implica abranger algumas dimensões: uma dimensão que tem como foco as condições de saúde da população, observadas sob o ponto de vista epidemiológico, demográfico, socioeconômico e cultural; uma dimensão voltada para os serviços de saúde, cujos estudos abarcam a organização destes serviços, o processo do trabalho em saúde, a formulação e implementação de políticas de saúde, bem como os planos, programas e tecnologia utilizados na atenção à saúde; e uma dimensão que se ocupa com os saberes produzidos sobre a saúde e os fenômenos a ela relacionados, sob as perspectivas históricas, sociológicas, antropológicas e epistemológicas, assim como a relação que se estabelece entre os saberes “outorgados” pela ciência e os saberes e práticas populares. O campo abrangido pela Saúde Coletiva implica, portanto, uma gama variada de saberes e práticas, de intervenções e

¹ Versão preliminar deste capítulo foi publicada na *Série Estudos em Saúde Coletiva* n. 64, do IMS-UERJ, em 1993.

de atores implicados nesses saberes e práticas, acarretando com isto uma interdisciplinaridade própria do campo.

A partir dessas características, a Saúde Coletiva traz uma grande inovação para o campo da saúde como um todo. A novidade está em delinear a centralidade da questão da saúde como um fenômeno social, colocando em destaque a noção de produção social da saúde. Porém, como apontou Campos (2000), não podemos depreender daí uma dominância automática da determinação social nos processos de saúde e adoecimento. Seria uma atitude ingênua querer substituir os saberes e práticas biológicos, epidemiológicos, enfim, os saberes e práticas de intervenção biomédicos, pelos saberes e práticas antropológicos, sociológicos, psicológicos.

A questão da saúde não implica uma escolha excludente. Muito pelo contrário. Os processos de adoecimento e de promoção da saúde são reflexos da dinâmica da vida dos sujeitos – individuais e coletivos –, tamanha sua amplitude. É a partir deste entendimento que a Saúde Coletiva se constitui em um campo de saber e de proposições de intervenção multidisciplinar. A hierarquia entre esses saberes e proposições, a preponderância de uns em relação aos outros, no entanto, não se dá de forma apriorística. Ela será necessariamente situacional e variável, ditada pelas circunstâncias de cada fenômeno em questão.

Neste contexto, o que começou como um projeto de pesquisa constituiu uma linha de pesquisa, a partir da qual diversos trabalhos, dissertações de mestrado, teses de doutorado, comunicações em congressos, artigos em revistas, capítulos de livros, etc. foram produzidos².

Racionalidade médica homeopática

Cosmologia

A cosmologia pode ser considerada como uma sexta dimensão das racionalidades médicas. Ou ainda, poderíamos tomá-la como uma metadimensão, tendo em vista que ela condiciona todas as demais. Este condicionamento se traduz no enraizamento que cada uma das outras cinco dimensões têm no que se convencionou chamar de cosmovisão: uma determinada concepção do mundo – do universo,

² Ver site Racionalidades Médicas: www.racionalidadesmedicas.pro.br

do homem, da relação entre os seres e as coisas. Esta forma específica de conceber o mundo modela a maneira como pensamos.

Podemos ilustrar esta questão olhando para a cosmovisão do homem medieval. O mundo da Idade Média era tido como um todo ordenado e finito. Esta conformação atribuía à Terra as características de pesada e opaca, nela localizando a mudança e a corrupção. Enquanto que “‘acima’ se ‘elevavam’ as esferas celestes dos astros imponderáveis, incorruptíveis e luminosos” (Koyré, 1991). Esta maneira de conceber o universo “*encarnava uma hierarquia de valor e de perfeição*” (Koyré, 1991) e tinha implicação direta com a filosofia e a ciência medievais e se prolongava nas relações sociais.

Por outro lado, a partir do século XVII,³ o palco onde se desenrolará a existência humana será um universo infinito, sem nenhuma hierarquia natural e “unido apenas pela identidade das leis que o regem em todas as suas partes, assim como dos seus componentes últimos, colocados, todos eles, ao mesmo nível ontológico” (Koyré, 1991). Neste mundo, no qual Céu e Terra são regidos pelas mesmas leis, vemos surgir, com a Física newtoniana, a mecanização do homem e das coisas. Assim, dado o alto grau de elaboração teórica que, como vimos, esta visão do cosmos pode alcançar, o termo cosmovisão foi substituído pela denominação de cosmologia.

Ao contrário da cosmologia da medicina tradicional chinesa ou da medicina ayurvédica, a cosmologia homeopática não está explicitada na obra de Hahnemann. Apesar desta ausência de explicitação, não podemos deixar de destacar a forma reiterada como Hipócrates é referido, tão pouco a estreita semelhança em diversos aspectos da doutrina da homeopatia e o *Corpus hipocrático*.⁴ Se, por um lado, as duas primeiras

³ Não nos equivoquemos em pensar que não haja diferentes cosmovisões para as distintas culturas. O marco temporal – século XVII – especifica um momento da cultura ocidental, fundamentalmente europeia. Observamos, ainda hoje, cosmogonias em culturas indígenas americanas, por exemplo.

⁴ É interessante notar, também, as semelhanças apontadas por Frias entre alguns Diálogos de Platão e a medicina hipocrática: “Este trecho é de suma importância para a compreensão do modelo médico que serve de paradigma a estes e a outros diálogos de Platão. A relação que se trava entre o todo e a parte é semelhante àquela estabelecida no Timeu entre o microcosmo e o macrocosmo. O Universo (macrocosmo) é um ser vivo análogo ao homem (microcosmo) e que, como tal, possui corpo e alma. O organismo humano, por sua vez, é composto de ar, água, fogo e terra, os mesmo elementos primordiais que formam o cosmo” (Frias, 2001).

racionalidades estão imersas em tradições culturais milenares, nas quais a visão do cosmos e do ser humano, que nele se insere com lugar e papel definidos, é objeto constante de explanação, por outro, é inegável a existência de uma pré-concepção de Universo a sustentar a lógica do criador da Homeopatia, bem como nas obras de muitos daqueles que lhe seguiram desenvolvendo a doutrina e a prática.

Concepção de Vida e de Universo

A vida é tudo o que é observável e expressa uma ordem universal, da qual nada escapa, na qual tudo faz sentido, que segue um fluxo onde há princípio, meio e fim para todos os fenômenos que a compõem, num permanente processo de interação. Nesse processo, a repetição e a regularidade cíclica dos fatos e fenômenos da natureza explicitam a existência de leis. Leis que imperativamente se cumprem e que mantêm todo o Universo em permanente estado de equilíbrio, num regime de autossustentação que o coloca em perpétuo movimento; movimento que é a própria essência da vida, como uma *dynamis* infinita, em permanente interação.

A interação é, nesta concepção, a base do equilíbrio e do movimento, pois não há nada além ou fora de um grande e infinito sistema de constantes conexões entre todos os componentes do Universo. Desta forma nada é casual, desprovido de um sentido ou de um fim.⁵ Nada ocorre isoladamente, sem relação com o que se encontra em seu meio, sem ser causa e resultado de alguma ação. Esta vida que é concebida no seu sentido genérico e universal também se expressa em cada ser criado, em cada uma das criaturas. Nestas, a vida é a energia que agrega os componentes elementares do Universo e confere singularidade a cada constituição, mantendo-a como uma unidade, como um ser individual, como um ser vivo.

O homem é uma das criaturas; uma dentre as infinitas espécies existentes e que, como todas as demais, possui uma finalidade, uma razão e um motivo de ser. Serão justamente os motivos e fins de cada ser criado que lhes dará o papel, o lugar e a forma na composição

⁵ “o que cria o ser é seu propósito e a ultimação que o ditou, e nunca nada foi criado que não tivesse um propósito” (Kent, 1996, p. 88).

desta vida universal. Cada ser tem propriedades e particularidades que o distinguem dos demais e que o tornam apto a desenvolver a vida em um de seus aspectos.⁶ Será no conjunto de todos os seres criados que a vida, como um todo, se desenvolve.

Concepção de Homem

É dentro desta concepção de interação permanente, em um Todo uno, regido por leis comuns, que propende à manutenção de sua unidade, em que a Ordem se expressa por um equilíbrio dinâmico entre todas as suas partes, que está formulado o modelo de homem proposto pela homeopatia.

Uma concepção de homem que, como o Universo, é dotado de vida, de uma energia que o anima e o mantém em permanente interação e equilíbrio. Analogamente, o homem constitui uma unidade onde todas as partes se integram e se correspondem, num processo de permanentes interações, em que nada é casual no organismo, mas sempre consequência de leis que determinam a ordem e o equilíbrio na *dynamis* do Universo (cf. Close, 2000, p. 65). Assim, inclui-se o homem dentro do Universo, em permanente e contínua relação com o todo que o cerca e com tudo aquilo que lhe é sensível, isto é, tudo aquilo que seus sentidos são capazes de perceber. Não há, portanto, separação entre o natural e o sobrenatural, ou seja, entre uma natureza imediata e racionalizável, e uma natureza além do imediato e do constatável, capaz de influenciar o homem, modificando-o ou afetando-o.⁷

No entanto, o homem é mais que simples manifestação da natureza, pois além da organização material e funcional, que são expressões da ordem universal, está dotado de uma instância espiritual que lhe garante autonomia para dirigir seus atos. Nesta instância coexistem a vontade e os sentimentos com os quais apreende a vida, mediados

⁶ “A substância simples dá a cada coisa o seu tipo particular de vida, distingue-a das demais e lhe confere uma identidade, pela qual ela difere de todas as outras coisas” (Kent, 1996, p. 86).

⁷ É interessante ver o que pensa este discípulo de Hahnemann: “O que hoje consideramos sobrenatural, amanhã será classificado como natural, e aquilo que parece um esforço divino agora, será um esforço humano em dez anos. Assim, a linha imaginária entre o natural e o sobrenatural está sempre mudando, à medida que a inteligência humana eleva-se a um padrão mais alto de conhecimento da verdade” (Allen, 2000, p. 58).

pelos sentidos. É neste campo da vida que o homem se individualiza como ser e se diferencia de todos os demais.

Emoções, sentimentos, juízo, arbítrio, vontade, são fenômenos claramente perceptíveis e significantes, para a medicina homeopática, pois alteram o comportamento do homem todo, isto é, modificam seus atos, influenciando no modo como processam suas ações. Consequentemente, existem atos que explicitam as operações do funcionamento orgânico e atos que explicitam as operações do espírito.

O homem na homeopatia, como um ser individual, é formado de um corpo material, mantido vivo pela energia vital, e que serve de instrumento a um espírito que o dirige; além disso, esses elementos estão unidos de forma indissociável. Nenhuma destas partes, por si mesma, representa o homem, ou pode ser concebida em separado. Este homem, com estas características e propriedades inatas, é o objeto de estudo e reflexão da Homeopatia. Estes são os aspectos sem os quais não pode ser considerado como o ser humano em sua integralidade; o ser vivo que requer uma arte de cuidar, para ser mantido em harmonia com a vida universal.

Doutrina médica

A característica desta dimensão é constituir-se num conjunto de proposições teórico-explicativas – e, portanto, racionalizadas – acerca da doença e dos processos de adoecimento, bem como da saúde e sua recuperação. A doutrina médica é onde podemos perceber mais claramente a presença da cosmologia. Esta maneira peculiar de perceber o mundo direcionará o olhar teórico para as questões pertinentes à saúde e ao adoecimento humanos.

O ponto central da doutrina homeopática é seu caráter vitalista. Segundo Rosenbaum, Hahnemann, fundador da Homeopatia,

compreendeu – através da experiência associada às suas pesquisas historiográficas – o que muitos vitalistas que o antecederam também compartilharam. Extrapolando as meras nomenclaturas aceitas por seus contemporâneos, reconheceu – apesar de *a priori* ignorar os seus mecanismos de ação – uma *enteléquia*, uma potência motriz uniforme que atingia e recriava todos os seres vivos, cuja influência

não poderia ser descaracterizada ou minimizada em qualquer investigação sistemática que procurasse compreender os fenômenos mórbidos e curativos (Rosenbaum, 1996, p. 104).

A entelúquia à qual se refere é a força ou energia vital. Entelúquia é um termo criado por Aristóteles, filósofo grego, que viveu no século IV a.C. Dentre as acepções que correspondem a este termo, estão a de ato e forma. Convém, no entanto, destacar que ato, na concepção aristotélica, possui dois sentidos: “[o] ato é o próprio exercício da atividade, em oposição à potência da atividade” (Lalande, 1999), sendo que esta atividade pode se exercer sobre um objeto exterior ou ser ela mesma seu fim (como por exemplo o movimento). Em segundo lugar, “[o] ato é a forma em oposição à matéria. Considerada em relação à atividade a forma é a sua potência.” Assim, podemos dizer que existem gradações do ato, cujo grau mais baixo é a possibilidade de determinada função ou qualidade ou aptidão ou etc. (o ato em potência) e cujo grau mais elevado é o que surge a partir da realização deste ato potencial. Como conclui Maurice Blondel (apud Lalande, 1999):

[a]to designa essencialmente aquilo que faz ser, aquilo que sustém a realidade em todos os seus graus e em todas as suas formas. É o aspecto interior e unificador daquilo que nos representamos como causa ou como fato, o princípio ao mesmo tempo real e formal do que concebemos como subsistente e como cognoscível. O próprio fato é apenas percebido em função de um ato que [...] exprime ou supõe uma unidade organizadora.

Portanto, a força ou energia vital homeopática é a unidade organizadora do homem (e de todos os seres vivos); é aquilo que o faz ser, é aquilo que lhe dá a vida. Leibniz (apud Lalande, 1999) aplica a noção de entelúquia a todas as substâncias simples, às quais denomina de mônadas, “pois elas têm em si certa perfeição; há uma suficiência que as torna fonte de suas ações internas e, por assim dizer, autômatos incorporais”. Através da energia vital, o homem é mantido vivo, pode ser capaz de manifestar-se por meio de suas sensações e funções. Sem esta energia, não encontramos a atividade autônoma, trata-se portando do corpo de um homem e não de um homem vivo.

Quando em equilíbrio, esta energia mantém todas as sensações e funções próprias ao homem, em harmonioso funcionamento, de modo que suas potências naturais se manifestam plenamente e alcançam a capacidade de operar de maneira justa e proporcional às flutuações que são comuns ao meio ambiente. Este estado de equilíbrio é o estado de saúde.

As manifestações do organismo são o meio pelo qual é possível conhecer seu estado de vitalidade. As alterações da saúde, que denominamos enfermidades, são expressões da energia vital em estado de desequilíbrio; percebidas pelos sentidos do médico nas modificações nas capacidades de sentir ou de funcionar do seu paciente.

O principal objetivo do médico deve ser habilitar-se a conhecer as alterações, na ordem própria dos fenômenos vitais, pois estas expressões do desequilíbrio individual representam aquilo que deve ser restabelecido. Reconhecer o que deve ser curado em cada caso em particular é perceber o que há de alterado na saúde de cada indivíduo, isto é, determinar exatamente as modificações que estão presentes nas manifestações vitais.

Curar é restabelecer de modo permanente a ordem natural do organismo dos sujeitos, isto é, eliminar todas as manifestações que indicam alteração nas sensações e funções que são próprias ao homem. Curar representa, portanto, recuperar o estado de saúde, restaurar o equilíbrio da energia vital. Para restaurar a saúde, a Homeopatia utiliza-se basicamente de medicamentos e para escolher as substâncias adota o princípio da semelhança enunciado por Hipócrates. Segundo este princípio, as substâncias indicadas para tratar as alterações da saúde são escolhidas pela analogia entre as manifestações que têm a capacidade inata de produzir e os sintomas do caso que se deseja tratar.⁸

O princípio da analogia dos fenômenos é um ponto central da doutrina, um alicerce para o desenvolvimento de todas as regras e técnicas necessárias tanto ao método de conhecer as propriedades

⁸ “As dores (queixas) serão removidas através de seu oposto, cada um de acordo com suas próprias características. Assim, o calor corresponde à constituição quente que foi acometida pelo frio, e assim por diante. Outra modalidade é a seguinte: através do similar a doença se desenvolve, e pelo emprego do similar a doença se cura” (Hipócrates, “Dos lugares do Homem” apud Boyd, 1994, p.12).

ativas das substâncias medicinais, quanto à terapêutica. Estabelecer analogia entre as alterações da saúde presentes durante o estado de enfermidade e aquelas produzidas pelas substâncias é o requisito essencial ao método terapêutico (Close, 1998).

Para que os efeitos atribuídos a uma substância não sejam questionados quanto à maneira como são gerados e coletados, foi instituído o método experimental como meio de produzir e recolher os sintomas. Para eliminar a dúvida sobre a causa da manifestação observada, só estão aptos a experimentar aqueles indivíduos que não têm nenhuma alteração da saúde presente, apenas aqueles que estão em estado de saúde. Além disso, somente uma substância é administrada durante todo o experimento.

Portanto, são requisitos da doutrina homeopática: semelhança entre as manifestações do caso e da substância utilizada – Lei dos semelhantes; experimentação em homens sãos; e apenas uma substância administrada de cada vez -- medicamento único. O atendimento a estes critérios que garantem a observância do princípio da semelhança no tratamento dos casos foi determinante para declará-lo como uma lei natural. A observação dos resultados assim obtidos permitiu o desenvolvimento da teoria acerca do processo de adoecimento dos indivíduos, dos conceitos de enfermidades crônicas e de miasmas.

Morfologia

Esta dimensão, como o próprio nome indica, corresponde à forma; à forma humana, ao que no Ocidente convencionou-se chamar de anatomia. A dimensão morfológica diz respeito, portanto, às estruturas e aos elementos constitutivos do corpo humano – alvo de intervenção da racionalidade médica.

A homeopatia trabalha com a morfologia da anatomia clássica (biomédica) e suas divisões em sistemas, aparelhos, órgãos, tecidos e células. Porém, esta morfologia anatômica encontra-se a serviço de uma compreensão para as funções e sensações próprias ao homem, buscando elucidar relações entre estruturas orgânicas, funções e sensações, com vistas a apropriar e alocar as sensações e funções às

diversas estruturas.⁹ Além disso, considera que a forma não é casual, mas uma parte na cadeia da vida, isto é, um substrato estrutural; o meio pelo qual a vida se constitui como objeto vivo.¹⁰ A morfologia de qualquer ser animado está intimamente relacionada às funções que executa; às ações que exerce como ser vivo. Toda forma é reveladora das ações, às quais propende aquele ser. Este é um desdobramento da cosmovisão teleológica. Ou seja, é a aplicação, nas estruturas corporais, da visão de uma finalidade última para todas as coisas e seres. Vemos, desta maneira, a cosmologia da racionalidade dando sustentáculo a uma das cinco dimensões.

O aspecto anatômico, para a homeopatia, revela o equilíbrio das ações formadoras das estruturas, assim como do processo vital de manutenção destas mesmas estruturas. O equilíbrio, a justeza, a proporção e a harmonia das formas gozam de poder indicador, como um sinal ou indício, acerca do processo vital, isto é, da funcionalidade global do indivíduo sob observação. Analisar o aspecto morfológico de um indivíduo é, para um médico homeopata, avaliar o seu estado de saúde. Dentro deste campo estrutural, o médico tem a possibilidade de fazer considerações acerca da saúde, bem como do adocimento através do processo de alteração nas estruturas.

Do mesmo modo que nenhuma forma ou sinal externo e objetivo é desprovido de significado funcional, isto é, de uma atividade no organismo, as sensações também não são casuais e desprovidas de nexos. A homeopatia busca sistematizar o seu conhecimento, de modo a estabelecer relação entre as sensações e as estruturas acometidas pela doença, com a finalidade de resgatar, através do discurso do paciente, a própria linguagem do organismo. Desta maneira, poderíamos dizer que as dimensões morfológica e da dinâmica vital – que será descrita a seguir, e que está relacionada, em última instância, aos processos vitais subjacentes às estruturas – estão imbricadas; são inseparáveis

⁹ “Para compreender as alterações do ouvido que são geralmente ocultas, eu considero como de grande importância as similaridades entre estruturas do olho e do ouvido e para apontar as características de similaridade entre a visão e a audição eu indicarei os seguintes aspectos” (Raue, 1997, p. 182; Close, 1984).

¹⁰ “as sensações particulares indicam efeitos sobre tecidos particulares” (Hering, 1998, p. 58).

do ponto de vista do entendimento clínico.¹¹ Assim, a morfologia dos indivíduos é vista como dinâmica e singular, pois está sempre sofrendo influências decorrentes das ações que seu processo vital desempenha no exercício das diversas funções, que se operam no curso da sua vida. Desta maneira, o conhecimento da morfologia, desenvolvido no campo da Semiologia, valoriza as diferenças individuais como expressões singulares e não ocasionais.

Embora a morfologia homeopática se apoie sobre a anatomia clássica, os dados que estabelecem as relações entre as sensações, as funções e as estruturas provém dos protocolos experimentais e da clínica (Farrington, 1987). É através destas duas fontes, experimental e clínica, que a medicina homeopática se embasa para estabelecer relações analógicas entre as atividades desenvolvidas no plano anímico e as estruturas do organismo. Analogias que servem para dar às estruturas e funções orgânicas, um significado que transcende as suas ações imediatas (Farrington, 1987). O fato de ocorrerem alterações estruturais, que não se consubstanciam em disfunções originadas no plano orgânico, é compreendido pela homeopatia como a elucidação da via natural para os distúrbios orgânicos, que têm origem no plano mental ou espiritual (Kent, 1976).

Podemos dizer, então, que na morfologia homeopática definem-se, pelo menos, quatro planos de manifestação, estreitamente conectados, que se perpassam entre si: o plano estrutural, o plano funcional, o plano sensorial e o plano espiritual. Eles representam ordens de densidades distintas e progressivas e refletem a organização do processo vital. Eles constituem, do nosso ponto de vista, uma unidade indissolúvel, que permite que um se reflita sobre o outro, numa cadeia sucessiva e dependente do grau de desequilíbrio presente em cada um dos planos. Segundo este esquema, há relação direta entre os planos imediatamente “contíguos”, que, tendo ordem de densidade próxima, influenciam-se mutuamente. Deste modo, podemos dizer

¹¹ “todas as sensações anormais são o resultado de uma ou mais funções desenvolvidas, seja em maior atividade, ou deprimida e, apresentando-se menos ativa, ou pervertida, quer dizer, modificada em sua ação normal, não somente em quantidade e qualidade, mas também em gênero” (Hering, 1998, p. 74).

que a relação de proximidade é maior entre os planos espiritual e sensorial, posto ser este último mais sutil face aos planos funcional e estrutural, que com ele se conectam.¹²

Dinâmica vital

A dimensão denominada de dinâmica vital corresponde ao que na biomedicina foi chamado de fisiologia. Trata-se, portanto, daquilo que é entendido como o estado de saúde; do como que, neste estado, o ser humano pode ser considerado em sua normalidade.¹³ Mais uma vez aqui se faz presente, de forma quase que explícita, a cosmologia subjacente. O pressuposto de toda lógica homeopática é a noção de ordem universal e, como consequência, as manifestações de equilíbrio, harmonia, proporção, equivalência, justeza, equanimidade, propriedade, etc., qualidades que se inferem desta ordem. É a partir desta ótica que a homeopatia entende a saúde e afirma a existência de um equilíbrio na dinâmica do processo vital.

Além da compreensão da saúde como um estado de equilíbrio, é fundamental apontar para a noção de unidade. Toda e qualquer manifestação do organismo é expressão desta unidade e reflete o seu estado de equilíbrio. Entende-se por manifestação todo e qualquer fenômeno, que espelhe as propriedades vitais, as ações inerentes à vida. A saúde do organismo só pode ser apreciada ao levarmos em conta a totalidade de suas manifestações (cf. Kent, 1998).

Para observar esses fenômenos, deve-se considerar que se apresentam nos planos estrutural, funcional, sensorial e anímico ou espiritual. O plano espiritual, ainda que na ordem sensorial, deste se separa, por ser um plano de manifestações claramente distintas das sensações próprias ao organismo. No plano sensorial, encontram-se as sensações relativas à integridade das estruturas, às operações das funções ou às sensações inatas às partes. No plano espiritual ou anímico, encontramos

¹² “Provavelmente não é mera coincidência que a doença do coração seja tão frequentemente associada ao libertinismo e a perversão dos afetos, que as lesões pulmonares estejam relacionadas ao mental, e que as desordens nervosas ou aquelas artrites crônicas gotosas ocorram geralmente em pessoas que têm uma disposição à avareza e à ganância” (Underhill Jr., 1997, p. 45).

¹³ Para uma discussão mais aprofundada sobre norma, normalidade e normatividade ver Canguilhem (1992).

as sensações que expressam as ações das emoções, da vontade, do intelecto e da memória. Desta maneira, seguindo uma ordem apenas didática, visto a realidade ser bem mais complexa, diríamos que, em termos homeopáticos, as manifestações do desequilíbrio na saúde, inicialmente se configuram como alterações no plano sensorial, que levam a repercussões sobre o plano funcional, que em seguida afeta o plano estrutural e que, deste último plano, podem deslocar-se para as estruturas análogas da organização mental.

Embora este último passo possa aparentar um salto que escapa à ordem nas relações de proximidades e afinidades, vale ressaltar que nesta organização dinâmica está presente uma hierarquia de comprometimento da autonomia do indivíduo. Uma hierarquia onde os planos mais simples são primeiramente acometidos e os mais complexos ao fim, representando esta ordem uma cadeia de graus de degeneração e comprometimento da vitalidade do indivíduo. Nesta ordem, o plano espiritual, onde as operações representam as manifestações mais complexas e expressivas da definição do indivíduo como um ser único, estaria na extremidade final.¹⁴

É importante ressaltar que esta ordem de complexidade degenerativa não é uma trajetória obrigatória no processo vital de um indivíduo. Todos os indivíduos são necessariamente frutos de uma cadeia reprodutiva onde há transmissão de disposições e tendências para gerações sucessivas. Deste modo, os indivíduos podem receber como substrato material, para seu processo formativo, fragmentos e etapas desta cadeia degenerativa. As propostas terapêuticas que consideram a saúde sob a perspectiva da constituição dos indivíduos, têm por objetivo interromper ou minorar a transmissão degenerativa.

Na dinâmica vital homeopática, o desequilíbrio da saúde aprofunda-se no homem, na medida em que se estabelece, progressivamente, em planos mais complexos, e ganha, paulatinamente, um número cada vez

¹⁴ “A saúde é o resultado dos processos imateriais vitais do princípio da vida, trabalhando em perfeita harmonia, e fluindo do centro para a periferia, de dentro para fora; do paciente para seus órgãos, em conformidade e coerência com as ‘leis’ da saúde” (Waring, 1999, p. 39). E “[a] cura é a restauração do estado de saúde, obtida através do restabelecimento da ordem desses mesmos processos vitais, com o mesmo curso e direção – do centro para a periferia, - ou seja, atuando no mesmo plano” (ibidem, p. 40).

maior de partes na totalidade e de partes cada vez mais importantes para a manutenção da vida (cf. Kent, 1976). Embora todas as partes do homem estejam em permanente relação e estabeleçam uma unidade, esta unidade é hierarquizada. Cada parte executa uma função que lhe é própria na manutenção do processo vital, que anima todo o organismo. É justamente este aprofundamento para as partes mais essenciais à vida, que espelha a desorganização da saúde, e não apenas o número de sintomas presentes. Deste modo, a avaliação do grau de vitalidade, ou melhor, do estado da saúde de um indivíduo, se faz através da análise da abrangência das alterações (número de partes na totalidade), do grau de alteração em cada uma (sensorial, funcional e estrutural) e das categorias hierárquicas acometidas (essencialidade vital).

Apreciar a dinâmica vital do paciente é, então, uma obrigação do médico homeopata que, utilizando-se de todas as manifestações do organismo para guiar-se, deve ser capaz de avaliar o estado de equilíbrio do processo vital como um todo. Deve mensurá-lo através da identificação dos elementos que se encontram alterados, assim como de seus significados prognósticos. Com esses mesmos elementos deverá, também, acompanhar as modificações ao longo da terapêutica que será aplicada.

No curso do processo curativo, o médico deve observar a superficialização do desequilíbrio através de: diminuição no grau de alteração nas categorias vitais, do retorno de afecções anteriormente desaparecidas em planos de menor hierarquia e, por último, o desaparecimento completo de todas as alterações (cf. Miller, 1998).

Sistema diagnóstico

O sentido desta dimensão é um tanto óbvio, tendo em vista o quanto o termo diagnóstico está relacionado, em nossa cultura, à medicina, ao ato do médico de descobrir a doença – principalmente no que tange à racionalidade médica ocidental contemporânea (biomedicina). Etimologicamente, provém da palavra grega, *diágnōsis* (diagnose), que significa conhecer através de; ação e faculdade de discernir, discernimento; distinguir. Trata-se, portanto, daquilo que deve ser destacado e compreendido como o objeto da intervenção médica.

De acordo com o que cada racionalidade médica concebe como homem ou organismo a ser tratado, teremos um conjunto de elementos dos quais alguns serão separados; serão percebidos como o alvo da proposição terapêutica. Novamente, temos como pano de fundo a cosmologia, que dirá quem é o ser humano; como é o ente que receberá tratamento. É a visão de homem e de mundo que fornecerá, em última instância, a forma de interligação entre os elementos e as partes desse homem a ser tratado e, por conseguinte, a gama dos elementos cognoscíveis, através dos quais se conhecerá aquele(s) que deve(m) ser distinguido(s) como o(s) objeto(s) do tratamento.

Podemos então dizer que é a concepção de unidade do homem que obriga que o procedimento de investigação diagnóstica se estenda pela totalidade do sujeito, para conhecer como sua saúde encontra-se afetada. O elemento fundamental para o estabelecimento do que é importante em cada caso é aquilo capaz de singularizá-lo, de fazê-lo único, ou melhor, fazê-lo diferente, dentre os de sua própria espécie – é o que chamamos, em homeopatia, de individualização. Assim, busca-se o que é estranho, por antagonismo ao que é próprio; procura-se por aquilo que é raro, dentre aqueles traços que são comuns e esperados; e investiga-se a peculiaridade, como forma de alcançar aquilo que é exclusivo, singular.¹⁵ O médico pondera, então, o valor das singularidades presentes, com o intuito de determinar aquelas que são as mais representativas da individualidade do sujeito. Pois as singularidades podem ter caráter localizado ou generalizado dentro de um indivíduo, como também podem ter valor por sua raridade absoluta e, portanto, individualizante no grau máximo.

O diagnóstico homeopático é composto por duas operações básicas que se processam de modo quase que simultâneo no que tange aos procedimentos, visto serem interdependentes, embora com objetivos diversos. Uma operação visa especificamente a definir o objeto da intervenção terapêutica, isto é, a intensidade ou grau de desequilíbrio

¹⁵ “Como formar a totalidade; totalidade não é igual a todos os sintomas, hierarquiza-se através dos sintomas mais característicos, deixando os sintomas comuns à enfermidade apenas para confirmar a escolha do remédio através dos sintomas característicos” (Case, 1991, p. 5).

da saúde. A outra operação busca os elementos individualizantes que determinam a escolha da substância medicamentosa a ser empregada.¹⁶

No primeiro caso, como mencionado, busca-se o distúrbio, a afecção que altera o equilíbrio da vitalidade. Nesta fase, procura-se definir o desequilíbrio vital, segundo seu grau de intensidade. Este, por sua vez, será estabelecido através da definição do nível e da amplitude do comprometimento da *totalidade individual*. O grau de intensidade do desequilíbrio será diagnosticado através da observação de dois parâmetros: o nível de comprometimento das partes acometidas, em função do tipo de alteração – sensorial, sensorial/funcional ou sensorial/funcional/lesional; e a amplitude do desequilíbrio, expressa na razão direta da ocorrência destas alterações na totalidade das funções vitais. A partir da conjugação destes dois parâmetros fundamentais, o desequilíbrio vital pode ser classificado como sendo de natureza: sensorial, funcional, lesional leve ou lesional grave. A finalidade deste diagnóstico é determinar: os prognósticos de evolução clínica e as expectativas sobre os tipos de respostas esperadas após a administração do medicamento (cf. Miller, 2003).

Dentre as decisões que guiam o médico na escolha da substância terapêutica, os sintomas e sinais individualizantes têm poder determinante, diferentemente dos dados relativos ao ente nosológico, que servem apenas como coadjuvantes para o estabelecimento de prognóstico e acompanhamento do caso, não exercendo nenhuma influência na eleição do medicamento, visto serem parte dos dados que são comuns e esperados em todos da mesma espécie.¹⁷

Segundo as instruções de Hahnemann (1986), para que o médico alcance a individualização do caso, são requisitos: não pré-julgar os fenômenos que encontra e estar atento ao que capta, através dos seus sentidos. Somente assim poderá observar com atenção e definir com precisão cada caso. É, portanto, basicamente, sobre

¹⁶ “Para um homeopata, creio que o primeiro passo que se mostra fatal é o de rotular as doenças e, depois, tentar encontrar remédios associados ao rótulo dado” (Tyler, 2000, p. 25).

¹⁷ “Dufrière argumenta que a doutrina homeopática dos específicos nada tem em comum com a antiga doutrina dos específicos, uma vez que a homeopatia não mira espécimes de doenças, como os botânicos fazem com as plantas. O específico homeopático é, ao contrário, adaptado à individualidade e não aos espécimes de doenças” (Dudgeon, 1982).

os dados de observação do médico que se estabelece a diagnose e, consequentemente, a terapêutica. Estes dados podem ser obtidos através da consulta e do interrogatório do próprio paciente ou daqueles que com ele convivem, sejam familiares ou acompanhantes; ou através do exame físico que procede durante a consulta. Este último é em muito semelhante ao exame físico biomédico; a diferença está no enfoque individualizante.

Assim, para o médico homeopata, a capacidade de observar, reconhecer e precisar com detalhes é instrumento fundamental para o exercício de sua prática. Por esta razão, lhe é exigido um aperfeiçoamento progressivo da arte de interrogar, com o fim de precisar com exatidão as queixas de seu paciente, assim como de desenvolver todos os seus sentidos para reconhecer as menores alterações, os mínimos detalhes que particularizam cada fenômeno.

Esse procedimento de observação minuciosa e detalhada, executada através de todos os seus sentidos, é o mesmo utilizado na descrição das ações das substâncias, durante sua experimentação no homem sadio e que estão registradas nas Matérias Médicas. Serão estas descrições as bases para a construção das analogias, que determinarão seu emprego na terapêutica (cf. Hahnemann, 1993).

A noção de propriedade e impropriedade é uma referência importante na realização do trabalho de encontrar os elementos diagnósticos tanto do paciente, quanto do medicamento. Por este motivo Boeninghausen salienta esta importância e afirma que os sintomas são considerados individualizantes ou peculiares ao caso quando (Boenunhausen, 1993):

- não estão presentes em todas as enfermidades, a menos que seja uma manifestação marcante;
- não são transtornos que de praxe aparecem como concomitantes invariáveis na maior parte dos indivíduos enfermos;
- são sintomas acessórios raramente vinculados à doença principal;
- são sintomas acessórios que possuem as características de um medicamento.

Depreende-se do acima exposto que o médico homeopata deve fazer o diagnóstico clínico do paciente, pois, do contrário, não pode determinar o que é estranho e raro. Este diagnóstico clínico, que deve

ser executado com base na classificação das patologias por sistemas, é de fundamental importância para o acompanhamento do caso, pois será com base nas diferenças produzidas sobre o curso natural da enfermidade e os demais elementos de avaliação da saúde, que o médico homeopata poderá se assegurar do curso curativo da enfermidade clínica.¹⁸

Procedimentos operativos para o diagnóstico

Os procedimentos básicos, através dos quais são obtidos os elementos necessários ao estabelecimento do diagnóstico homeopático, são a *escuta* ao paciente, seguida de um interrogatório de investigação e, por último, o exame físico.

No primeiro procedimento, o médico escuta ao paciente e registra a totalidade de suas queixas, sem exercer nenhum tipo de pré-julgamento ou enquadramento em nosologias. Trabalha, primordialmente, com o pressuposto de que todo e qualquer desconforto, reclamação, insuficiência, incapacidade, desagrado, perturbação etc., referidos pelo paciente, indicam a ocorrência de um desequilíbrio em sua saúde – visto que a ideia de equilíbrio guarda estreita relação com a noção de harmonia, bem estar, conforto, satisfação, suficiência etc. Assim, o procedimento de escuta compõe-se de:

- a) registrar tudo aquilo que o paciente refere sobre seu organismo, tanto do ponto de vista sensorial, funcional e lesional do plano orgânico, quanto no plano anímico, mental ou intelectual;
- b) transmitir para o paciente a noção de “importância de tudo” através do comportamento de atenção e receptividade para sua fala;
- c) estimular o relato de qualquer outra manifestação de desconforto, não referido espontaneamente.

Após o paciente esgotar seu relato, o médico inicia o seu interrogatório, com o intuito de precisar cada uma das queixas, definindo de modo exato: a localização; o momento do dia em que

¹⁸ “Assim como quando nos acercamos de um caso clínico com o objetivo de fazer um diagnóstico devemos observar certos sinais e sintomas, que, quando presentes firmam um diagnóstico, quando nos acercamos de um caso com o objetivo de fazer uma prescrição homeopática, existem certos sinais e sintomas que, quando presentes, determinam a seleção do medicamento correto” (Borland, 1998, p.22).

ocorre; aquilo que antecede, acompanha ou sucede; alguma relação de causalidade; a periodicidade da ocorrência; os fatores ou circunstâncias que a modificam, e a forma como estas alteram seu modo de ser ou sua personalidade. Através desta investigação, o médico determina as particularidades de cada alteração, define a extensão da queixa na totalidade do organismo do paciente e reconhece os elementos que particularizam o caso, isto é, que o individualizam.¹⁹

Investigar e precisar cada fenômeno não é interrogar de forma diretiva ou visando a resposta de negação ou afirmação, mas, fundamentalmente, ser capaz de formular questões apropriadas ao tema que o paciente se refere, para que estas perguntas o remetam à descrição da maneira como ocorrem suas afecções. É no campo dos fenômenos presentes em cada caso, que não podem ser previamente previstos, que o homeopata encontrará os elementos que especificam e que podem tornar singular a manifestação do desequilíbrio vital do seu paciente (cf. Stearns, 1996, p. 4).

No exame físico, o médico homeopata realizará em sua primeira etapa uma acurada análise ectoscópica de seu paciente, com o fim de encontrar sinais externos que corroborem os dados relatados, sejam este de ordem clínica ou não. De acordo com a cosmovisão homeopática, ele pressupõe que há na totalidade das manifestações um caráter unitário, onde nada deixa de ter sentido, pois tudo o que está presente depende da mesma ordem modificada. Assim, nenhuma alteração deixa de ter valor. Nesta fase do exame físico, realizará a conexão entre o aspecto externo do continente e o conteúdo de cada local do organismo, assinalando a presença de todo e qualquer sinal perceptível (Boger, 1996, p. 27).

Em uma segunda etapa, procedendo de forma análoga a qualquer médico clínico de formação ocidental tradicional, examina e explora por palpação e percussão, ou auxiliado por instrumentos básicos (termômetro, estetoscópio, tensiomanômetro, espéculos auriculares,

¹⁹ “É novamente Raue quem afirma, quando escreve sobre a “anemia”: ‘O tratamento específico deve ser ditado pela situação de cada paciente; o sucesso somente é possível quando consideramos cada caso como único, e buscamos o seu remédio correspondente na Matéria Médica. Os sintomas que indicam o remédio podem ser completamente fora do grupo dos sintomas que constituem o diagnóstico’” (Nash, 1998, p.42).

nasais ou ginecológicos), os principais sistemas do organismo, com o fim de determinar a presença ou mensurar a extensão de possíveis alterações morfológicas. Neste momento, poderá requisitar exames de complementação, para que identifique ou dimensione alterações morfológicas encontradas, ou suspeitadas no exame físico.

Estes dois últimos procedimentos visam especificamente ao diagnóstico nosológico, que tem a finalidade de prognóstico, como referimos anteriormente.

Sistema de intervenções terapêuticas

A dimensão terapêutica, bem como a dimensão diagnóstica, prescinde de maiores esclarecimentos. Diz respeito à arte e ciência de cuidar e de tratar de enfermos. Assim, esta é, poderíamos dizer, a dimensão que justifica todo o arcabouço de uma racionalidade médica – muito embora, nem todas as racionalidades deem o seu maior peso, ou tenham desenvolvido de forma mais aprofundada ou extensiva o sistema de intervenções terapêuticas. Apesar destas variações, como sistemas médicos complexos que são, as racionalidades médicas têm nesta dimensão, em princípio, a sua finalidade: tratar dos doentes.

O objetivo geral da terapêutica homeopática é a restituição da saúde, de modo que o sujeito, retornando ao seu equilíbrio, possa harmonizar-se com o seu meio, com o Cosmos e o Universo, gozando assim de bem estar e satisfação com a vida.

Em homeopatia, a terapêutica é basicamente medicamentosa. Conquanto o médico homeopata procure conhecer os hábitos alimentares, os hábitos de higiene e o modo de vida de seu paciente, vícios ou comportamentos que, atuando sobre sua susceptibilidade particular, provocam ou sustentam as alterações da saúde de seu paciente, e que desta maneira atuam como obstáculos à cura, dos quais o paciente deverá se afastar para que o tratamento tenha êxito; conquanto o homeopata alerte seu cliente para afastar-se de condições insalubres do meio onde vive ou trabalha, devendo esclarecer sobre a importância da regularidade da vida, da necessidade de atividades físicas, que compensem os excessos de atividade intelectual, por exemplo; e mesmo levando-se em conta que o médico homeopata procure estimular os hábitos de vida que colaboram para a manutenção

de um melhor estado de higidez, com o intuito de manter seu paciente em equilíbrio, e aponte para a existência de um sentido para a vida, num procedimento claramente pedagógico, como formas de dar ao paciente instrumentos de preservação da sua saúde, não podemos dizer que estas orientações conformem uma doutrina ou sejam aplicadas de forma sistemática, segundo uma ordem lógica e sempre a mesma.

Assim, o médico homeopata observa e recomenda, baseando-se nos princípios gerais de higiene, bem-estar e moderação, que são muitas vezes do censo comum. Na realidade, desde Hipócrates, estas são medidas gerais de higiene, que compõem o saber e a prática médicos. As medidas dietéticas transitórias, relacionadas a determinados distúrbios funcionais, são aplicadas sem uma base teórica específica e variam de acordo com a formação e interesse, dos médicos homeopatas, por outras formas terapêuticas não-medicamentosas, claramente apropriadas de outras fontes de saber, sem representar uma especificidade de sua racionalidade. Entretanto, médicos homeopatas fazem restrições específicas à ingestão de determinados alimentos ou a manipulação de algumas substâncias, apenas quando estes têm reputada incompatibilidade com a substância medicamentosa que está sendo administrada, pois podem atuar de forma a antidotá-la, ou seja, de forma a neutralizar seu efeito.

Podemos dizer que a terapêutica homeopática é aquela que segue as suas postulações doutrinárias fundamentais, que são: lei da semelhança, medicamento único, doses mínimas. Os elementos terapêuticos – medicamentos – utilizados pela homeopatia são oriundos dos três reinos: mineral, vegetal e animal. Em geral, estas substâncias estão disponíveis ao uso, após o estudo de suas propriedades, pelo método de experimentação em homens sãos. Fundamentalmente, a terapêutica homeopática depende da eleição de medicamentos individualizados, isto é, determinados por uma relação de semelhança entre as características ativas da substância medicamentosa e as singularidades do paciente. Depois de escolhido o medicamento, este é administrado em dose suficiente para desencadear o processo de cura (cf. Underhill, 1997).

A repetição da medicação é sempre determinada em função dos efeitos produzidos. Após cada administração, é feita uma reavaliação do caso, considerando-se a totalidade dos sintomas e apreciando

o curso que as manifestações tomaram. O objetivo da terapêutica nunca é de calar os sintomas, mas sim direcioná-los para planos mais superficiais e menos complexos do organismo. Os efeitos das ações das substâncias empregadas são mensurados através das alterações que podem produzir nos sintomas, que são: aumento, diminuição e desaparecimento de cada um deles. No conjunto dos sintomas iremos apreciar alterações na ordem de seu aparecimento e no sentido em relação aos planos (sensorial, funcional, estrutural e espiritual) e em relação às categorias (menos e mais vitais) (cf. Wright, 1929).

Desta forma, após cada prescrição, o médico submete seu paciente à nova análise, onde, efetivamente, avaliará a ação da substância indicada, tomando como parâmetro principal a direção do conjunto de sintomas e não apenas a sua presença ou ausência. Não se trata de uma quantificação dos sintomas presentes na totalidade do organismo, mas, fundamentalmente, do curso que os sintomas tomaram. A lei de cura se caracteriza pela superficialização progressiva das manifestações; pela alteração do sentido de adoecimento, que transcorre dos planos sensorial para o funcional, deste para o estrutural e deste para o espiritual. O sentido das manifestações deve, obrigatoriamente, inverte-se melhorando o espírito ou ânimo, seguindo-se o alívio nos planos sensorial, funcional e por fim estrutural (Close, 1984).

Do mesmo modo, o sentido da cura transcorre das categorias mais vitais para as menos vitais e seguindo a ordem inversa de sua aparição. Os últimos sintomas surgidos, fruto do aprofundamento progressivo, são os que primeiro desaparecem, deixando em atividade aqueles que lhe antecederam e assim sucessivamente, até que, ao final, o primeiro sintoma que surgiu desapareça.²⁰

Sempre que a substância administrada produz apenas a eliminação de sintomas em desrespeito ao sentido de superficialização, diz-se que sua atuação teve caráter supressivo, e concorre para o aprofundamento

²⁰ “Se formos bem-sucedidos na cura do caso crônico de longa data, e se os sintomas tiverem desaparecido na ordem inversa de seu aparecimento, nós podemos dar alta ao caso com grande segurança na cura e não correr o perigo de ele regredir novamente; se não for assim, é emlhor dizer ao paciente, mesmo que ele esteja satisfeito com a cura parcial, que ele pode após um longo tempo adoecer novamente” (Hering, 1865 apud Selecta Homeopática, 1997).

do desequilíbrio. Neste caso, o efeito não é considerado terapêutico. Ao contrário, o medicamento deve ser trocado, pois sua manutenção é lesiva à saúde, uma vez que atua no sentido contrário da cura.

Durante o processo de cura, ou seja, de reequilíbrio da saúde, podem reaparecer manifestações que são análogas àquelas que eram percebidas no curso de enfermidades, que já haviam sido curadas. Este fenômeno expressa a superficialização e indica a marcha positiva da lei. Estes quadros de reaparecimentos são, em geral, respeitados. Eles não indicam a necessidade de nova medicação; pelo contrário, reafirmam a capacidade de reorganização determinada por aquele medicamento. Este fenômeno é chamado de “boa agravação”, pois se deve ao reaparecimento de distúrbios antigos e seu prognóstico é positivo. Mas podemos encontrar também as “más agravações”, que expressam a exacerbação da enfermidade em curso, sem haver movimento de superficialização consecutivo, ou ocorrendo mesmo um aprofundamento. Neste último caso é obrigatória a troca da medicação.

Modalidades terapêuticas

De um modo geral, qualquer que seja a racionalidade médica em questão, teremos três modalidades terapêuticas: a terapêutica de entidades-quadros-síndromes; a terapêutica situacional-padrão ou gestalt de desequilíbrio; e a terapêutica constitucional ou de terreno.

Como veremos a seguir, em razão das etapas contidas em cada uma dessas estratégias terapêuticas, há uma demanda diferenciada de tempo, tanto de consulta quanto de acompanhamento. Este fator entra nos critérios de avaliação do médico homeopata, e pode determinar a eleição de uma ou outra modalidade. Assim, diríamos que estas formas de encaminhar a terapêutica são opções, em virtude das circunstâncias e das necessidades. Em determinado momento, a terapêutica rápida, de perspectiva nitidamente nosológica, pode ser a mais adequada a uma situação de presteza, emergência ou calamidade. Em outras circunstâncias, onde a recorrência do processo é o próprio caráter da enfermidade ou a gravidade do quadro, somente a perspectiva constitucional pode solucionar de forma definitiva e restaurar a saúde (cf. Krichbaun, 1930).

Terapêutica de entidades-quadros-síndromes

Neste caso, ainda que trabalhando com o critério de entidade nosológica, a terapêutica conserva o seu critério fundamental de selecionar medicamentos, segundo a analogia entre a ação medicamentosa e os sintomas individualizantes.

A analogia se constroi com três níveis de operação. No primeiro, temos a seleção dos medicamentos que cobrem os sintomas próprios (patognomônicos) da entidade nosológica, do quadro ou da síndrome. No segundo nível, determinamos os dados estranhos ou impróprios à entidade, ao quadro ou à síndrome e que estando presentes no caso configuram-se em elementos particulares ou individualizantes. Por fim, no terceiro nível selecionamos dentre os medicamentos escolhidos no primeiro nível, aquele que contém os dados determinados no segundo nível (cf. Yingling, 1893).

Após as três operações anteriores terem sido completadas, afirma-se que a terapêutica determinada pela definição de entidades/quadros/síndromes foi analógica por ser semelhante ao conjunto dos sintomas patognomônicos e também analógica ao indivíduo, cumprindo assim com seu plano completo de analogia e executando uma terapêutica individualizada, ainda que com base em entidades/quadros/síndromes.

Terapêutica situacional, padrão ou gestalt de desequilíbrio

Neste caso, a analogia que se baseia no conjunto dos sintomas que particularizam o caso, toma como base os dados que são os mais individualizantes do conjunto, isto é, aqueles que só podem ser justificados como próprios do indivíduo.

Os sintomas próprios do indivíduo são aqueles que compõem os traços mais marcantes de seu temperamento e caráter, bem como aqueles que expressam a sua “tendência reacional” no presente momento. Esta última é determinada por dados quantitativos e qualitativos, objetivos ou subjetivos relacionados ao evento do presente. O medicamento eleito deverá cobrir a totalidade dos dados colhidos neste momento e a terapêutica visa ao alívio ou reequilíbrio da situação ou deste padrão (*gestalt*) de desequilíbrio.

Terapêutica constitucional

Neste caso, a analogia se baseia em um conjunto selecionado de dados qualitativos tanto objetivos como subjetivos. O objeto da investigação é a susceptibilidade do indivíduo, ao longo de toda a sua história, levando-se em consideração os dados relativos a: história da doença atual; histórico individual, comportando dados de sua evolução pessoal no que tange ao seu caráter, temperamento, modo de ser, angústias, ansiedades, medos etc.; história patológica progressiva, que constituem dados fundamentais, pois permitem determinar as áreas de propensão de sua constituição ou “natureza”, assim como revelam, nos sucessivos eventos ao longo da vida, a “tendência reacional” presente; e por fim, os antecedentes familiares, dos quais são retirados os elementos que indicam propensões de ordem familiar e que podem ou não modular as manifestações presentes.²¹

Com base na análise destes dados biográficos da constituição, serão investigados os elementos causais ou circunstanciais que se relacionam com cada um dos eventos, assim como a forma como cursou cada um destes. Do conjunto acima são selecionados os dados que, sendo particulares e reiterativos, indicam a propensão constitucional ou forma reacional crônica do paciente e que apontam para causas ou fatores que os modulam ou determinam.²²

No conjunto dos dados selecionados como representativos de sua forma reacional crônica, determina-se o “miasma” ou tendência reativa crônica, que pode expressar as formas reativas: aumentativa, diminutiva ou oscilante susceptível. O medicamento análogo a ser indicado deve corresponder aos dados da forma reativa crônica em sua maior especificidade, isto é, aquele medicamento capaz de cobrir, em suas ações gerais, as tendências crônicas constitucionais e,

²¹ “A susceptibilidade é geralmente progressiva. Ou seja, acaba afetando o conjunto da economia do sujeito, tornando-se um fenômeno cada vez mais intenso” (Rosenbaum, 2000, p. 98).

²² “Os casos deveriam ser analisados não mais como uma totalidade da enfermidade, mas aglutinando e recensando toda a biografia do indivíduo. Não mais o presente e o passado patográficos, mas a totalidade biográfica; não mais a mera alusão pretérita, mas a exploração do futuro nas expectativas e aspirações do sujeito” (Rosenbaum, 2000, p. 121).

fundamentalmente, os aspectos do seu caráter e temperamento, que sejam os mais específicos do indivíduo. Além disto, o medicamento deverá estar de acordo com as causas e circunstâncias que modulam as manifestações ao longo de sua vida, bem como a maneira como tendem a se manifestar.²³

Ao encerrar esta análise sobre o modelo terapêutico, gostaríamos de frisar que a homeopatia trabalha sobre um conceito de saúde que é amplo e abrange todas as manifestações próprias à saúde do homem, o qual visa primordialmente a caracterizar suas suscetibilidades ou indícios de predisposições do organismo a enfermar-se, sem que com isso deixe de lado os entes nosológicos. Estes últimos tendem a se constituir no organismo sempre que este atinge os últimos estágios de degradação do seu equilíbrio vital.²⁴ Assim, podemos dizer que a terapêutica homeopática trabalha com duas vertentes principais:

A primeira e mais importante, dada sua prevalência na população humana, visa a determinação e regularização das predisposições a adoecer, numa proposta terapêutica que busca o fortalecimento da higidez e a prevenção da enfermidade; dedicando-se ao tratamento dos indivíduos ainda não enfermos, mas que revelam, no conjunto de suas manifestações da saúde, dados que indicam a ocorrência de alterações sensoriais e funcionais, que ainda não podem ser classificadas como entidades clínicas definidas, mas que são passíveis de regularização e restituição de seu equilíbrio.

A segunda vertente trabalha sobre o ente nosológico, sobre a enfermidade instalada, isto é, sobre as alterações funcionais e estruturais, que são o fim último das alterações sensoriais e funcionais. Inicialmente sutis, e portanto não caracterizáveis como patologias específicas, cursaram de forma progressiva ao longo do tempo, até alcançarem o poder de desorganizar as estruturas, deformando-as a ponto de serem

²³ “O estudo intensivo do detalhe parece estreitar o horizonte mental, aleijar a faculdade de associação e enfraquecer o poder de coordenar fenômenos relacionados” (Boger, 1921).

²⁴ “O que significa realmente a totalidade sintomática? Não é necessariamente um número maior de sintomas que compõe a totalidade, mas sim a evidência destes sintomas, mesmo que eles sejam poucos, de que são característicos da experimentação do remédio e distinguem sua esfera peculiar de ação de outros similares... a totalidade do paciente é, em geral, apenas uma fração da totalidade do remédio” (Whitmont, 1997, p. 71).

constatáveis, como achados morfológicos, dados requeridos para que sejam reconhecidos como entes nosológicos, entidades mórbidas.

Nestas últimas circunstâncias, a terapêutica homeopática que busca a modificação da causa original, não pode mais promover o retorno à ordem original. Neste caso, o processo de reequilíbrio fomenta no organismo a busca de um novo equilíbrio, para que se conserve a vida e este sujeito possa gozar do bem-estar possível, para seus novos e particulares parâmetros. Assim, conservará as alterações morfológicas de que é portador, mas sem os desconfortos provocados pelos abalos na sua suscetibilidade, que, reequilibrada, o resguarda dos fatores que lhe ofendem a integridade, que em última instância são o motivo para que se rompa a sensação de bem e satisfação necessárias ao gozo da vida.

Referências

- ALLEN, J.H. A divindade da Lei. 1894. *Selecta Homeopática*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.56-64, jul-dez 2000.
- BOENINGHAUSEN, C.M. Uma contribuição à apreciação do valor característico dos sintomas. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.4-17, jan-mar 1993.
- BOGER, C.M. A Filosofia da semelhança. 1921. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.40-45, jul/ dez 2000.
- _____. Taking the case. 1906. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.23-37, jan-jun 1996.
- BORLAND, D.M. Homeopathy in theory and practice. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.20-37, jul-dez 1998.
- BOURDIEU, P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: _____. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- BOYD, J.L.The Hippocratic simile. *Selecta Homeopática*, v.2, n.1, p.5-54, jan/ jun 1994.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p. 219-230, 2000.
- CANEVACCI, M. *Sincretismo: uma exploração das hibridações culturais*. São Paulo: Studio Nobel, 1996.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.
- CASE, E.E. *Some clinical experiences of E.E.Case with selected writings*. Greenville: Van Hoy, 1991.
- CLOSE, S. A arte de generalizar. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro. 6(2) 20-66. jul-dez. 1998.

_____. Cure and Recuperation. In: _____. *The Genius of Homeopathy*. New Delhi: B. Jain, 1984. p.122-135.

_____. General Interpretations. In: _____. *The Genius of Homeopathy*. New Delhi: B.Jain, 1984.

_____. Life, health and disease. In: _____. *The Genius of Homeopathy*. New Delhi: B.Jain, 1984.

DUDGEON, R.E. On Specific medicine, and attempts at a theory of cure. In: _____. *Lectures on the Theory and Practice of Homeopathy*. New Delhi: B. Jain, 1982.

FARRINGTON, E.A. Do medicine make functional changes? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1987.

_____. Elasticity of the law of homeopathy. ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1987.

_____. *Materia Medica Clinica*. Buenos Aires: Albatros, 1985.

_____. Sugestion for a model materia medica. ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1987.

_____. Use of universal symptoms? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1987.

FRIAS, I.M. *Platão, leitor de Hipocrates*. Londrina: EdUEL, 2001.

GINZBURG, C. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: _____. *Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história*. São Paulo: Cia das Letras, 1990. p.143-179.

HAHNEMANN, S. Aesculapius in the balance (1805). ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1984.

_____. Essay on a New principle for ascertaining the curative powers of drugs, with a few glances at those hiterto employed (1796). ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1984.

_____. Examination of the sources of the ordinary materia medica (1817). ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1984.

_____. O Observador médico. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 44-47. jan-mar 1993.

_____. *Organon de la medicina*. Buenos Aires: Albatros, 1986.

_____. The medicine of experience (1805). ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1984.

HERING, C. Analytical repertory of symptoms of the mind. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.44-83, jan-jun 1998.

_____. The three hahnemannian rules concerning the rank of symptoms. *The Hahnemannian Monthly*. Aug 1865. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 83-89, jul-dez 1997.

- KENT, J.T. As bases das futuras observações na Matéria Médica ou como estudar a Matéria Médica. *Journal of Homeopathics*. v.2, p.440-49. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.60-66, jul-dez 1998.
- _____. Correspondence of organs, and direction of cure. ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1976.
- _____. *Filosofia homeopática*. São Paulo: Robe, 1996.
- _____. Homeopathy: its fundamental principles outlined. ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1976.
- _____. The trend of thought necessary for the comprehension of homeopathy. ? In: _____. *Lesser Writings with Therapeutic Hints*. New Delhi: B.Jain, 1976.
- KOSSAK-ROMANACH, A. *Homeopatia em 1000 Conceitos*. São Paulo: ELCID, 1984.
- KOYRÉ, A. *Do Mundo Fechado ao Universo Infinito*. Lisboa: Gradiva, 1991.
- KRICHBAUM, T.W. Keynotes in the homeopathic prescribing, their use and abuse, 1930. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.18-21, jan-jun 1997.
- LALANDE, A. *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- LUZ, H.S. *Ensaio sobre as bases científicas do método experimental hahnemanniano*. Apostila do Curso de Formação de Especialistas em Homeopatia, 1993.
- MILLER, R.G. Comparative value of symptoms in the selection of the remedy. 1929. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.16-38, jul-dez 2003.
- MILLER, R.G. Synopsis of homeopathic philosophy. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.87-108, jul-dez 1998.
- NASH, E.B. New York Homeopathic Union. 1898. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.38-51, jul-dez 1998.
- RAUE, C.G. *Special pathology and diagnosis with therapeutic hints*. New Delhi: B.Jain, 1997.
- ROSENBAUM, P. Perfis teóricos da terapêutica homeopática. In: _____. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.90-107.
- _____. Desvios e alcances epistemológicos. In: _____. *Homeopatia: medicina interativa, história lógica da arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. p. 114-136.
- _____. Vitalismo homeopático. In: _____. *Homeopatia e vitalismo*. Um ensaio acerca da animação da vida. São Paulo: Robe, 1996.
- STEARNS, G.B. Case taking. 1917. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.3-21, jan-jun 1996.
- TYLER, M. How not to do it. 1912. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v. 8, n.2, p.24-34, jul-dez 2000.

UNDERHILL JR., E. Observing the action of the indicated remedy. 1936. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.44-50, jul-dez 1997.

WARING, G.P. Disease: manifestations, progress and decline. 1903. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.39-43, jul-dez 1997.

WHITMONT, E. Problems of chronic prescribing. 1948. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.69-78, jan/jun 1997.

WRIGHT, E. Redeveloping suppressed discharges and eruptions by homeopathy. 1929. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.29-36, jul-dez 2002.

YINGLING, W.A. The keynote system. 1893. *Selecta Homeopática*. Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.18-21, jan/jun 1997.

Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica

DANIEL LUZ¹

A medicina tradicional chinesa vem se firmando no cenário internacional como uma das mais procuradas alternativas aos tratamentos da medicina convencional (denominada no projeto Racionalidades Médicas “biomedicina”). Contudo, esta medicina dita “tradicional”, vem na realidade se formando continuamente: paradigmas anteriores não são eliminados ou “superados”, mas passam a *orbitar* as ideias mais recentes, guardando maior ou menor distância de acordo com o grau de ruptura com estas ou, ainda, segundo a agenda política do momento. Dessa forma, a medicina chinesa tornou-se uma colcha de retalhos onde coexistem ideias e práticas oriundas de períodos históricos e de paradigmas substancialmente diferentes. Por isso, é difícil falar de “uma” medicina chinesa, ou de uma “tradição” chinesa. Como o Projeto Racionalidades Médicas, em cujo âmbito foi produzida uma primeira versão deste material, focalizou sua atenção nos serviços da rede pública de saúde do Município do Rio de Janeiro, seus praticantes, seus usuários, suas representações, a medicina tradicional chinesa de que vamos tratar é a que pode ser encontrada nesses serviços e que, em geral, se ensina nos cursos de formação disponíveis nas instituições brasileiras de ensino de acupuntura. *Em momento algum pretendemos que esta medicina chinesa seja a mais “moderna”, a mais “tradicional”, ou a mais eficaz.* O fato é que é desta que milhares de pessoas doentes procuram resposta,

¹ Uma primeira versão de parte deste texto foi publicada na *Série Estudos em Saúde Coletiva* n. 72, do IMS-UERJ, em 1993.

quando todos os recursos já se esgotaram, e é nesta que milhares de estudantes de MTC no mundo todo depositam suas esperanças de melhor atender aos que sofrem. É, portanto, sobre *uma determinada forma* – de estruturação bastante recente, aliás – de medicina tradicional chinesa que iremos aplicar o conceito de Racionalidade Médica.

As seis dimensões da racionalidade médica chinesa

Cosmologia da MTC

Muitos autores de MTC, quando querem validar suas ideias, se remetem à “tradição chinesa”. Ao fazerem isto estão sendo bem “cínicos”, partilhando do referencial chinês de buscar a validação no passado e na tradição ao invés de no avanço e na modernidade. O problema é que corre-se o risco de criar a falsa ideia de que, de fato, exista *uma* tradição chinesa, o que não é o caso. O que há é uma complexa teia de interações, com alguns momentos de afastamento, outros de aproximação, entre várias escolas e tradições que surgiram ao longo da história. É portanto de um conjunto fundamentalmente heterogêneo que foram selecionados os sete conceitos-chave que constituem a Cosmologia da Racionalidade Médica chinesa. São estes: *Dao* (Tao), Céu anterior e Céu Posterior, *taiji*, *qi*, *yin/yang*, *wu xing* e *san cai* (sen ts’hai). Estes conceitos e o resultado de suas interações nos parecem fornecer uma base conceitual suficientemente abrangente para ancorar todas as demais dimensões dessa MTC que é o objeto do nosso estudo.

Dao

O ideograma *Dao* é composto de duas partes: uma significando “cabeça”, e a outra, “pé”, significando “ir”. *Dao* pode ser traduzido como “caminho”, “via”, que se segue conjugando ação (pé) e reflexão (cabeça). No taoísmo dito “filosófico”² o *Dao* “é” a origem não-dual

² Existe uma distinção entre o taoísmo chamado de “filosófico” *Daojia* e o taoísmo religioso *Daojiao*. O primeiro propõe a experiência mística da identificação direta com o *Dao*, enfatizando a meditação e a ação espontânea, não-premeditada, representada pela noção de Wu Wei. Seus maiores expoentes são *Laozi*, (Séc.V a.C.?) e *Zhuangzi* (369-286 a.C.) A segunda corrente, representada por diversas escolas, busca a imortalidade e venera um vasto panteão organizado à maneira de uma repartição pública. Tem como principal cânone o *Daozang*, que em sua edição de 1118 contava com 5.481 volumes.

do cosmo. Uma vez que precede a dualidade ser/não-ser, não se pode dizer que “seja” isto ou aquilo. É indescritível, posto que qualquer descrição supõe necessariamente a existência de uma dualidade observador/fenômeno. Segundo o Tao Te King (*Daode Jing*):

O *Tao* que pode ser pronunciado
 não é o *Tao* eterno.
 O nome que pode ser proferido
 não é o Nome eterno. (*Lao Tzu* p. 37)

O *Dao* é o Princípio primeiro de onde se originam espontaneamente todas as coisas e fenômenos do universo. Nesse sentido, é assemelhado a uma mulher, fonte da vida humana:

O espírito do vale não morre nunca;
 ele é a mulher misteriosa.
 A porta da mulher misteriosa é a raiz do Céu e da Terra.
 Ininterrupta, assim como perpétua,
 ela age sem esforço. (idem, p. 42)

É assemelhado à Vacuidade:

Trinta raios cercam o eixo
 a utilidade do carro consiste no seu nada.
 Escava-se a argila para modelar vasos:
 a utilidade dos vasos está no seu nada.
 Abrem-se portas e janelas para que haja um quarto:
 a utilidade do quarto está no seu nada. (idem, p. 47)

Apesar de misterioso, profundo e inenarrável, o *Dao* pode ser experimentado diretamente pelo Homem. Para tanto, o taoísmo filosófico preconiza a realização pessoal da unidade com o *Dao*, que se obtém na simplicidade e, sobretudo, da prática da não-ação, o *Wu Wei* (Uú Uêi):³

Ch'ui o projetista
 Sabia desenhar círculos mais perfeitos a mão livre
 Do que a compasso.
 Seus dedos traziam
 Formas espontâneas do nada. Enquanto isso, a mente

³ Wuwei, "agir sem intenção". A ação não-intencional, não-premeditada e totalmente espontânea que é a virtude própria do Dao.

Mantinha-se livre e despreocupada,
Com o que estava fazendo
Nenhuma aplicação era necessária
Sua mente era inteiramente simples
E não conhecia obstáculos. (Merton, 1965, p. 146)

O conceito de *Dao* fundamenta a ideia de *normalidade* da MTC. “Seguir o Dao” significa seguir o “caminho natural” da pessoa⁴. A reflexão chinesa sobre o homem nunca é feita dentro de um referencial puramente subjetivo: o homem sempre está referenciado ao Céu e a Terra e também, com frequência, ao Estado. Assim, o Dao é também a via correta que os cidadãos (e os governantes) devem seguir para a prosperidade e ordem do reino:

Vejo quão grande é tua virtude, e quão admiráveis tuas vastas realizações. A escolha específica do Céu recai sobre ti; eventualmente deves assumir o trono do grande soberano. A mente das gentes está inquieta e fadada ao fracasso, e seu desejo de seguir o *dao* é pequeno.⁵

Se na morfologia da MTC veremos que o corpo é visto como um micro-estado, em que centros urbanos e grandes celeiros (os órgãos e vísceras) trocam suas riquezas e produção específica através de hidrovias (os canais), é natural que haja um administrador desse Estado. Trata-se de uma ruptura com as tradições anteriores, em que o bem-estar da comunidade bem como do indivíduo estava condicionado aos caprichos de entidades sobrenaturais. Agora, a própria pessoa passa a ser responsável pelo gerenciamento do Estado do seu corpo⁶. Esse gerenciamento tem sua eficácia ligada à ideia de “seguir o Dao”, o que na

⁴ O conceito de *Dao* fundamenta a ideia chinesa de *saúde*, vista como uma “ordem vital”: Esta seria menos um “equilíbrio” do que um *padrão* ou uma *configuração* de processos interligados, que naturalmente muda de matiz para se adaptar as mutações naturais do Céu e da Terra. Este padrão cambiável da ordem vital mantém a vida com bem-estar “físico” e temperança nas emoções, com a perspectiva de viver-se todos os anos possibilitados pela sua herança vital, sem decrepitude ou sofrimento.

⁵ *Shujing*, parte II, livro 2, cap.2, apud Palmer (1991).

⁶ A ideia de “corpo” não corresponde, aqui, à imagem de “máquina biológica” tão marcante em nossa cultura. Considera-se que haja aspectos da vida que *residem* (os *shen*, “espíritos” dos órgãos internos) ou apoiam-se no corpo físico (o próprio *qi*, que vem do Céu e da Terra), sendo contudo distintos deste.

concepção confucionista que é a marca da MTC, deve ser feito através da observação de padrões de conduta caracterizados pela moderação.

Uma vez que este é indescritível e inenarrável, “seguir o Dao” equivale na prática a “seguir o *yin/lyang*”, que é a forma pela qual o mistério do Dao se revela no mundo:

Seguir o *yin/lyang*, eis a vida. Negá-los, eis a morte. Segui-los é a cura [é legislar], negá-los é o caos [...]⁷

O fato de a palavra *zhi* (dj^h) significar tanto “curar” quanto “legislar”⁸ e de que a expressão “caos”, utilizada para sublevações e perturbações no reino, seja utilizada para aludir à doença individual, ilustra mais uma vez como, no imaginário médico chinês, as ideias de cuidar da saúde e gerir o Estado estão imbricadas.

Céu Anterior e Céu Posterior

“Céu Anterior” é uma expressão encontrada primeiramente no *Livro das Mutações*⁹ para designar o estado que precede o surgimento do universo manifesto. O Céu Posterior é o mundo das manifestações e dos fenômenos, referidos na tradição taoísta como “dez mil seres”. O Homem vai procurar no Céu Anterior a origem das situações, no Céu Posterior, encontrará seu desenlace. Note-se que quando falamos em “Céu Anterior” estamos construindo uma relação dual com “Céu Posterior” – um pressupõe o outro. Já a noção de *Dao* não possui um oposto, já que não existe nada fora (ou dentro) dele.

⁷ *Huangdi Neijing So Wen*, cap.2, apud Unschuld (1989, p.11).

⁸ Lamentavelmente, perdeu-se a etimologia deste ideograma. Akahori Akira (ver referências), contudo, acredita que seja um erro de transcrição da palavra *ye*, muito semelhante, que significa “derreter metal”, que aparece freqüentemente nas receitas da dinastia Han. Aparentemente a palavra significava “pulverizar em pó fino” os ingredientes provavelmente com um martelinho de metal. Como no final dos Han Posteriores essa prática caiu em desuso, sendo substituída pelo uso de peneiras finas, um erro de copista não foi corrigido porque ninguém sabia mais o sentido do outro ideograma.

⁹ *Yijing* – lit. *Tratado das Transformações*. É um dos mais famosos livros de sabedoria chinesa, traduzido para virtualmente todos os idiomas. Representando a dualidade *yin/lyang* por uma linha descontínua e outra contínua, respectivamente, o livro parte de oito trigramas básicos de cuja combinação resultam 64 hexagramas, que, corretamente interpretados, apontam a natureza original e o desenvolvimento futuro de qualquer situação. Sua primeira compilação provavelmente data do período de transição entre as dinastias *Shang* e *Zhou*.

Na RMC, essas noções estão relacionadas às propriedades inatas e às propriedades adquiridas. No momento anterior à fecundação, temos o Céu Anterior representado pelas potencialidades de manifestação da nova vida, limitadas pelas características dos genitores. No momento da fecundação é dado o impulso organizador característico daquele ser, tanto em sua dimensão racial e genérica quanto individual. Esse impulso inicial estabelece um dos mais importantes aspectos da vitalidade humana na RMC: o *qi* Original *yuan qi* (Luén Tchi). Criado no momento da concepção, O *qi* Original terá a incumbência de gerenciar as influências do Céu e da Terra, organizando a fisiologia vital de acordo com o que foi conformado na fusão das essências do pai e da mãe.

Taiji

Taiji pode ser traduzido como “Cumeeira Suprema”, “Ápice Máximo” ou “Viga Mestra”. É representado no *taiji du* (t’hai dji tú), o “Diagrama do *Taiji*”, o símbolo dos dois peixes que atualmente consiste num dos objetos favoritos de predação do marketing, ao lado do Ohm indiano. O *taiji* é a linha que, naquele diagrama, ao mesmo tempo define, une e divide *yin* e *yang*, sem que se possa dizer que pertença a um ou a outro. O *taiji* caracteriza a natureza polar de nosso universo e estabelece que entre os polos existe um movimento contínuo de emergência, crescimento, plenitude e decréscimo, numa alternância gradual e harmoniosa entre *yin* e *yang*. O *taiji* é a “mãe do *yin/yang*“, que é a expressão do movimento fluido que caracteriza o *Dao*. Assim, o *taiji* é o eixo através do qual o *Dao* vai encontrar sua expressão tangível:

- O Dao pare o Um
- O Um pare o Dois
- O Dois pare o Três
- O Três pare as Dez Mil Coisas [...] (Tse, p. 102)

Ou seja: do Dao vem o *taiji*, o eixo supremo; o *taiji* supõe o dois (o *yin/yang*), o qual por sua vez gera o trinômio Céu (*yang*) / Homem (*yin/yang*) / Terra (*yin*). É da interação do Céu com a Terra, no plano intermediário, que surge a multiplicidade das coisas.

Qi

Literalmente, “os vapores que emanam do solo (ou da fermentação do arroz) em direção ao céu” (Wilder; Ingram, 1974, p.18). Muitos autores no Ocidente e no Oriente equivocadamente traduzem esse conceito por “energia”. Se tivéssemos que utilizar um termo em português para traduzir “qi” – algo talvez indesejável – me parece melhor a expressão “Sopro Vital”. Na literatura médica chinesa o *qi* é frequentemente assemelhado ao vento, à respiração, ao ar e ao vapor. Seu fluxo desloca a matéria (a agitação do *qi* do Fígado é chamado de “Vento Interno”, e provoca tremores no corpo); em exercícios chineses como o *taiji quan* o *qi* pode ser levado a se condensar para enriquecer a medula óssea, num processo semelhante à condensação do vapor d’água; a MTC identifica a fraqueza da voz com insuficiência de *qi*; os *qi gong* (tchi cûn), treinamentos chineses do *qi*, geralmente têm na respiração um elemento fundamental.

Na dimensão Cosmologia da MTC, *aspectos, polaridades ou modalidades* do *qi* são o *yin/yang* e as cinco fases, que surgem da divisão do *qi* primordial:

Quando o Céu e a Terra ainda estavam misturados, nada existia além do Um indiferenciado. Esse Um foi dividido; assim nasceram o *yin* e o *yang*. Aquilo que recebeu o *yang qi* ascendeu, claro e leve, e tornou-se o Céu. Aquilo que recebeu o *yin qi* se aprofundou, sombrio e pesado, e tornou-se a Terra. E aquilo que recebeu tanto o *yin qi* quanto o *yang qi* e se mostrou justo e equilibrado foi o Homem.¹⁰

É o *qi* que mantém a vida; sua circulação é vista como essencial para a manutenção da saúde:

O Homem está no *qi* e o *qi* está no Homem. O Céu, a Terra, os Dez Mil Seres, todos necessitam do *qi* para se manter vivos. O Homem que se dedica a fazer circular seu *qi* preserva sua pessoa e afasta de si todo o mal que poderia lhe ferir. (Ko Hung, p.109)

Yin/yang

São os dois polos que, ao se oporem, se complementarem e se definirem mutuamente pela ação do *taiji*, caracterizam a natureza

¹⁰ Ko Hung, *Baopuzi* (séc III-IV d.C) apud Laffont (1989, p.109).

cíclica e dual do universo. Toda e qualquer coisa ou evento pode ser concebida como um estado particular de *yin/yang*, sempre de forma relativa. Podemos fazer algumas associações ilustrativas:

<i>yin</i>	<i>yang</i>
implícito	explícito
curva	reta
absorver	expelir
recolher	expandir
forma	ideia
norte	sul
noite	dia
escuro	claro
frio	quente
água	fogo
preto	vermelho
inverno	verão
baixo	alto
ventre	dorso
feminilidade	masculinidade
“vísceras maciças” zang	“vísceras ocas” fu
sangue	qi

Se *yin* e *yang* se alternam, há harmonia e saúde. Se o círculo se imobiliza, levando ao predomínio exagerado de um sobre o outro, sobrevêm o caos, o adocimento. A interação de *yin/yang* gera as cinco fases *wu xing*.¹¹

Wu Xing

A teoria das cinco fases ou dos cinco movimentos, cuja formulação é atribuída a *Cou Yen* (Ts'hou Ién, 350-270 a.C.) postula que todos os

¹¹ É sempre bom lembrar que estamos tratando da apresentação contemporânea da MTC. Historicamente, as escolas do *yin/yang* e das cinco fases se opunham. Quando da consolidação do confucionismo como doutrina social ortodoxa da China imperial, e a consequente elevação da escola das cinco fases à condição de medicina oficial, a escola do *yin/yang* acabou por "explicar" a existência de cinco fases – seja dividindo-se uma delas (o fogo) em duas – fogo príncipe e fogo-ministro – obtendo assim seis elementos, distribuindo três fases para o *yin* e três fases para o *yang*, seja atribuindo a neutralidade a uma delas – a Terra, considerada "central" -, distribuindo as quatro restantes entre *yin* e *yang*.

fenômenos naturais correspondem a uma de cinco faixas associativas: Madeira, Fogo, Terra, Metal e Água.

	Madeira	Fogo	Terra	Metal	Água
Estação	primavera	verão	canícula*	outono	inverno
Ponto Cardeal	leste	sul	centro	oeste	norte
momento do dia	alvorada	meio-dia	tardinha	poente	meia-noite
sabor	ácido/ azedo	amargo	doce	picante	salgado
cor	verde- azulado	vermelho	amarelo	branco	preto
fator climático	vento	calor e fogo	umidade	secura	frio
tecidos do homem	tendões e unhas	tecido vascular	tecido conjuntivo e músculos	pele e pêlos	ossos, medula e cérebro
órgão dos sentidos	olhos	língua	boca	nariz	ouvidos
ZangFu	Fígado/ Vesícula	Coração/ Intestino Delgado e "Príncipe do Coração"/ "Triplo Aquecedor"	Baço** / Estômago	Pulmão/ Intestino Grosso	Rins/ Bexiga
Emoção	decisão/ irritação	alegria/ hiper- excitação	reflexão/ obsessão	rigor/ tristeza	prudência/ medo

*Neste ponto, os autores divergem: uma corrente defende que a terra possui uma estação própria, a canícula ou *Chang Xia* (lit. "verão longo"), que se situaria ao final do verão. É a época de chuvas, momento em que o ciclo de plantio e colheita era definido, estando em jogo a própria sobrevivência das comunidades. Outros autores, como Eyssalet, baseiam-se no *Nei jing* para afirmar que a terra não preside uma estação própria, recebendo ao final de cada estação 18 dias de comando.

**Subentenda-se "Baço-Pâncreas", que em MTC compõem um *Zang Fu* único.

Essas cinco fases estabelecem uma série de relações ou ciclos entre si. Os principais ciclos naturais, que explicam os fenômenos vitais do corpo humano são os ciclos de geração (*Sheng*) e de restrição (*ke*). O ciclo de geração postula que a Madeira alimenta o Fogo; o Fogo (através das cinzas) nutre a Terra; a Terra gera o Metal; o Metal, se liquefazendo, gera a Água; a Água alimenta a Madeira. No ciclo de destruição, bem como nos ciclos doentios de encontramos a ideia de *restringir*: a Madeira fura a Terra (como as raízes); a Terra represa a Água; a Água apaga o Fogo; o Fogo derrete o Metal; o Metal corta a Madeira. Os ciclos desarmônicos de supradomínio e contradomínio estão ligados ao excesso de atividade de uma fase: no primeiro, o elemento restritor torna-se excessivo e passa a destruir em vez de apenas moderar. No segundo, a fase moderada (por exemplo, a madeira em relação ao metal) torna-se excessiva e passa a agredir seu moderador.

San Cai

Traduzido normalmente por “Três Poderes” ou “Três Instâncias”, refere-se ao trinômio Céu-Homem-Terra. Como já vimos, o Céu forma-se pelo acúmulo de *yang*; a Terra, pelo acúmulo de *yin*. O Homem faz a ligação entre os dois, sempre buscando acompanhar as trocas de suas influências. Recebe do Céu o ar, a luz e as qualidades sutis (*Shen*¹²) *que nele residem nos cinco Órgãos Zang*; da Terra a substância, a essência vital e o sabor dos alimentos, que vão tecer o espaço material em se passam as atividades vitais.

As demais categorizações (*yin/yang* e cinco fases), ao se superporem à noção de *San Cai*, vão possibilitar o estabelecimento de relações de correspondência entre essas três esferas: aquilo que no Céu é o Vento, o leste e a cor verde, na Terra é a Madeira e o sabor ácido, e no Homem é o Fígado, a visão, os tendões, a raiva, a iniciativa viril.

¹² "Espíritos" (?), às vezes traduzidos como "mônadas", "almas vegetativas" ou "Entidades Viscerais". Representam aspectos do psiquismo, estando relacionados aos sonhos, à memória, à vontade, ao instinto e à cognição.

Resumo

Vimos então que o universo dual origina-se na Vacuidade inescrutável, não-dual, que é o *Dao*. O *Dao* vai se valer do *taiji* para gerar a expressão tangível de sua natureza, o reino da dualidade, dividido entre *yin* e *yang*. O acúmulo de *yang* dá origem ao Céu. O Acúmulo de *yin* dá origem à Terra. Entre Céu e Terra caminha o Homem, harmonizando em si as influências dos Sopros Celestiais e Terrenos. O desdobramento de *yin/yang* gera as cinco fases, que compõem e caracterizam todas as coisas e movimentos – os Dez Mil Seres. A normalidade (prevenção ou cura) se consegue harmonizando a dinâmica do Homem com as dinâmicas do Céu e da Terra, pressupondo uma ordem vital em constante movimento (nunca “equi-librada”).

Morfologia Humana em MTC

A morfologia da MTC difere da ocidental principalmente, a meu ver, na medida em que descreve um corpo *tecido* e também *percorrido* pelo *qi*. Neste corpo há centros de produção e locais de armazenamento do *qi*, portas de comunicação com o(s) *qi* do meio externo e uma série de estruturas de transporte e regulação do fluxo do *qi* no corpo, dando a ideia geral de um estado cujas províncias transportam sua produção de capital para capital através de hidrovias. Ademais, o *qi* é uma instância de regulação desses tecidos, portanto tendo uma posição de regência sobre estes. Assim, por exemplo, num caso de torcicolo, ao invés de se massagear o pescoço, o terapeuta utiliza (com o toque, moxa ou agulhas) os recursos de “pontos” distais que têm influência nos canais que passam pelo pescoço, muitas vezes obtendo resultados imediatos e surpreendentes para nós que estamos habituados ao referencial anatômico.

Zang Fu

Os *Zang Fu* são os grandes centros que sediam os espíritos, armazenam as essências e produzem o *qi* no corpo humano. Cada um tem um papel na dinâmica vital, o que veremos mais à frente. Partilham de algumas características com os órgãos internos tal como

são descritos na biomedicina, mas não lhes são idênticos, possuindo também associações com as emoções, os ciclos sazonais etc. Para fugir do excesso de expressões chinesas e para evitar a proliferação de nomenclaturas, optei por anotar o nome dos *Zang Fu* em maiúsculas. O repertório de funções que se atribui na MTC à esses órgãos será esclarecido por meio de notas e observações.

Existem doze *Zang Fu*, distribuídos igualmente entre *yin* e *yang*, formando seis pares. Cada um desses pares *Zang-Fu* encontra-se ainda relacionado a uma das cinco fases. Podemos considerar os *Zang Fu* como sendo a expressão, na instância Homem, daquilo que no Céu são as cinco direções, as cinco influências climáticas e os cinco *Shen* (palavra que corresponde imperfeitamente às ideias de “espíritos” ou “almas” da nossa cultura), e na Terra as cinco fases e os Cinco Sabores.

Os *Zang* (Coração, Baço, Pulmão, Rins e Fígado) estão na origem mesma dos tecidos corpóreos. Eyssalet (1988, p. 214-215) cita a história de *Zhao Chengzi*, mestre taoísta que, selando os orifícios dos cinco *Zang*, morre. Entretanto, as Cinco Vísceras permaneceram vivas, uma vez que seu sopro não pôde sair pelos orifícios tapados pelas práticas de imortalidade do mestre, e terminam por reconstituir seu corpo, devolvendo-lhe a existência. Esta história demonstra o papel privilegiado que ocupam os *Zang* na morfologia humana na MTC. Eles são considerados os originadores dos tecidos, dos orifícios (ou seja, do contato com o mundo exterior) e dos próprios *Fu*:

[Os sopros] ao se expandirem, elaboram os tecidos e funções necessárias à comunicação e à expansão (tecidos dos membros); ao se condensarem, reúnem os tecidos e funções indispensáveis à coesão (vísceras ocas, canais, Três Aquecedores) ao circularem, liberam as vias da percepção e da consciência (cinco sentidos – nove orifícios). (Eyssalet, 1988, p. 214).

Tendo o corpo do Homem sua origem na movimentação do *qi* Vital dos *Zang*, é natural que as explicações para as perturbações nos tecidos corpóreos sejam buscadas nos próprios Órgãos. Por exemplo: problemas ósseos pedem uma investigação dos Rins; problemas nos tendões, do Fígado, e daí por diante.

Representações dos Zang Fu

A partir do séc. XIX, começam a surgir desenhos representativos dos *Zang Fu*, descrevendo sua forma, localização, volume e peso. Tais desenhos, apresentando ainda certo grau de discrepância entre si, surgiram a partir da introdução na China de noções médicas ocidentais por missionários protestantes, inicialmente com Morrison e Livingston, em 1820, e principalmente com a publicação em língua chinesa de quatro volumes sobre anatomia, em 1851, por Hobson e Mao Cai (Unschuld, 1985, p.235-6).

Xin zhu, xin bao ou xin bao lo “Príncipe do Coração”

Esse órgão é associado ao *yin* e ao Fogo. No Ocidente, é costumeiro encontrar as traduções “Pericárdio”, “Mestre do Coração”, “Invólucro do Coração” e “Circulação-sexualidade” para seus nomes chineses. É um caso em que as deficiências e confusões advindas da tendência ocidental a isolar a(s) medicina(s) de seu contexto cultural se tornam mais evidentes. *Xin zhu* significa, literalmente “coração/príncipe”, recebendo a tradução de “Mestre do Coração”. Ora, em toda parte é dito que o Coração é o principal centro do organismo, a morada do espírito, e que todas as outras vísceras são subordinadas a ele. Como explicar, então, um “Mestre do Coração”? Ocorre que o papel do soberano na cultura chinesa não era o papel de um rei ocidental: é a virtude *De* (Tê) do soberano, resultado de sua retidão interior, que se espalha sobre o reino trazendo a ordem e a prosperidade. Ele age *sem interferir diretamente* no andamento das coisas – sua virtude é personalizada e transposta em ações por seus ministros (de fato, o imperador não podia sequer ser visto pela plebe: permanecia oculto na Cidade Proibida). *Xin zhu* pode ser traduzido como “aquele através do qual o Coração comanda”, sendo quem recebe seu mandato (Larre; Schatz, 1979). Eis por que o *Xin zhu* está associado ao “Fogo Ministro” *xiang huo* e o Coração ao “Fogo Soberano” *jun* (djún) *huo* (idem, p.140).

Xin Bao é, literalmente, “saco [que envolve o] coração”. Autores ligados à medicina científica contemporânea de pronto localizam o *Xin Bao* no pericárdio. Entretanto, a primeira associação do *Xin Bao*

às “gorduras amarelas que recobrem o coração” é datada de 1575¹³, sendo portanto “recentíssima”. Clássicos como o *Nan jing*¹⁴ apontam para a não-existência de um correspondente morfológico concreto para o *Xin Zhu* e para o *San Jiao* (“Triplo Aquecedor”, que veremos à frente). o *Lo* em *Xin Bao Lo* significa “fio de seda que segue seu caminho”, ou “rede”, sendo também um dos tipos de canal, como vimos. Segundo Larre et al., esse ideograma também “designa um certo tipo de relação, que é o de serviço a um meridiano, uma região do corpo, uma víscera...” (Larre; Schatz, 1979, p.140), o que parece confirmar que *Xin Zhu*, que traduziremos como “Príncipe do Coração” é “aquele que está a serviço do coração” e o “canal que transmite sua virtude pelo corpo”.

San Jiao “Triplo Aquecedor”

É uma das vísceras mais controvertidas da MTC, havendo grande divergência entre os autores. Os textos antigos são, do ponto de vista ocidental, vagos a respeito da morfologia dessa víscera. Existe porém consenso quanto ao seu papel na fisiologia do homem, que do ponto de vista da MTC é o principal. Literalmente, a expressão significa “três/chamuscar”, sendo *jiao* composto de “fogo”, sobre o qual se encontra “pássaro de cauda curta, galinha”, o que dá a ideia de chamuscar como quando do preparo de um pássaro depenado. No ensino da MTC, existe o consenso de que o Triplo Aquecedor é uma víscera *Fu* (*yang*) associada ao Fogo Ministro *xiang huo*, fazendo par com o Príncipe do Coração; a ele se encontra associado o canal Principal *yang* intermediário da mão. É dividido em aquecedor superior, englobando o Coração e o Pulmão; médio, englobando o Baço, Estômago, Fígado, Vesícula e Intestino Delgado; e inferior reunindo os Rins, Bexiga e Intestino Grosso. Não possui um substrato morfológico próprio.

¹³ *Li Chan, Yi Xue Ru Men* (introdução ao estudo da medicina), 1575, citado em Sivin (1987, p.128).

¹⁴ *Nan Jing*, “Clássico das Dificuldades”, possivelmente compilado pouco depois do *Nei jing*. Esse clássico é apontado por Unschuld como sendo “O” clássico da Medicina de Correspondência Sistemática (do *yin/yang* e das cinco fases), por introduzir novos conceitos na fisiologia dessa medicina e por ter superado contradições presentes na compilação do *Nei jing*, que incluiria traços de medicinas anteriores.

Canais de Circulação

O *qi* Vital dos *Zang Fu* percorre um caminho claramente definido. São linhas vetoriais sem estrutura anatômica verificável – não “basta abrir-se alguns cadáveres” para encontrar evidências sobre a dinâmica do *qi*, que é típica da vida...¹⁵ Esses caminhos são chamados “canais Principais”, totalizando doze (um para cada Órgão). Existem ainda outros tipos de canal: os “canais Maravilhosos”, “Distintos”, “Lo” e “Tendínomusculares”.

Os “Principais”, expressão direta do *qi* dos Órgãos, se agrupam em “pares acoplados”. Um “par acoplado” é formado por dois canais pertencentes à mesma fase, associados um ao *yin* e outro ao *yang*, situados sempre em um mesmo membro. Por exemplo: à fase terra pertencem o baço (seu aspecto *yin*) e o estômago (aspecto *yang*). Os dois formam portanto um par acoplado, o canal do estômago sendo *yang* nascendo no alto e descendo pela perna até o pé, e o do baço, sendo *yin*, surgindo no pé e subindo perna acima em direção ao Céu. O movimento do *qi* nesses canais age como vetorizador do sangue, cuja circulação também se dá nos canais principais, em proporções variadas: nos canais Principais da Bexiga, do Intestino Delgado, do Fígado e do Mestre do Coração há mais sangue que *qi*; Nos canais da Vesícula, Triplo Aquecedor, Rins, Coração, Pulmão e Baço-Pâncreas, há mais *qi* que sangue; e nos canais do Estômago e do Intestino Grosso, Sangue e *qi* estão presentes na mesma proporção.

Os Canais “têndino-musculares” consistem em faixas largas, por vezes se superpondo, estando associados à proteção dos tecidos, ao equilíbrio do corpo, e à um canal principal, começando sempre no ponto mais distal destes (o ponto *jing*).

Os “Maravilhosos” são em número de oito, sempre terminando em um dos “Principais” de natureza *yang*. Partilham entre si da característica de movimento ascendente, exceto pelo *dai mai*, que é como uma faixa em torno da cintura. São vistos como grandes lagos ou reservatórios, que acumulam o *qi* sem necessariamente circulá-

¹⁵ Atualmente, pesquisadores japoneses isolaram, através da medição da tensão superficial da pele, *locii* (*ryodoten*, *ryodoraku*) em muitos casos coincidentes com os observados pela MTC. Alguns buscam nessas pesquisas a corroboração científica da morfologia dos canais e pontos da MTC.

lo (exceto pelos *dumai* e *renmai*, habitualmente contados entre os “principais”). Estão intimamente associados à origem da vida, tendo o papel de guardar o *qi* ancestral ou original (*yuan qi*).

Os “Lo” se dividem em dois grupos de doze: “Lo Transversais” e “Lo Longitudinais”. O primeiro grupo forma pontes entre os integrantes de um “par acoplado”. Agem como comportas reguladoras quando há diferença de intensidade de fluxo entre os canais acoplados, transferindo o *qi* do canal em excesso para o deficiente; o segundo grupo acompanha o trajeto dos “Principais”. Os “Distintos” nascem nas grandes articulações, acompanhando os “Principais” sem contudo penetrar nos Órgãos.

Canais Principais e Intensidade de yin/yang

Existe uma subdivisão do *yin/yang* em três partes – superficial, médio e profundo – que explica a distribuição topológica dos canais nos membros. Os canais pertencentes ao *yang* são tanto mais intensos quanto mais externos (em relação à posição anatômica chinesa, com os dois braços para cima e palmas para a frente); nos *yin* é a profundidade que indica maior intensidade. Os pares acoplados sempre pertencem a níveis de intensidade semelhantes. Por exemplo, no acoplamento do Coração ao Intestino Delgado (*yin* e *yang* da fase fogo príncipe), o Coração é o *Zang* pertencente ao nível *yin* profundo (portanto intensamente *yin*) e o Intestino Delgado, o *Fu* associado ao *yang* mais externalizado (portanto intensamente *yang*), mantendo a proporção de intensidade de *yin* e *yang* no par:

	Intensidade	Mão	Pé
<i>yang</i>	<i>Tai Yang</i>	Intestino Delgado	Bexiga
	<i>Shao Yang</i>	Triplo Aquecedor	Vesícula
	<i>yang Ming</i>	Intestino Grosso	Estômago
<i>yin</i>	<i>Tai Yin</i>	Pulmão	Baço
	<i>Jue Yin</i>	Príncipe do Coração	Fígado
	<i>Shao Yin</i>	Coração	Rins

Essa classificação também implica a associação dos canais de mesma intensidade e mesma polaridade, criando um grupo de seis “grandes canais” ou “níveis”. Isto dá origem a mais uma possibilidade de classificação do adoecimento: síndromes do *Tai Yang*, síndromes do *Shao Yin* etc, que envolvem menos os órgãos que os canais propriamente ditos. Por exemplo, um caso de calor no canal *Shou Tai Yang* (intestino delgado) pode resultar em ardência urinária (afetando a bexiga, *Zu Tai Yang*), havendo transmissão do calor pela rede de canais dentre do mesmo nível.

*Cavidades*¹⁶

Ao longo dos “Meridianos de Energia” ou “Canais Principais”, podem ser encontradas “Cavidades”, regiões semelhantes a cavernas, que constituem regiões de troca e absorção das influências do Céu e da Terra. São os famosos “pontos” de acupuntura. A utilização dessas Cavidades, sobretudo em acupuntura, pede grande precisão. A medida utilizada para efetuar sua localização em pessoas de diferentes compleições físicas é o *Cun* (Tsun), a distância entre as pregas formadas pela flexão do dedo médio, na falanginha.

As Cavidades são locais de onde se podem enviar mensagens altamente específicas para a reconfiguração da vitalidade no corpo. Situadas frequentemente em depressões ou vales musculares, é comum que Cavidades envolvidas no tratamento estejam doloridas.

Doutrina Médica em MTC

Definimos anteriormente *doutrina médica* como “[...] a formulação de certas concepções teórica ou racionalmente elaboradas sobre as origens, as causas e a natureza do adoecer do homem” (Luz, M., 1993, p. 1). Na RMC a doutrina médica é fruto da visão de mundo

¹⁶ Aqui evito a tradução mais comum, “ponto”, que me parece muito distante do conceito original chinês. Ponto é a interseção de duas linhas, ao passo que o ideograma *xue* mostra “Uma caverna, um buraco, qualquer morada, ou seja, um lugar ou espaço [...] feito pela remoção [...] da terra; cavar através de, esburacar.” (Wilder; Ingram, 1974, p.36-37). Um “ponto” tem a mesma conotação abstrata de um “meridiano”, fugindo portanto da imagem de cavernas ou cavidades que, situadas ao longo de um rio subterrâneo, permitem adivinhar seu curso. De mais a mais, na prática clínica o local de inserção da agulha é procurado muitas vezes pelo toque, que busca uma pequena depressão no corpo do paciente.

confucionista, em que o homem encontra a harmonia (social, pessoal) pela adesão a um conjunto de procedimentos considerados virtuosos em função de sua identificação com o movimento natural do universo: a alternância de *yin/yang* e das cinco fases. A palavra-chave do sucesso dessa adesão é “comedimento”.

Saúde e equilíbrio

É um lugar-comum, ao se falar das medicinas ditas “alternativas”, associar “saúde” e “equilíbrio”. Hesito em empregar essa palavra no contexto da RMC por duas razões: em primeiro lugar, “equilíbrio”, etimologicamente, significa “mesmo peso”, enquanto a cosmologia chinesa aponta para “alternância harmoniosa”. Ou seja, *dependendo da estação e do momento do dia, é esperada uma leve preponderância, sempre em transição, de uma determinada modalidade*. O próprio ser humano, criatura móvel de sangue quente, é por natureza ligeiramente mais *yang* que *yin*. “Equilíbrio” sugere ainda a imagem da balança, de imobilidade – e nada poderia ser mais diferente do dinamismo do *yin/yang*. A análise do ideograma *ping* (p’hing, saudável, saúde, tranquilo, calmo, ajustado), mostra “o sopro superando o obstáculo e se expandindo livremente acima” (Wilder; Ingram, 1974, p.91) – o que novamente remete à ideia de movimento. Como alternativa proponho a palavra “harmonia”. Na música, por exemplo, é estudando “harmonia” que se descobre as relações dinâmicas existentes entre as notas (ou acordes) umas em relação às outras. Essas relações são similares às que entre si guardam *yin/yang* e as cinco fases, envolvendo dominância, preparação, sucessão e oposição.

Saúde e Harmonia do qi

Para avaliação do estado de saúde do paciente, os praticantes de MTC recorrem sobretudo à observação e avaliação da dinâmica do *qi*. A existência de áreas bloqueadas, por onde o *qi* não pode fluir, pode ser tanto fator causativo quanto indício do adoecimento. Assim, um ferimento ou o deslocamento de uma vértebra podem prejudicar a circulação do *qi* em um certo canal, provocando perturbações no órgão associado. Por outro lado, o adoecimento pode ter sua origem numa influência externa que, ao penetrar no organismo, se aloja

num dos canais. Ou seja, podemos dizer que o adoecimento sempre pode ser percebido em termos de *perturbação da dinâmica normal* do *qi*, em algum de seus aspectos. Como *yin/yang* e as cinco fases são vistos como *manifestações particulares* ou *modalidades* do *qi*, o estado de saúde depende da “alternância harmoniosa” a que me referi acima – para cada momento, a “saúde” consiste na dominância relativa de uma dessas fases. Exemplificando: durante a primavera, que é a fase Madeira em sua instância Céu, o Fígado e a Vesícula (a Madeira em sua instância Homem) estarão “sensíveis”. Isso quer dizer que é na primavera que esses Órgãos podem ser fortalecidos ou feridos com mais facilidade que em qualquer outro momento do ano. Com as características da Madeira em evidência, o Homem saudável falará com um timbre mais metálico, sentirá sono mais tarde e levantará mais cedo, terá os tendões flexíveis, as unhas lustrosas e lisas. Tenderá ao dinamismo, iniciando projetos que no inverno tiveram sua gestação: “É o tempo em que a vida se dá, e não se retira; oferta-se, e não se toma; recompensa-se, e não se castiga” (Eyssalet, 1988, p.75).

O Homem que durante o inverno não seguiu o *Dao* estará com a fase Madeira de seu *qi* enfraquecida, e não conseguirá se adaptar à nova dinâmica da natureza. Sofrerá de irritação, olhos avermelhados e visão turva; terá o corpo endurecido ou flácido, e insônia (despertando particularmente às três da manhã, horário em que o *qi* chega ao canal do Fígado). Estará especialmente vulnerável ao vento; sofrerá de tremores nas extremidades.

Conceituação positiva de saúde

Na MTC encontramos uma *conceituação positiva* de saúde. A expressão *jingshen*, de uso cotidiano, se refere à vitalidade das pessoas: *Ni jingshen hao ma?* Literalmente: Sua / vitalidade-espírito / bom / interação?, significando “Como vai sua disposição (saúde)?”¹⁷

Essa associação de *saúde* com *jing* (essência vital, sobre a qual falaremos mais em “dinâmica vital”) cria a possibilidade de uma *quantificação* da saúde, uma vez que o *jing*, residente nos órgãos

¹⁷ Há outras maneiras de perguntar pela saúde em mandarim, utilizando a expressão *shenti*, em que a ideia de saúde está mais referida ao corpo (tanto *shen* quanto *ti* significam “corpo”).

yin, pode ser incrementado – sobretudo pela alimentação, uso da farmacopeia e exercícios como o *baduan jing* (pa tuan djing) ou o *taiji quan* – ou, inversamente, sofrer desgaste quando o sopro vital daquele órgão é solicitado. Essa conceituação positiva possibilita a ideia de que mesmo que o indivíduo não apresenta nenhuma doença, sempre pode *aumentar* sua vitalidade¹⁸. É como uma economia: mesmo que o Estado esteja bem gerenciado e não haja escassez de alimento para a população, sempre pode haver mais fartura.

Natureza e Causas do Adoecimento

Como vimos, o adoecimento é, por definição, a alteração maléfica das configurações da vitalidade. Tais alterações são, *grosso modo*, classificadas em endógenas e exógenas. As influências endógenas, relacionadas à expressão excessiva ou inadequada de uma determinada emoção, chamadas de “Sete Paixões”, são alegria, raiva, melancolia, tristeza, pensamento (obsessivo), apreensão e medo¹⁹.

Atividade emocional é basicamente uma resposta biológica do corpo ao meio ambiente. Dentro de um limite de normalidade, ela não provoca adoecimento, mas quando excessiva, pode levar ao desequilíbrio [das funções] de yin e yang, à desarmonia entre qi e sangue, ao bloqueio dos canais de circulação e ao desequilíbrio do sistema de Órgãos, criando as condições para o desenvolvimento da doença (Sivin, 1987, p.287).

Outra causa endógena de desarmonia é o consumo imoderado de alimentos de uma mesma natureza (quentes, frios, úmidos etc.), que levam à uma presença excessiva e indesejada da dinâmica em questão no organismo. Por exemplo, o excesso de alimentos úmidos como leite e derivados, cerveja e carne de frango podem ferir o baço (responsável pelo gerenciamento da umidade no corpo) provocando

¹⁸ O mesmo se aplica à noção de *qi*, que pode ser avaliado em termos quantitativos: suficiente, insuficiente e excessivo.

¹⁹ Nesse ponto não há consenso entre os autores, havendo diversos conjuntos de Sete Paixões, como "raiva, ódio, alegria, pensamento obsessivo, tristeza, medo e pânico" ou "raiva, alegria, preocupações, pensamento obsessivo, tristeza, medo e pânico". Na realidade, o que difere é *quais as duas fases* que sofrerão desdobramento: Madeira (raiva e ódio), Terra (preocupações e pensamentos), Metal (tristeza e melancolia) ou Água (medo e pânico).

estagnação da digestão e originando gases, dor e distensão abdominal, sensação desagradável de repleção apesar de pequena ingesta, inchaço (especialmente nas pernas), leucorreia e halitose entre outros sintomas.

As causas exógenas, chamadas de “seis sopros”, são o Vento, o Calor, o Fogo, a Umidade, a Secura e o Frio.²⁰ Essas influências estão presentes na natureza e não constituem, *per se*, fatores de adoecimento, tornando-se “perversas” na medida em que penetram no organismo, onde passam a ser chamadas de “seis excessos”. *Essa invasão só é possível caso o organismo esteja previamente enfraquecido*, ou seja, excesso só poderia vir alojar-se numa região acometida de Vacuidade. Percebemos aqui o comparecimento da associação entre o favorável e o *yang*, por um lado, e o desfavorável e o *yin*, por outro, fundamentado no clássico *Yi Jing* (popularmente conhecido na grafia “I Ching”), o “livro das mutações”: a doença só pode se instalar a partir do *yin* preexistente. De certa forma, a própria Vacuidade que antecede a invasão do fator externo já é, ela mesma, o adoecimento, e a invasão apenas sua transformação, previsível, por influência do meio externo. Por outro lado, a questão das epidemias é explicada pela existência de um “*qi* pestilento” – uma espécie particular de *qi* não-relacionado aos “seis excessos”, que invade o corpo primariamente pela boca e nariz (enquanto as influências perversas dos “seis excessos” penetram preferencialmente pela pele).

O adoecimento pode ainda ter sua origem devida aos seguintes fatores: mordidas de bichos peçonhentos, desequilíbrio entre repouso e trabalho, atividade sexual imoderada e envenenamento alimentar. Vemos então que a MTC desde a ascensão do confucionismo no período de unificação do império sob *Qinshi Huangdi* caracteriza-se por transferir a responsabilidade pela manutenção da saúde para o próprio Homem. São repudiadas as noções das medicinas demonológica e ancestral, onde as causas do adoecimento eram atribuídas a entidades sobrenaturais, cujo comportamento maléfico ou benfazejo era imprevisível. Foi justamente esse traço comum com o confucionismo (atualmente transferido, em parte, para o socialismo marxista) que possibilitou à medicina das

²⁰ O *Revised Outline* aponta uma relação entre essas influências e “microorganismos patogênicos” que “condições históricas” teriam impedido os antigos chineses de “identificar claramente”.

cinco fases e do *yin/yang* alcançar – e manter até hoje – a posição de medicina ortodoxa: ambos condicionam o bem-estar “físico”, moral, e social à aderência a “procedimentos corretos”, descritos nos clássicos. Essa “atitude correta” é pautada pela rejeição dos excessos de toda ordem e pela conformidade às “dinâmicas naturais”. Fruto dessa maneira de pensar a saúde são os hábitos higienistas fortemente arraigados na cultura chinesa. A prática de exercícios para a saúde e o uso corriqueiro de certas ervas e fórmulas são transmitidos, há séculos, no seio das famílias.

Gradações da doença

O processo de adoecimento, na MTC, possui uma riqueza de gradações maior que na medicina científica contemporânea. Nesta última, a avaliação das doenças passa pela identificação de lesões verificáveis – ainda que em nível molecular (Camargo Jr., 1993, p.59). Tudo o que não for verificável ou numericamente exprimível é excluído do campo de investigação como sendo “subjetivo” – portanto não-científico (vale dizer: “inverídico”) e alheio ao domínio da ciência médica. Já na MTC, a conceituação positiva de saúde, o conceito de *qi* e a morfologia dos canais permitem interpretar qualquer sensação de mal-estar como uma perturbação de algum aspecto específico da ordem vital. Essas perturbações podem estar localizadas em ordem crescente de gravidade: nos níveis superficiais do corpo (pele, canais “tendínomusculares”), superfície da rede de canais, níveis profundos da rede de canais (os canais Principais), e nos *zang-fu*. Na teoria das doenças febris de origem externa, de Ye Tianshi et. al. (1690-1760 a.D), sobre a qual falaremos mais à frente, há quatro camadas onde o mal pode se alojar. Atualmente é essa a teoria mais usada na China para entender e tratar a SARS.

Evolução do adoecimento

Para tratar eficazmente, a MTC propõe que o adoecimento seja não apenas extirpado de onde está, mas também impedido de seguir curso no doente, pois a terapêutica eleita para um *momento do adoecimento* pode ser ineficaz em outro. Para prevenir essa mutação da morbidade, o praticante seleciona uma das doutrinas médicas que conceituam

trajetórias bem-definidas para o adoecer. Segundo a doutrina das cinco fases, por exemplo, quando a fase Madeira está atingida, a doença tende a evoluir em direção ao Fogo, seguindo o Ciclo de Geração (uma doença localizada no Fígado pode evoluir em direção ao Coração). Segundo o *yin\yang*, ao frio sucede o calor e vice-versa. Isso explica a dinâmica de certas doenças, em que um período de febre intensa é seguido de uma baixa súbita de temperatura, com tremores e frio nas extremidades e também como um período de tremores, aversão ao frio e produção de coriza clara (*yin*) pode anteceder um período de rubor facial, calor, febre intensa e produção de muco denso e amarelado (*yang*). Resumindo, o praticante orienta sua terapêutica no sentido de, por um lado, procurar desalojar a Influência Perversa (ou harmonizar a situação de Vacuidade/Repleção) e, por outro, reforçar o local para onde a morbidade tenderia a se deslocar.

Dinâmica Vital em MTC

Vamos tratar aqui das entidades que descrevemos na seção “Morfologia da MTC” no tocante às funções que elas desempenham nos processos vitais do Homem: canais, Cavidades e *Zang Fu*. Vamos também apresentar algumas outras que ficariam deslocadas naquela seção: Sangue, *jing*, *qi* e Líquidos Orgânicos, fornecendo informações adicionais sobre a morfologia do Homem. Não terei a pretensão de esgotar a fisiologia da MTC nesta brevíssima apresentação – só este assunto já mereceu grossos volumes. Quero apenas apresentar em linhas gerais o papel que cada uma dessas entidades morfológicas desempenha na manutenção da harmonia, os *loci* de assentamento da morbidade que elas configuram (portanto definindo, em parte, o próprio adoecer) e como elas constituem recursos para o combate pela ordem vital.

Essência/Sêmen, *qi*, Sangue, Líquidos Orgânicos: no Ocidente associamos essas palavras, que habitualmente traduzem as noções de *jing*, *qi*, *xue* e *jin-ye*, respectivamente, à ideia de “fluidos concretos”. De fato, a MTC tem, na base de suas teorias da dinâmica vital, os fenômenos materiais dos fluidos orgânicos e do alento. Tais fenômenos, entretanto, nunca foram seu principal objeto de estudo. Diferenciar líquido e gasoso e discutir cada entidade ou par (Sangue, Sangue/

qi) distintamente não é tão importante quanto determinar seu papel enquanto manifestação mais profunda, nutridora e material (*yin*) ou mais superficial, ativadora dos processos e sutil (*yang*) da vida humana.

Jing, “Essência”

A análise etimológica do ideograma mostra o radical “arroz” ao lado do componente fonético *qing* (Tching), “verde”: “O arroz, aqui, representa a pureza, pois, uma vez que cresce na água, não se mistura com outras ervas como trigo ou sorgo” (Wilder; Ingram, 1974, p.316). *Jing*, portanto, indica “essência pura”. Essa conotação de “essencial” aponta a relação entre *jing* e hereditariedade. Em seu aspecto dito “do Céu Anterior”, é a essência seminal dos pais do novo ser, que ao se fundir dá origem ao *qi* Original *yuan qi*. Em seu aspecto dito “do Céu Posterior”, é a essência vital característica de cada alimento, cuja transformação está na origem dos *qi* defensivo e nutridor e na preservação do insubstituível *qi* original: em dietética médica chinesa, é o *jing* que determina o efeito de cada alimento sobre a configuração vital da pessoa. Podemos portanto compreender o *jing* tanto como o *qi* num estado não-particularizado, potencial, quanto na essência que vai caracterizar um determinado organismo vivo, do ponto de vista de sua herança genética.

Xue, “Sangue”

A gênese do sangue se dá no aquecedor médio, resultando da elaboração, pelo Baço, das essências alimentares²¹. Três *zang* estão intimamente relacionados à sua dinâmica vital: o Baço, responsável pela sua nutrição e produção e ainda por mantê-lo nos vasos; o Fígado, que armazena o Sangue (em especial durante a noite); e o Coração, cujo *qi* impulsiona seu movimento²². Caso o *qi* do Baço esteja em Vacuidade, o sangue não pode se manter nos vasos, ocasionando

²¹ Uma outra explicação para a gênese do sangue: este se formaria a partir do *qi* dos alimentos, extraído pelo baço e enviado para o aquecedor superior em forma de “essência refinada”, onde, em contato com o *qi* do ar, suprido pelo Pulmão, se transformaria em Sangue pela atuação do (ou no?) Coração. Esta baseia-se no Ling *Shu*, cap.18, apud Maciocia (1996).

²² O movimento do Sangue pelo corpo, em MTC, é atribuído não à ação mecânica de bombeamento do coração, mas à qualidade dos *qi* dele bem como do *xin zhu*.

hemorragias, epistaxe, menstruação excessiva etc. Se o aspecto *yang* do *qi* do Fígado estiver em excesso, este se oporá a natureza *yin* do Sangue e o Fígado não poderá estocá-lo, devolvendo-o para os cuidados do Coração, o qual fica impossibilitado de reduzir sua atividade de manutenção da consciência, provocando insônia. Quando o *qi* do Coração está insuficiente, o sangue tenderá a estagnar, com o aparecimento de varizes, inclusive, com alguma frequência, sobre o quadril, sendo uma etiologia pouco familiar – para os ocidentais – de fortes dores lombares.

O sangue possui a função de nutrir o organismo, circulando pelos vasos sanguíneos e pelos canais, sempre associado ao *qi* em algum de seus aspectos – “o *qi segue* o sangue”. Atrofias, raquitismo e outros males semelhantes estão ligados à insuficiência do sangue no local afetado.

Qi

A MTC identifica diversas formas de *qi* circulando no organismo. Trataremos apenas das três reconhecidas como principais: *qi* defensivo, *qi* nutridor e *qi* ancestral. Os dois primeiros são elaborados a partir dos alimentos, cuja essência (*jing*) é separada em duas partes, pura e impura, no aquecedor médio. A parte pura ascende, mistura-se ao *qi* atmosférico, no Aquecedor Superior, e transforma-se no *qi* nutridor, que circula nos canais Principais. A parte impura desce ao Aquecedor Inferior, onde se transforma no *qi* defensivo ao associar-se ao *qi* ancestral, armazenado nos rins.

O *qi* defensivo *wei qi* é de natureza *yang* e circula nos canais têndino-musculares, que são superficiais em relação aos Principais. Seu papel é defender o organismo, permeando a pele e bloqueando a entrada de influências climáticas pelas Cavidades de acupuntura. Quando estas logram invadir o organismo, é o *wei qi* que lhes combate – um combate que provoca aumento de temperatura no corpo.

O *qi* nutridor *yin* ou *yong qi* cumpre o papel de alimentar os Órgãos e tecidos do corpo. Apesar de permear continuamente todo o organismo, circula principalmente em um determinado canal Principal a cada duas horas.

O *qi* ancestral *yuan qi* se origina no momento da fusão das essências da mãe e do pai, e vai presidir à administração e distribuição dos sopros do Céu Posterior, sendo o mantenedor do que chamaríamos de “características hereditárias” do indivíduo. É armazenado principalmente nos rins. Está associado às demais modalidades de *qi* do organismo, participando de sua gênese. Nos Canais Principais, acumula-se nas Cavidades *yuan* (fonte).

Jin-Ye, “Líquidos Orgânicos”

São o conjunto dos “fluidos” do corpo, apreendidos em termos de seu funcionamento (e não enquanto entidades físico-quimicamente distintas). Os *jin/ye* resultam da assimilação dos líquidos, separados em claros e turvos no aquecedor médio. Os *jin* são de natureza *yang*, possuindo um movimento centrífugo e eventualmente extravasando (como o suor) para fora do corpo. Os *jin* se encontram entre os tecidos e os Órgãos e entre a pele e os músculos. Sua função é “umedecer” e “nutrir”. Os *ye* se encontram entre as articulações, no cérebro e na medula, influenciando em seu bom funcionamento, e se associam ao *yin*²³. Os *jin* estão associados ao sangue – a seção *Ling Shu* do *Nei Jing*, em seu cap. 81, diz que “*jin* em harmonia se transforma, tornando-se vermelho, na qualidade de sangue” (Auteroche; Navailh, 1992, p.45). *Jin/ye* são ainda responsáveis pela manutenção da temperatura do corpo.

Tan yin “Fluidos Patológicos”

Podem ser chamados simplesmente de “*tan*”, “muco”. *Tan* se refere ao muco viscoso e espesso; *yin* (não o *yin* de *yin/yang*; trata-se de uma palavra homófona) ao muco claro e fluido. Seu aparecimento no organismo está relacionado ao *qi* do Baço, *Zang* ligado à Terra e à Umidade, podendo resultar de desregramento alimentar. Acumula-se

²³ Existe uma passagem do *Nei jing* que associa algumas secreções aos *Zang*, segundo a qual o *ye* do Coração é o suor; o do Pulmão é o muco [não-patológico] nasal; o do Fígado são as lágrimas; o do Baço-Pâncreas, o “muco oral” [a saburra que recobre a língua?], e o dos Rins, a saliva. Essa classificação não é consistente com a adotada hoje em dia, uma vez que nela o suor é classificado como *ye* e portanto pertencente ao *yin*. Curiosamente, essa passagem do *Nei Jing* é citada sem levar em consideração a inconsistência entre ela e a abordagem moderna da MTC – ver Sivin, 1987, pag.162-64.

sobretudo no Pulmão, podendo também afetar o Coração provocando por exemplo perda de consciência e alterações de comportamento.

Relação entre *qi*, *jing*, Sangue e Líquidos Orgânicos

Sempre remetendo aos pares *yin/yang*, a MTC atual classifica o conjunto de Líquidos Orgânicos, Sangue e *jing* como

[...] matérias líquidas substanciais, capazes de interagir; assim, podemos nos referir a todas [as três entidades fisiológicas] como *yin* ou como *jing* num sentido mais amplo. (Sivin, 1987, p.246).

O *qi* fornece a polaridade *yang* a esse par, por suas características de promoção da atividade (em oposição à configuração das estruturas), insubstancialidade e permanente transformação. De forma mais específica, o *qi* e o Sangue se relacionam dentro de uma dialética *yin/yang* em que o *qi* dos diversos *Zang* se encarrega de produzir o Sangue a partir da digestão, fazê-lo circular e mantê-lo nos vasos; por outro lado, o sangue fornece o aspecto material e organizador sem o qual o *qi* se dispersaria em todas as direções seguindo sua natureza *yang*. Da mesma forma, uma boa produção, circulação e eliminação dos Líquidos Orgânicos está relacionada ao estado do *qi*, enquanto a perda de líquidos causa a sua diminuição. Líquidos Orgânicos e Sangue são ambos *yin* e têm a mesma origem – a digestão. São porém vistos como se interproduzindo mutuamente: parte do Sangue é composta pelos *jin-ye*, enquanto estes são em parte resultado de uma elaboração do Sangue que sai dos vasos.

Propriedades das cavidades

Cada Ponto ou Cavidade possui um papel individual e característico na fisiologia do Homem, influenciando o quadro geral do *qi* e dos *Fu* de maneira altamente específica. As propriedades dessas Cavidades, enumeradas nos manuais de acupuntura, são um dado fundamental para formar uma “receita” ou “protocolo” de Cavidades que será utilizado no tratamento por acupuntura e algumas escolas de massagem. As Cavidades podem ser estimuladas no sentido de harmonizar o *qi* dos Órgãos, nutrir o sangue, redirecionar o *qi* em contrafluxo, aumentar o *qi* ou o *yang* de modo geral ou

específico, nutrir o *yin* de modo geral ou específico, desbloquear os canais (e aliviar a dor sobre o seu trajeto), resolver a umidade, expulsar o calor, o frio e o vento de origem interna ou externa e acalmar o espírito, para citar apenas algumas propriedades. Sua atuação é considerada “indireta” em relação aos chás e alimentação, os quais atuam sem a intermediação da rede de canais.

As Cavidades se organizam em famílias que reúnem tanto as que possuem propriedades terapêuticas semelhantes quanto Cavidades que tradicionalmente pertencem ao mesmo quadro de referência, como as “*Shu* antigas”. São as principais famílias de Cavidades:

- **CAVIDADES DAS CINCO FASES:** estabelecem uma relação fisiológica particular com o canal sobre o qual se encontram, de acordo com a doutrina das cinco fases. Por exemplo, uma Cavidade associada à fase Madeira, segundo o ciclo de geração, será “Mãe” quando num canal Fogo e Filha num canal Água, tendo a propriedade de suplementar (ou “tonificar”) o primeiro e dispersar (ou “sedar”) o segundo. Além disso, atuam no sentido de restabelecer a harmonia entre as cinco fases no organismo como um todo, permitindo uma série de atuações derivadas dos ciclos que descrevemos acima. Existem escolas de acupuntura que se apoiam exclusivamente nas interações das cinco fases para tratar e diagnosticar.
- **CAVIDADES SHU:** esse conjunto de Cavidades tem seu primeiro registro na seção *Ling Shu* do *Nei Jing*:

Os cinco Zang têm cinco [Cavidades] shu, portanto há vinte e cinco Cavidades shu; os seis fu têm seis [Cavidades] shu, portanto há trinta e seis shu²⁴ [...] A Cavidade a partir da qual o qi emana é conhecida como jing [poço]. A Cavidade na qual o qi desliza é conhecida como ying [nascente]. A Cavidade na qual o qi jorra é chamada de shu [córrego]. A Cavidade na qual o qi flui é conhecida como jing [rio] e a Cavidade na qual o qi penetra para o interior é chamada de he [mar] [...] (Deadman et al., 1998, p. 29. Tradução nossa).

²⁴ Para o motivo dessa assimetria, ver a definição de “Cavidades-fonte” mais abaixo.

Esse conjunto de Cavidades está associado à dinâmica do *qi* nos canais²⁵. Sua aplicação clínica é discutida em muitos clássicos e podem ser assim resumidas: as Cavidades *jing* [poço] dissipam o calor, restauram a consciência e socorrem o colapso; tratam a parte mais alta dos canais; tratam plenitude abaixo do coração; tratam males do espírito. As Cavidades *ying* [nascente] dissipam o calor, tratam males dos canais *yang* e dos *Zang* (se combinados com os *shu* [córrego]); as Cavidades *shu* [córrego] tratam males dos *Zang* (combinadas às *ying* [nascente]); males dos canais *yang* (novamente combinadas às *ying* [nascente]); peso no corpo e dores nas juntas e males que atacam de modo intermitente. As Cavidades *jing* [rio] são indicadas para tosse e dispeia, calafrios e febre; males que se manifestam na forma de alterações da voz do paciente e males dos ossos e tendões (Cavidades *jing* [rio] dos canais *yin* somente). As Cavidades *he* [mar] tratam de contrafluxo do *qi* e diarreia, males do Estômago e males originários de irregularidade no comer e no beber; males dos *fu* e males da pele (somente as Cavidades *he* [mar] dos canais *yang*) (Deadman et al., 1998, p.32-51).

- AS CAVIDADES YUAN “Fonte”: podem tanto *dispersar* quanto *suplementar* o canal a que pertencem, sendo o efeito determinado pelo estado do próprio canal e pelo horário do dia em que foram ativados. Nos canais *yin*, coincidem exatamente com as Cavidades *shu* [córrego] da família dos cinco *shu* antigos; já nos *yang*, são Cavidades que não pertencem à esse grupo. É por isso que a citação acima do *Ling Shu* enumera apenas cinco Cavidades *shu* para os cada

²⁵ Causa grande confusão o fato deste conjunto se superpor ao conjunto de Cavidades das cinco fases, da seguinte forma: as Cavidades mais distais, que correspondem sempre às *jing* [poço], são nos canais *yang* associadas à fase Metal, e nos canais *yin* à fase Madeira e daí por diante em direção ao joelho ou cotovelo segundo o ciclo de geração. Daí resulta que a relação entre Cavidades *shu* e das cinco fase nos canais *yang* é *jing* [poço]/Metal; *ying* [nascente]/Água; *shu* [córrego]/Madeira; *jing* [rio]/Fogo e *he* [mar]/Terra. Nos canais *yin*, logicamente, a ordem se altera uma vez que começamos com a fase Madeira: *jing* [poço]/Madeira; *ying* [nascente]/Fogo; *shu* [córrego]/Terra; *jing* [rio]/Metal e *he* [mar]/Água.

zang e seis para os *fu*: na época, as Cavidades *yuan* faziam parte do grupo *shu*²⁶.

- AS CAVIDADES *LO* “de Passagem”: fazem a ponte entre o canal e seu Par Acoplado. São utilizadas para transferir o *qi* entre esses canais, mantendo os aspectos *yin* e *yang* de cada fase em harmonia.
- AS CAVIDADES *SHU* ditas “de transporte” estão situadas nas costas, no ramo interno do canal da *zu tai yang* da Bexiga. Essas Cavidades atuam tanto suplementando quanto dispersando a vitalidade dos *zangfu* correspondente. São historicamente mais utilizadas para os problemas dos *Zang*.
- AS CAVIDADES *MU* ditas “de alarme” ou “arauto²⁷”. Situam-se no abdome e no tórax, estando associados aos Órgãos. Apresentam-se espontaneamente doloridos quando surge o adoecimento, sendo portanto auxiliares de diagnose. Costumeiramente são utilizados para tratar os *Fu*.

Dinâmica Vital dos canais

Os canais veiculam o *qi* em seus diversos aspectos. Os Principais levam o *qi* nutridor que mantém o calor e a atividade; os Tendineomusculares transportam o *qi* guerreiro, defensivo, que protege as Cavidades da invasão pelo *qi* Perverso; os distintos protegem os Principais, desviando o *qi* Perverso na altura das grandes articulações; aos *Lo* cabe proteger os canais Principais e os *Zang Fu* e possibilitar a transferência de *qi* entre os pares acoplados, mantendo a equivalência no fluxo do *qi*. Nos Curiosos jaz o *qi* ancestral *yuan qi*, mantendo a estruturação do ser em harmonia com sua herança racial e individual.

Os canais podem ser afetados num estágio inicial de adoecimento, processo cujo movimento natural de aprofundamento em direção aos *Zang Fu* é combatido pelo *qi* defensivo. Existe distinção sintomatológica entre *problemas dos canais*, afetando um canal específico como o

²⁶ E enumera apenas cinco *zang*, ao invés dos seis atuais, porque na época não se lidava ainda com a ideia de fogo ministro e fogo-príncipe, que hoje correspondem aos *zang* Coração e ao Mestre do Coração ou Pericárdio.

²⁷ Apesar de o ideograma significar “recolher” ou “coletar”.

canal do Coração ou um canal Curioso etc., e *problemas de nível de Intensidade*, em que o distúrbio prejudica a dinâmica do *qi* em uma das três gradações de intensidade de *yin/yang*, afetando por exemplo o nível *yin* mediano (*Jue yin*), que compreende os canais do Fígado na perna e do Príncipe do Coração no braço.

O papel dos Zang Fu

O Fígado. Armazena o sangue, regularizando sua saída de acordo com as necessidades do organismo. Durante a noite, por exemplo, a maior parte do Sangue se dirige para o Fígado. Como já dissemos, caso o Fogo (o aspecto *yang* do *qi*) do Fígado esteja excessivo, o Sangue não pode ser armazenado e inunda o Coração, impedindo a diminuição dos processos de percepção e cognição pelos quais é responsável, impedindo o repouso. O Fígado é também responsável pelo fluir do *qi* pelo corpo e como a dor é, por definição, a parada da circulação do *qi*, as cavidades do canal do Fígado têm muita aplicação em casos de dor (abdominal, costal-lateral, de cabeça etc). A associação deste *Zang* à fase Madeira faz com que possua uma atuação “adstringente” sobre a forma do corpo, firmando os músculos, análoga à reação das mucosas bucais ao sabor que lhe é relacionado. Sendo a expressão da fase jovem do *yang*, sua característica é o movimento ascendente. Rege os tendões, que permitem a mobilidade do corpo, e os olhos, que se movimentam ininterruptamente. Caso o Fogo do Fígado suba, os olhos se irritam e avermelham; em caso de Vacuidade do *qi*, aparecem cegueira noturna e visão enevoada. Alberga o *Shen Hun*, responsável pelos sonhos e pela criatividade.

O Coração. Nele reside a capacidade de perceber, de conhecer. Os ideogramas relacionados a cogitar, esquecer, gostar, desgostar, desejar, inteligente, estúpido, virtude, covardia e compreender, entre outros, possuem o radical *Xin*, coração, relacionando esses significados ao Coração/Mente da tradição chinesa. Muito do que no Ocidente é do domínio do mental, do psíquico, está na MTC ligado ao *Zang* Coração. Seu sopro impulsiona o fluir do Sangue. Quando saudável, o rosto está róseo e a língua rosa-pálida. O Vacuidade de *qi* do coração leva o sangue a se estagnar, causando varizes, hemorróidas, manchas roxas. O excesso do *yang* do Coração leva à vermelhidão

facial e na ponta da língua, onde podem surgir aftas. Caso o Muco (Tan) obstrua as aberturas do Coração, a língua enrijece e há perda da fala. O tecido sob sua responsabilidade é o vascular e, quando o *qi* do Coração está fraco, os vasos rompem-se com facilidade. Sendo a plenitude do *yang*, sua característica é a da expansão e rege a língua e a fala, que possibilitam a expansão do indivíduo. É relacionado ao tato, sentido mais difundido no corpo; alberga o *Shen*, responsável pelas percepções conscientes e inconscientes.

O Príncipe do Coração. Cumpre a função de proteger o Coração, sofrendo a ação dos fatores disruptivos da harmonia em seu lugar. Assim, quando da invasão pelo Calor Externo, por exemplo, diz-se que o ataque é dirigido ao *Shen* do Coração, e atinge o Príncipe do Coração. Segundo Rochat de La Vallée *et al.*, o Príncipe do Coração faria a intermediação entre a dinâmica do Céu Anterior presente nos Rins, guardiões do “*yin e yang* autênticos do Céu Anterior”, e o *Shen*, instância máxima que preside à organização do Céu Posterior, que reside no Coração. Quando seu *qi* está deficiente, aparecem vertigens, dores no peito, melancolia, problemas nas veias.

O Baço. É responsável pela digestão, ou seja, pela extração da essência (*jing*) dos alimentos. O *jing* dos alimentos é a principal fonte de vitalidade do Céu Posterior, junto ao ar e à luz, e está na raiz da formação dos *qi* Defensivo e Nutridor, fazendo do bom funcionamento desse *Zang* algo fundamental para as defesas do organismo e para a manutenção das funções dos outros *Zang Fu*, que dependem do *qi* Nutridor. Sua função é de “transporte e distribuição”, o que se aplica à circulação tanto das essências extraídas na digestão quanto dos Líquidos Orgânicos. O fator externo associado é a Umidade. Vimos que o *qi* do Baço tem a função de manter o Sangue dentro dos vasos: quando está deficiente, ocorrem fenômenos como hemorragias, regras excessivas, hematomas etc. Como a origem do Sangue se dá no Aquecedor Médio, o Vacuidade do *qi* desse *Zang* leva à palidez e à anemia. O Baço, estando associado à fase Terra, comanda a carne. Dos cinco sentidos, lhe cabe o paladar, na MTC associado à boca; seu viço se manifesta nos lábios. O *Shen* que nele reside é *Yi*, relacionado à reflexão e à memória.

O Pulmão. Administra a absorção do *qi* do ar, que, somado às essências provenientes do Aquecedor Médio e ao *qi* do Coração, forma o *qi* Nutridor. É também o *Zang Fu* que comanda a distribuição do *qi* pelo corpo; em caso de enfraquecimento o *Wei qi* defensivo, que depende da função difusora do Pulmão, não chega até a epiderme, expondo o organismo aos ataques das influências perversas. Como pertence à fase Metal, início do *yin* na natureza, o Pulmão rege o movimento descendente, tanto do *qi* quanto dos líquidos, em direção aos Rins, seguindo o ciclo de geração em que o Metal gera a Água. Se os Rins estiverem enfraquecidos a ponto de não poderem receber o *qi* e a água provenientes do Pulmão, estes tornam a subir, provocando plenitude torácica e asma. O tecido que lhe é relacionado é a epiderme, que em muitos animais é responsável pela respiração; seu órgão dos sentidos é o nariz. O *shen Po*, ligado às reações instintivas, é nele residente.

Os Rins. Armazenam a essência ancestral e governam os processos de crescimento do indivíduo e de continuidade da espécie, relacionando-se à sexualidade. Recebem a água do Pulmão, dividindo-a em líquido turvo, enviado para a Bexiga para posterior eliminação, e líquido claro, aproveitado pelo organismo. Estão ligados à fase mais intensa do *YIn*, cabendo-lhes a regência dos tecidos mais profundos e imóveis do corpo: os ossos e dentes. Produzem a medula, da qual o Cérebro é considerado um “acúmulo”. Os ouvidos lhe são associados, sendo a audição o sentido que mais se aguça em presença do medo, emoção a que são sensíveis. O *Shen Zhi* neles tem sua morada, sendo o aspecto do psiquismo ligado ao desejo, à vontade e à tenacidade.

A Vesícula Biliar. É um *Fu* de comportamento especial, uma vez que armazena permanentemente um líquido claro, ao contrário das demais vísceras *yang*, e não recebe os alimentos. A bile representa um excedente de *qi* do Fígado e, em caso de agitação deste, extravasa para a carne (e mesmo para os olhos), tornando-a amarelada. Isso está de acordo com o ciclo de moderação, em que a Madeira (aqui representada pela bile) domina a Terra (músculos). Possui uma influência no psiquismo, regendo a coragem e o poder de decisão – certos tipos de pavores e insônias podem ser tratados atuando-se sobre ela.

O Intestino Delgado. Sendo a contrapartida *yang* do Coração, recebe e armazena em caráter temporário o alimento parcialmente elaborado pelo Estômago. Separa a parte “clara” da “turva”, destinando a primeira ao Baço, que a enviará ao Aquecedor Superior para a elaboração do *qi* Nutridor, e a segunda à Bexiga (de onde será eliminada) e ao Intestino Grosso, onde entrará na composição do *qi* Defensivo pela ação do Aquecedor Inferior, incluindo o aporte de *qi* Ancestral dos Rins. Dessa forma, complicações no Intestino Delgado podem afetar tanto a assimilação e digestão dos alimentos quanto a excreção dos líquidos.

O Triplo Aquecedor. É uma víscera *yang*, como vimos, que não possui uma estrutura morfológica associada. Divide-se em Aquecedores Superior, Médio e Inferior. No Aquecedor Superior se passam a gênese do *qi* Nutridor e a distribuição deste para todo o corpo, impulsionado pelo *Qi* do Coração e do Pulmão; no Aquecedor Médio se passam a fermentação e extração do *jing* dos alimentos, base de toda a atividade do *Qi* no organismo. É também o local da formação do Sangue e dos Líquidos Orgânicos. No Aquecedor Inferior se passa a separação do puro e do impuro, com a concomitante expulsão dos detritos líquidos e sólidos comandada pela Bexiga e pelo Intestino Grosso. Essa víscera, que compreende todas as outras, está relacionada à veiculação do *qi* Original, que tem a seu cargo a supervisão de todos os processos vitais do organismo por ser o *qi* portador e mantenedor das características hereditárias do indivíduo.

O Estômago. É o local da primeira elaboração dos alimentos, tendo como papel tradicional o de “putrificar” e “cozer”, o que é consoante com sua associação à Terra, cujo movimento é “Dispersar”. É dotado de uma função descendente, em oposição ao seu acoplado *yin*, o Baço, de cuja função ascendente depende a formação do *Qi* Nutridor. Desordens no Estômago se manifestam sob forma de distensão no alto do abdome, perda de apetite, náuseas, aftas, gengivites e vômitos, entre outros sintomas.

O Intestino Grosso. É responsável pela excreção. Sendo parte do Aquecedor Inferior, participa parte na formação do *Qi* defensivo. Sua associação à fase Metal o relaciona à secura, sendo seu papel

controlá-la. Problemas nesse *Fu* estarão ligados à *secura* excessiva (constipação) ou *insuficiente* (diarreia).

A Bexiga. Tem como função receber o produto final do metabolismo da água, comandado pelo Pulmão, Baço e Rins. Seu *Qi* promove a expulsão desses resíduos, e, em caso de deficiência ocorre o descontrole ou retenção da urina. Como pertence à fase Água, está relacionada com o movimento de descida.

Órgãos extraordinários

São quatro, e possuem como traço comum a relação com o transporte do *yuan qi*, sendo relacionados aos canais Curiosos. O *Cérebro*, chamado de “Mar das Medulas”, é considerado um acúmulo da produção de medula pelos Rins. Do séc. XVI em diante, começa a progressivamente ser considerado a “morada do *Shen*”. A contradição em relação ao papel do Coração de albergar o *shen* é “explicada” modernamente por “o cérebro necessitar do sangue para funcionar claramente”. Os *Vasos* são considerados os canais condutores do Sangue. O *Esqueleto* é associado aos Rins e responsável pelos movimentos e é a base de sustentação dos músculos e tendões. Por fim, o *Útero* regula o fluxo menstrual e protege a criança em desenvolvimento. Seu bom funcionamento está vinculado aos *Zang* que controlam o Sangue: Coração, Fígado e Baço.

Diagnose em MTC

A MTC trabalha com padrões individuais de adoecimento. Ou seja, ao invés de uma mesma doença que se instala em todos os sujeitos de forma praticamente idêntica, os médicos de MTC procuram identificar um padrão de adoecimento instalado em um sujeito específico e, portanto, sujeito a alterações de ritmo, gravidade e trajetória de acordo com as características deste sujeito específico. Existem um total de dez ferramentas classificatórias para o adoecimento ou “mini-sistemas de diagnose” reconhecidos atualmente na MTC. Uma exploração exaustiva de cada uma extrapolaria o propósito do presente texto; detalharei apenas, a título de exemplo, o padrão *ba gang bian zheng*, que se tornou popular a partir de meados do séc. XII e hoje é talvez o mais utilizado na MTC.

Ba gang bian zheng

ou método dos oito princípios. Os Oito Princípios se organizam em quatro pares, que examinaremos em separado:

Verso/Avesso (*biao/li*). Essa classificação nos indica a profundidade e de certa forma a gravidade do adoecimento. Se este se localiza na pele e nos músculos (*biao*), é considerado externo e portanto de menor gravidade em relação ao adoecimento situado nos *Zang Fu*. É normalmente um estágio inicial das doenças de origem externa. O tipo “interno” (*li*) de manifestação patológica pode ser o agravamento destas ou se originar na desarmonia das emoções. Essas manifestações não são excludentes, podendo se combinar numa “doença conjunta interna/externa”. O *Revised Outline* cita como exemplo a shigelose, que combina sintomas característicos de uma doença interna como dor abdominal, fezes purulentas e sanguinolentas e sede com sinais das síndromes externas tais como aversão ao frio, febre, dores nas extremidades e pulso flutuante.

Frio/Quente. Este par está relacionado à maneira como o paciente percebe a doença: se sente frio ou medo do frio, tem extremidades frias e prefere bebidas e alimentos quentes, identifica-se a síndrome de Frio. Consideram-se, é claro, os demais dados da inspeção do pulso, da língua e da urina, que numa doença de Frio se apresenta clara e frequente. As manifestações do Calor são febre, agitação podendo haver, curiosamente, preferência por bebidas quentes e alimentos condimentados. Isso explica-se pela tendência de repleção do *yang* – este busca sempre aumentar, alastrar-se, daí o doente que sente forte calor no estômago (correspondendo a muitos casos de gastrite, azia) não conseguir parar de tomar café, que aquece ainda mais o estômago. O doente se sente acalorado, podendo haver também constipação. A urina é escura e menos frequente que nas síndromes de Frio. A combinação das duas modalidades gera formas evolutivas de transição entre uma e outra modalidade, formas emaranhadas em que o Calor e o Frio se dividem no corpo, com o Calor ocupando o alto, o interno ou a superfície e vice-versa, e “falsas”, em que a dinâmica da doença produz os sinais inversos à sua natureza, como, por exemplo, quando o Calor ocupa o interior do corpo e expulsa o

yin para a superfície, gerando sinais aparentes de Frio. Tais confusões são resolvidas pela quantidade de dados colhidos no exame, em especial pela língua e pulso.

Vacuidade/Repleção. O estado de Vacuidade é representativo de um enfraquecimento dos recursos naturais de reestruturação fisiológica, o *qi* correto *Zheng qi* (Djeng Tchi), que é a soma dos *qi* construtor e defensivo. O estado de repleção corresponde, de maneira inversa, à intensidade do *qi* Perverso. É este que, sendo de origem externa ou interna, preenche um espaço (geralmente onde antes havia vacuidade) no lugar do *qi* correto. Este espaço pode ser um canal ou segmento de canal ou uma área do corpo, como a cabeça por exemplo. As síndromes de Vacuidade podem afetar diversas instâncias da dinâmica vital, ocasionando Vacuidade de *qi*, Vacuidade de Sangue, de *yin qi* e de *yang qi* (de um *Zang Fu*). Os estados de Vacuidade na RMC estão particularmente relacionados aos hábitos, tanto alimentares e sexuais quanto emocionais, posto que as paixões provocam um esvaziamento da essência *jing* dos *Zang e* portanto da vitalidade que é elaborada a partir dessa essência. As síndromes que associam Vacuidade e Repleção ocorrem quando existe tanto insuficiência dos Sopros corretos quanto uma virulência particular dos Sopros Perversos. É importante discriminar qual é mais importante, para orientar a prioridade do tratamento seja em direção ao combate ao Perverso, seja em direção ao fortalecimento do Correto. Existem ainda formas evolutivas, em que a Repleção evolui em direção ao Vacuidade (em geral, por erro no tratamento) e vice-versa, e formas enganadoras:

O calor que se acumula no Estômago e nos Intestinos, a estagnação de mucosidades são de natureza Repleção, porém vão acarretar uma obstrução dos Meridianos e uma diminuição da circulação do *qi* e do Sangue (Auteroche; Navailh, 1992, p.265).

Qi e Sangue, estando bloqueados, geram a aparência de Vacuidade, com astenia, corpo frio e dificuldade de raciocínio.

Yin/Yang. Sendo o par inicial de onde se originam os outros aspectos, é mais um ângulo de onde se pode observar a doença. Nesse par estão reunidas as síndromes em que a relação entre *yin* e *yang*

entra em desarmonia, repartidas nas categorias “de desaparecimento” e “de Vacuidade”. Sabemos que o enfraquecimento relativo de um desses dois aspectos (o yin e o yang) põe em evidência o outro. Eis por que as manifestações de Vacuidade de *yin* trazem sintomas *yang* e vice-versa. Exemplificando, uma carência de *yin*, que pode se expressar na insuficiência de Líquidos Orgânicos, traz emagrecimento e insônia, sinais que poderiam falsear um hiperfuncionamento orgânico. De maneira geral a preponderância do *yang* pela ausência do *yin* se caracteriza pela excitação, sensações de calor nas extremidades, dor abdominal intensificada pela pressão e urina escura ou sanguinolenta. Se há, contrariamente, preponderância do yin por ausência do yang, observamos letargia, voz indistinta, membros frios, urina clara e dor abdominal aliviada pela pressão.

Os demais padrões são: *Zang fu bian zheng* – diagnóstico pelos Órgãos e Vísceras; *Liu jing bian zheng* – diagnóstico pelos “seis grandes canais”, que são os doze canais principais divididos em dois grupos – *yin* e *yang* – cada qual com três graus de intensidade (ver tabela); *Wei qi yin xue bian zheng* – padrões de adoecimento das quatro camadas, usado principalmente para doenças febris de origem externa e epidemias. Os quatro “setores” ou “camadas” são *wei* (defesa), *qi* (sopro), *ying* (a vitalidade construidora) e *xue* (sangue); *San jiao bian zheng* – diagnóstico pelo Triplo Aquecedor; *Bing yin bian zheng* – diagnóstico pela origem da doença (interna, externa ou ambas); *Qi xue bian zheng* – diagnóstico pelos padrões do *qi* e do sangue; *Jin ye bian zheng* – diagnóstico pelos líquidos orgânicos; *Wu xing bian zheng* – diagnóstico pelas cinco fases; e *Jing luo bian zheng* – diagnóstico pelos canais e colaterais.

Diagnosticar, em MTC, significa identificar as feições presentes do adoecimento. É mais importante para o médico antecipar sua possível evolução do que determinar sua causa, uma vez que, sendo o adoecimento um processo dinâmico, a doença em si já pode ter sofrido transformações drásticas em relação ao seu momento inicial. O médico fará o exame, e de acordo com as informações coligidas irá selecionar, entre as mencionadas, a(s) ferramenta(s) mais adequadas para classificar o padrão.

Exame

O doente é examinado integralmente; nenhuma característica deixa de ter significado para o praticante de MTC. São observados o aspecto das unhas, pele, cabelos, olhos, orelhas, nariz, lábios, dentes e garganta; o volume e o timbre da voz; a postura do corpo e os gestos; o cheiro do corpo e o hálito; as excreções; a cor da pele e, principalmente, a língua e o pulso. Esse exame fornece dados sobre o estado das relações entre *yin/yang* e as cinco fases no organismo e sobre o estado de cada *Zang* e cada *Fu*. Por exemplo: o surgimento da coloração negra na face pode estar relacionado a uma predominância da fase Água, que pode ser patológica; vermelhidão nos olhos pode significar um movimento de ascensão do Fogo do Fígado, cujo *qi* “se abre nos olhos”; pele excessivamente ressecada aponta para uma desarmonia do Metal, que rege pele e pêlos; uma voz sem volume pode indicar Vacuidade de *qi* do Pulmão, e assim por diante.

Língua

O exame da língua, órgão dos sentidos associado ao Coração e, portanto, ao centro coordenador das atividades físico-psíquicas do organismo, é de complexidade semelhante ao exame do pulso. Existe um mapeamento da língua em três regiões (ponta, meio e raiz), onde se encontram as manifestações relacionadas aos Órgãos. O Coração e o Pulmão localizam-se na ponta; o Baço e o Estômago no meio; os Rins e Bexiga na Raiz; o Fígado e a Vesícula nas laterais mediais. Vamos apresentar a investigação da língua de maneira *extremamente* simplificada, superficial mesmo, identificando como critérios fundamentais de inspeção:

- **Forma da Língua.** Em estado de normalidade, a língua é lisa e brilhante, nem muito estreita nem muito larga, e de bordas arredondadas. A modificação do formato, com inchaço ao longo do sulco central ou das bordas, ponta ou metade da língua está relacionada ao Muco *Tan* e ao calor; gretas e rachaduras indicam complicações nos Órgãos relacionados à região em que aparecem; marcas de dentes indicam deficiência do *qi* do Baço.

- **Movimento da Língua.** A língua saudável é flexível e móvel, sem tremular. A rigidez é sintoma de Calor no Príncipe do Coração; a língua que treme descontroladamente é emblema de agitação do Vento, relacionado ao Fígado; a língua mole, enfraquecida, pode indicar Vacuidade de *qi* e Sangue, bem como ferimentos aos Líquidos Orgânicos; o recolhimento imediato de uma língua que pouco sobressai assinala um ataque de Calor ao Baço e ao Coração.
- **Cor do Corpo da Língua.** Em relação ao padrão de saúde, vermelho-claro, a língua esbranquiçada indica síndromes de Vacuidade, Frio, enfraquecimento do aspecto *yang* do *qi*, insuficiência de *qi* e sangue; a coloração vermelha intensa indica Calor patogênico, do qual o carmesim indica um agravamento; o surgimento de matizes arroxeados indica seja ferimentos do Líquido Orgânico *Jin* seja do bloqueio à circulação do Sangue e Líquidos Orgânicos pelo Frio.

Revestimento da Língua

O revestimento lingual é uma evaporação produzida pelo *qi* do estômago. No homem normal observa-se somente um revestimento fino esbranquiçado, úmido, nem viscoso, nem seco.²⁸

O revestimento é classificado seja como “verdadeiro”, firmemente colado à língua; seja como “falso”, facilmente removível. O primeiro indica Calor e Repleção; o segundo, Vacuidade e Frio. Outros critérios de apreciação do revestimento segundo seu brilho, secura, homogeneidade (revestimento descamado ou concentrado em parte da língua), textura (gorduroso, lodoso) e, sobretudo, cor. De maneira geral, a coloração branca excessiva é indicativa de Frio; a amarela, de Calor; os revestimentos acinzentados sugerem adoecimentos aprofundados como ataque aos Líquidos *yin*, que, em se aprofundando produzem revestimento preto

²⁸ *Revised Outline of Chinese Medicine*, apud Sivin (1987, p.334).

Interrogatório

O praticante de MTC possui dez áreas de interrogação descritas tradicionalmente: febres e calafrios; suores; dieta; eliminação; cabeça, corpo, peito e ventre; surdez; sede e histórico das doenças. Somam-se a esses dados os obtidos pela inspeção do pulso, da língua, da vitalidade *shen*, da aparência *se*, da forma do corpo *xing* e do estado do corpo *tai* (t'hai).

Pulsologia

Na clínica atual da MTC, o principal método de avaliação do pulso é feito de acordo com a “Oitava Dificuldade” do Nan *jing*, e consiste em definir três áreas nos pulsos (proximal, medial e distal) e dois pontos de localização da pulsação, profundo e superficial.²⁹ Na avaliação profunda, o médico pressiona até sentir o osso, soltando em seguida muito lentamente até sentir a primeira pulsação, que indica o estado de um *Zang Fu yin*. Para a tomada do pulso superficial, que identifica as vísceras *yang*, a pressão é exercida a partir da pele lentamente em direção ao osso, até que se encontre a pulsação. A distribuição dos Órgãos fica assim:

Região	Profundidade	Mão esquerda	Mão direita
Proximal (na linha da articulação do pulso)	superficial profundo	Intestino Delgado Coração	Intestino Grosso Pulmão
Medial	superficial profundo	Vesícula Biliar Fígado	Estômago Baço
Distal	superficial profundo	Bexiga Rins	Tripla Aquecedor Príncipe do Coração

²⁹ Nem todos os autores concordam com essa classificação, que não obstante é a dada como oficial nos cursos de MTC na China. Existem ainda outros sistemas de tomada de pulso, como o que divide o Homem em três regiões (superior, média e inferior) e cada uma destas novamente em três, correspondentes ao Céu-Homem-Terra. Temos, assim, um pulso Céu na parte superior, um na média e um na inferior, encontrados sobre Cavidades.

Os pulsos encontrados nessas regiões possuem vinte e oito qualidades básicas, tais como: flutuante, afundado, lento, rápido, escorregadio, Vacuidade, cheio, apertado, firme, em corda de arco, nodoso, oculto etc. Essas qualidades são atualmente reunidas em seis grupos: flutuante, afundado, lento, rápido, escorregadio e áspero, com o objetivo de simplificar a diagnose. Essas qualidades vão auxiliar na construção do quadro sindrômico do doente, fornecendo indicações altamente específicas sobre a natureza, local de atuação e intensidade do adoecimento. É interessante notar que ao longo de toda a história da medicina de correspondência sistemática existiu uma hierarquia entre os quatro métodos. O bom médico era aquele que chegava ao tratamento apenas olhando o paciente: as linhas do rosto, a língua, as cores, os olhos. Se isso não fosse o bastante para o médico, este podia recorrer à escuta dos sons e sentir os odores do paciente. Se isso ainda não bastasse, poderia perguntar ao paciente sobre seu estado; finalmente, se o médico não conseguisse chegar à uma conclusão ainda assim, podia recorrer ao toque nos pulsos (Unschuld, 1989, p.26-27). Em suma, esta habilidade de que tanto se orgulham os acupunturistas de hoje foi, no passado, o último dos recursos do médico...

Modalidades de Intervenção terapêutica da MTC

A MTC atualmente passa por um processo de mimetização da tendência da medicina ocidental contemporânea a se subdividir em especialidades relativamente isoladas entre si: Acupuntura, Massagem, Farmacopeia, Dietoterapia e Exercícios Terapêuticos. Tal isolamento se deve em parte à tentativa de experimentar cientificamente o resultado de cada terapêutica, mas é preciso considerar que, em sua cultura de origem, a terapêutica com certa frequência combinava duas ou mais modalidades de tratamento, mesmo porque grande parte da clientela praticava algum exercício vitalista para a saúde.

Acupuntura

Em chinês, acupuntura diz-se “zhenjiu”. Zhen significa “agulha” e “jiu” vem de “ai jiu”, o preparado com folhas de artemísia que chamamos de “moxa”, que tem várias apresentações, podendo ser

utilizado por exemplo como um charuto cuja brasa aproximamos da região desejada, como uma lâ da qual se fazem chumaços para fixar na ponta do cabo da agulha ou pelotinhas do tamanho de um grão de arroz que são postas diretamente sobre a pele do paciente a acesas com a brasa de um incenso fino entre outras aplicações. O ideograma “jiu” traz ainda o sentido de “demoradamente”. Uma tradução possível para zhenjiu é, portanto “agulhar e aquecer demoradamente”. A tradução por “acupuntura” (“perfuração por agulhas”) não traduz plenamente o significado original da expressão, daí alguns autores estarem adotando atualmente a expressão “acumoxaterapia” em seus trabalhos.

Seu princípio de atuação é reconfigurar a vitalidade (entenda-se: o *qi* e o sangue) num sujeito utilizando-se das propriedades reconfiguradores de locais específicos no corpo chamados de “pontos de acupuntura” ou “Cavidades”. Essas Cavidades foram longamente estudadas pelos antigos mestres chineses não, como se pensa comumente, através do ensaio e erro ou de coincidências fortuitas ao estilo “o sujeito levou uma picada de abelha no joelho dolorido e inchado, observou em seguida menos dor e inchaço no local e então passou a cutucar o lugar da picada com uma espinha de peixe”. Esse saber foi desenvolvido originalmente pelos antigos taoístas, que buscavam a realização plena do Homem na sua comunhão com o cosmo, visto como um perpétuo fluxo de mutações. Nessa busca, os mestres criaram práticas meditativas, respiratórias e marciais que lhes conferiam uma capacidade de observação extraordinária e direta dos fluxos e acúmulos da vitalidade, na saúde bem como na morbidade. Da sua dedicação sobre-humana a esses treinamentos muitas vezes duríssimos é que veio a base para a conceitualização inicial da dinâmica do *qi* no ser humano, com os conceitos de “canal”, “Cavidade” e outros. Até hoje, esse conhecimento é respeitado nos meios acadêmicos Chineses e os mestres do *Kung-Fu* e os intrigantes fenômenos que eles são capazes de produzir objeto de estudo científico.

A intervenção da acupuntura é, portanto, feita através do estímulo de certas Cavidades que possuem propriedades reconfiguradoras da vitalidade. Quais são as propriedades das Cavidades e porque elas as possuem? Classifico essas propriedades em três tipos:

- 1) De regulação local: cada Cavidade tem algum efeito regulador da área circunvizinha à sua localização. Portanto, se dói em algum lugar, agulha-se pontos proximais ao local da dor. Há ainda Cavidades nas costas e no abdome que, por estarem localizadas sobre um determinado órgão, possuem para com ele uma afinidade especial “recebendo” (ou “transportando”, no caso das Cavidades shu das costas) ou “acumulando” (no caso das Cavidades “mu” do tórax e abdome) o qi daquele órgão.
- 2) De regulação distal: utilizam-se pontos distais situados sobre o canal que percorre a área afetada, enviando o estímulo curador através do canal.
- 3) De regulação sistêmica: de acordo com as propriedades curativas das famílias de Cavidades que já citamos. Por exemplo, se uma Cavidade está associada ao elemento fogo, por exemplo, esta dominará manifestações de calor como ressecamento das mucosas, coceira e vermelhidão, febre etc.

A atuação das Cavidades, em relação ao tratamento dos Zang Fu, é indireta e de origem externa, uma vez que o estímulo regulador acontece na pele e é transmitido pelos canais até os órgãos internos. Isso faz com que, hoje em dia, o tratamento pela acupuntura na China seja comumente aplicado nas afecções dos canais e em casos em que o adoecimento esteja mais superficializado, ou mais agudizado, ou seja, que necessite de uma intervenção imediata que a Dietoterapia e a Farmacopeia não podem produzir. O tratamento, inclusive a seleção do conjunto de Cavidades, é orientado pela aplicação das Oito Regras Terapêuticas a partir das informações colhidas na anamnese. Essas Oito Regras, uma simplificação das inúmeras ações terapêuticas possíveis, são: provocar a Sudorese, o Vômito, a Purgação, a Regularização, o Aquecimento, a Purificação, a Suplementação e a Dispersão³⁰.

³⁰ A tradução desses termos é problemática e objeto de muita discussão nos meios acadêmicos. Ver Wiseman e Zmiewsky, *Rectifying the names: suggestions for standardizing chinese medical terminology*, apud Unschuld (1989, p 55-66).

Farmacopeia

Na China utilizam-se os ingredientes mais diversos para a confecção de chás e medicamentos, combinando-os nas Fórmulas Magistrais. Tais composições são aplicadas na forma de chás, “sopas” (uma forma de cozimento com pouca água) ou pílulas, em que os ingredientes são pulverizados, misturados com mel e envolvidos em cera. A classificação das propriedades das ervas e demais produtos, que se aplica também aos alimentos, leva em conta o Sabor (ácido, amargo, doce, picante e salgado, fazendo a relação com as cinco fases), a Natureza (Quente, Morno, Neutro, Fresco e Frio), as Propriedades associadas à movimentação de *yin/yang* (Ascensão, Emergência, Descida, Imersão), e as Oito Regras Terapêuticas. Além disso, a partir do período Song (séc XIII) surge a ideia de que as propriedades dos produtos de origem animal, vegetal e mineral, sendo uma forma de *qi*, podem ser transmitidas pelos canais, criando relações de afinidade entre estes. As ervas podem ainda estar associadas diretamente às cinco fases. Na prescrição, combinam-se com frequência diversas ervas, havendo uma hierarquia: soberano, ministro, oficial superior e embaixador:

O soberano é o remédio principal, de posologia habitualmente superior à dos outros; o ministro reforça a ação do primeiro remédio; o oficial superior é prescrito para reduzir a toxicidade eventual do primeiro remédio e para tratar sintomas secundários; o embaixador canaliza o remédio em direção ao alvo orgânico por intermédio do meridiano (Requena, 1983, p.30).

Dietoterapia

Consiste em manter e recuperar a saúde através da alimentação, baseando-se na qualidade de estímulo ao *qi* proveniente de cada alimento. Na avaliação desse valor são levados em consideração aspectos como: época da colheita e frescor, ambos relacionados à intensidade do *jing*, textura, forma, correlação com os canais, associação ao *yin/yang* e sabor. A dieta é formada por alimentos promotores de uma polaridade e inibidores da outra, conforme o caso: na presença de

síndromes de Frio, prescrevem-se os alimentos de natureza Quente e Morna; nas síndromes do calor, os de natureza Fria e Fresca. Aqui a MTC se refere à propriedades intrínsecas do alimento, que não estão em relação direta com a sua temperatura no momento do consumo. Essas propriedades, entretanto, podem ser atenuadas ou reforçadas pela associação com outros alimentos e segundo o método de cozimento. A esse esquema básico são acrescentados ingredientes que vão agir nos desequilíbrios específicos dos *Zang Fu* daquele sujeito, sobretudo segundo seu Sabor, associado às cinco fases e portanto aos *Zang Fu*, e canal de atuação. A Dietoterapia também classifica os alimentos de acordo com as Oito Regras e com os quatro princípios de Ascensão, Emergência, Descida e Imersão. Existem ainda receitas tradicionais de pratos especialmente preparados para promover uma determinada atuação, como “Tonificar o *yang* dos Rins” etc.

Massagem

A terapia pela massagem chinesa se vale exatamente dos mesmos fundamentos teóricos das outras modalidades. É feita uma anamnese, em função da qual são selecionados o tipo de manobra e o conjunto de Cavidades a ser ativado. Existem inúmeras escolas de massagem chinesa, cada qual com seu repertório de manobras e de treinamentos para os praticantes, que são fundamentais para evitar autolesões decorrentes da prática profissional. Algumas das principais escolas são a Escola da Meditação de Um Dedo, em que o polegar percorre os canais passando sobre os Cavidades; Massagem Rolante, feita com rolamento das costas das mãos; Massagem do Treinamento Interno de *Shao Lin*,⁶⁹ que enfatiza agarrar e pressionar com a palma; e Massagem da Pressão com Dedos, em que um conjunto de Cavidades é pressionado com a ponta dos dedos, semelhante à acupuntura em seu princípio de atuação. As escolas que se desenvolveram no norte da China tendem a ser mais vigorosas que as do sul, de manipulações suaves. De maneira geral, a massagem é indicada para doenças dos *Zang Fu* e dos canais, bem como em casos de torções e deslocamentos das vértebras. É importante frisar essa dessemelhança entre essa massagem, que considera o Homem e a saúde do ponto de vista

da tradição chinesa, e as escolas de massagem ocidental, que atuam baseadas no modelo anatômico ocidental. Essas últimas se limitam a tratamentos tópicos e agem quase sempre sobre os tecidos, raramente pretendendo obter alguma repercussão na fisiologia dos órgãos. Outra diferença é que as massagens chinesas são terapêuticas; não têm um compromisso especial com “fazer relaxar”.

Exercícios terapêuticos

Baseiam-se na movimentação do *qi* através do movimento integrado de respiração, intenção e forma do corpo. Muitos estilos de arte marcial se enquadram, portanto, na definição de “Exercícios Terapêuticos”. Esses estilos atualmente obedecem a uma divisão artificial entre “escolas internas” e “escolas externas”. As “escolas internas” se caracterizam por enfatizar o cultivo de uma “força interior” (cuja definição varia de escola para escola) em oposição à força muscular. Cada qual estrutura sua prática de acordo com um aspecto da cosmologia chinesa: o *taiji Quan* fundamenta-se na alternância de *yin/yang*; o *Xing Yi*, nas relações entre as cinco fases; o *Ba Gua* (Pa Cua) nas mutações dos oito trigramas do *Yi Jing*. As escolas “externas” se caracterizam pelos movimentos vigorosos, em que os músculos se retesam. Velocidade e resistência são desenvolvidas, bem como o cultivo dos músculos e tendões a partir de um estímulo direto, em oposição ao cultivo “do interior em direção ao exterior” das escolas internas. Na realidade, essa divisão é artificial uma vez que inúmeras escolas ditas “externas” incluem práticas meditativas e treinamentos respiratórios, ao passo que as escolas ditas “internas” também atuam sobre a forma do corpo e suas técnicas são tão agressivas quanto as outras, em que pese serem construídas segundo princípios diferentes. Como técnicas não-marciais para a saúde, temos centenas escolas de *qi gong* (treinamento/cultivo do *qi*), dentre as quais tem se destacado a *lian gong*, o *ba duan jing* e a Ioga Taoísta de *Huashan*. No *qi gong*, a intenção do praticante, aliada ou não a certos movimentos, conduz o *qi* de maneira a manter, aumentar ou recuperar a saúde. Tal treinamento pode envolver a atenção em Cavidades e no percurso dos canais, sobretudo os Extraordinários. São práticas grandemente

influenciadas pela corrente taoísta que buscava a imortalidade física. O *Ba Tuan jing*, exercícios “Das Oito Peças de Brocados” enfatizam o trabalho nos oito canais Extraordinários; a Ioga Taoísta lida com o *qi* Ancestral, atuando na região do Aquecedor Inferior.

Conclusão

Aquilo que o “olhar imparcial” da ciência deixa de considerar por não-razoável ou não-substancial em sua investigação exclui o principal ingrediente da medicina chinesa: sua cosmologia. O sucesso de nossa empreitada como pesquisadores depende de fugirmos de qualquer concessão a esse olhar simplificador e subordinador lançado sobre os saberes tradicionais, enraizados na sensibilidade, nas analogias entre homem e cosmo. E é somente pelo entendimento do pensamento chinês que se abrem os caminhos de iniciação nas artes que são suas filhas – poesia, administração pública, guerra e cura.

Referências

- AKIRA, A. The Interpretation of Classical Chinese Medical Texts. In: UNSCHULD, Paul (Ed.). *Approaches to Traditional Chinese Medical Literature*. Dordrecht: Kluwer Academic, 1989.
- ARCHANGE, G. *Manual de Massagem Chinesa*. São Paulo: Andrei, 1986.
- AUTEROCHE, B.; NAVAILH, P. *O Diagnóstico na Medicina Chinesa*. São Paulo: Andrei, 1992.
- BLOOMFIELD, F. *The Book of Chinese Beliefs*. New York: Ballantine, 1983.
- CENTRO BRASILEIRO DE TAI CHI CHUAN. *A Massagem Tui Na*. Rio de Janeiro, 1990.
- CHRISTIE, A. *Chinese Mythology*. New York: Newness Books, 1983.
- DEADMAN, P.; AL-KHAFI, M.; BAKER, K. *A Manual of Acupuncture*. East Sussex: Journal of Chinese Medicine Publications, 1998, p. 29.
- DICTIONNAIRE DE LA SAGESSE ORIENTALE. Paris: Robert Laffont, 1989.
- EYSSALET, J-M. *Les Cinq Chemins du Clair et de L'Obscur*. Paris: Guy Tédaniel, 1988.
- EYSSALET, J-M.; GUILLAUME, G.; MACH-CHIEU, D. *Diététique Énergétique et Médecine Chinoise*, V.1-2. Paris: Présence, 1984.
- FAUBERT, A. *Introduzione ai Principi Della Agopuntura Tradizionale Cinese: La Bioenergetica Degli Esseri Viventi*. Como: Edizioni di Red / Studio Redazionale, 1982.
- GRANET, M. *La Pensée Chinoise*. Paris: Albin Michel, 1988.
- _____. *La Civilization Chinoise*. Paris: Albin Michel, 1988.

- HIRSCH, S. *Manual do Herói*. Rio de Janeiro: Corre Cotia, s/d.
- KALTENMARK, M. *La Philosophie Chinoise*. Paris: PUF, 1972.
- _____. *Lao Tseu et Le Taoïsme*. Paris: Seuil, 1965.
- LAO Tzu, Tao-te King. *O Livro do Sentido e da Vida*. São Paulo: Pensamento, s/d.
- LUZ, M.T. (Coord.). Seminário do Projeto “Racionalidades Médicas”. Comparação da Medicina Científica Ocidental com a Medicina Homeopática, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayur-Védica. Rio de Janeiro: IMS-UERJ 1992.
- _____. Racionalidades Médicas e Sistemas de Conhecimento. Roteiro Teórico para uma Abordagem Comparativa de “Medicinas Alternativas” em Ciências Sociais. In: *II Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1993.
- LUZ, D. *Medicina Tradicional Chinesa*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).
- MACIOCIA, G. *Os Fundamentos da Medicina Chinesa*. São Paulo: Roca, 1996.
- ANN, F. *Acupuncture: The Ancient Chinese Art of Healing*. London: William Heinemann Medical Books, 1978.
- MASPERO, H. *Le Taoïsme et les Religions Chinoises*. Paris: Gallimard, 1971.
- MERTON, T. *A via de Chuang Tzu*. Petrópolis: Vozes, 1965.
- NEEDHAM, J.; GWEI-DJEN, L. *Celestial Lancets: A History and Rationale of Acupuncture and Moxa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1980.
- REQUENA, Y. *Acupuncture et Phytothérapie: de l'usage des plantes occidentales um nédecine chinoise*. V.1. Paris: Maloine, 1983.
- CAMARGO Jr, K.R. *A Medicina Ocidental Contemporânea. II Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva).
- HUANGDI. Neijing So Wen. In: UNSCHULD, P. *Introductory Readings in Classical Chinese Medicine*. London: Kluwer Academic, 1988, p.11.
- KO HUNG. *Baopuzi*. In: *Dictionnaire de la Sagesse Orientale*. Paris: Robert Laffont, 1989, p.109.
- SCHATZ, J.; LARRE, C.; ROCHAT DE LA VALLÉE, E. *Aperçus de Médecine Chinoise Traditionnelle*. Paris: Maisonneuve, 1979.
- SHANGHAI COLLEGE OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE. Chinese Massage Therapy. In: *Apostila do Centro Brasileiro de Tai Chi Chuan*, Rio de Janeiro, 1992.
- SHUJING. parte II, livro 2, cap.2. In: PALMER, M. *The Elements of Taoism*. Dorset: Element, 1991.
- SIVIN, N. *Traditional Medicine in Contemporary China: a partial transation of revised outline of Chinese medicine (1972) with an introductory study on change in present-day and early medicine*. Michigan: The University of Michigan Center for Chinese Studies, 1987.

- TSE, Lao. *Tao Te King, o livro do sentido e da vida*. São Paulo: Hemus, p.102.
- UNSCHULD, P. (ed.). *Approaches to Traditional Chinese Medical Literature: Proceedings of an International Symposium on Translation Methodologies and Terminologies*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1989.
- UNSCHULD, P. *Chinese Medicine*. Massachusetts: Paradigm Publications, 1998.
- _____. *Introductory Readings in Classical Chinese Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988.
- _____. *Medicine in China: a history of ideas*. Berkeley: University of California Press, 1985.
- WEN, T.S. *Acupuntura Médica Chinesa*. São Paulo: Cultrix, 1985.
- WILDER, G.D.; INGRAM, J.H. *Analysis of Chinese Characters*. New York: Dover, 1974.

Racionalidades médicas: a medicina ayurvédica

EVAIR A. MARQUES

Introdução

O objetivo deste trabalho é apresentar uma descrição sucinta do sistema médico praticado na Índia há cerca de 5.000 anos – a *medicina ayurvédica*. Representa a conclusão da primeira etapa da pesquisa sobre o estudo comparativo entre diferentes racionalidades médicas.¹

Gostaríamos de enfatizar o aspecto analítico-descritivo deste nosso trabalho, que apresenta somente uma fração do conhecimento sobre o complexo sistema da medicina ayurvédica. Neste estudo introdutório, nossos esforços se dirigiram à tentativa de dar uma visão geral e delinear os conceitos básicos da medicina védica, bem como organizar os dados de acordo com o esquema referencial da pesquisa. Alguns aspectos foram tratados de forma apenas indicativa, sobretudo aqueles relacionados com a metodologia de diagnose e a terapêutica, cabendo posteriormente maior aprofundamento de questões significativas do ayurveda, considerada “a mais antiga de todas as medicinas” (Bontempo, 1992).

O termo ayurveda, em sânscrito,² significa “ciência da vida”, onde *ayur* significa vida e *veda*, “conhecimento” ou “sabedoria”.

¹ De acordo com o conceito proposto por Madel T. Luz (1993).

² A língua vernácula do homem inculco na Índia é conhecida como prácrito; sânscrito é o idioma clássico, com regras gramaticais fixas e corretas, baseado na sagrada tradição da linguagem sacerdotal dos Veda, que por sua vez refletia a língua dos deuses e era um veículo natural da verdade divina (Zimmer, 1986, p. 228).

“Ciência da vitalidade”, “sabedoria da vida” ou ainda “ciência da saúde e da longevidade”, a ciência ayurvédica é considerada um ramo do *Atharva Veda*, que é uma das quatro partes do grande livro sagrado da Índia – os *Veda* (dividido em *Rig*, *Sama*, *Atharva* e *Yajur*), tão importante para o hinduísmo como o *Tão-Te-Ching* para os chineses. Assim, o germe dessa ciência antiga provém dos *Veda*, e, para compreender a história do ayurveda, devemos retornar aos tempos védicos, isto é, ao II milênio a.C.

A história concreta do ayurveda começa com o texto sânscrito *Caraka Samhitā* (ou *Charaka Samhitā*), que teria sido escrito pelo médico Caraka, inspirado pelo divino Brahma (Ray; Gupta, 1980). Este conhecido tratado médico que trata das causas e sintomas das doenças, dos medicamentos e da manutenção da saúde, serve de base para o conhecimento e a prática da medicina na Índia antiga.

Existe, todavia, grande dificuldade em fixar a data exata do aparecimento deste compêndio, bem como identificar com muita certeza seu autor ou autores; nomes como Atreya, Agnivesa e Caraka são mencionados na literatura bramânica, budista, chinesa ou árabe, e estes mesmos nomes são encontrados tanto no início do período védico (2000 a.C.) quanto nos primeiros séculos da era cristã (II d.C.). Ray e Gupta indicam o período pré-budista, isto é, 600 a.C., como a data mais provável para o surgimento deste tratado.

O único texto disponível no presente, segundo esses autores, é uma redação que data do século IX da nossa era, escrita por Drdhabala, que menciona ter reconstruído muitas passagens perdidas. Encontramos neste texto alguns detalhes de como *Caraka Samhitā* foi originalmente escrito. Diz a lenda que vários sábios (*rishis*) reuniram-se em conferência no Himalaia, com o objetivo comum de aliviar o sofrimento humano e assegurar uma vida longa, saudável e satisfatória para todos os homens, usando de todos os meios para adquirir o conhecimento necessário para atingir este propósito. Mais tarde, um desses sábios de nome Atreya Punarvasu requisitou seis de seus discípulos para compilar seus ensinamentos. O tratado de Agnivesa foi considerado o melhor, formando a base para a edição de Drhabala. De fato, a maior parte do *Caraka Samhitā* é apresentada sob a forma de perguntas e respostas entre o discípulo Agnivesa e seu mestre Atreya.

Gostaríamos de ressaltar aqui que o texto médico teria sido inicialmente escrito inspirado pelo divino Brahma (texto védico), e que na medicina mágica dos tempos mais antigos, através de rituais e cânticos, já se encontram nomes de variadas doenças e de plantas com propriedades medicinais reais. A riqueza de vocabulário anatômico encontrada no texto védico sânscrito testemunha uma observação bastante avançada da estrutura do corpo humano e também do corpo de alguns animais, principalmente do cavalo.

Processos de dissecação pela separação de órgãos, seguidas de um começo de decomposição na água, já se encontram descritos por Sucruta, que segundo Lad (1984) escreveu há mais de dois mil anos, um texto clássico sobre cirurgia, onde aparecem em detalhes procedimentos sobre autopsia, cirurgia plástica, reconstrução de ossos quebrados, além da identificação de pontos vitais no corpo, relacionados com os diferentes órgãos.

O essencial desses velhos ensinamentos médicos parece ter sido transmitido sobretudo através de duas grandes escolas, fundadas por médicos e mestres reais, e não por figuras míticas: a Escola de Atreya e a Escola de Sucruta (cerca do século VI a.C. aos primórdios da era cristã). A primeira, responsável pelas *Coleções (samhitā)* ditas de Caraka, e a segunda pelas *Coleções* de Sucruta (*Sucrutasamhitā*), escritas por ele mesmo. *Caraka Samhitā* constitui a primeira exposição sistemática do ayurveda.

O tratado contém uma detalhada classificação e nomenclatura das doenças – sua etiologia, diagnose, prognósticos e tratamentos. Embriologia, obstetrícia, anatomia, fisiologia, higiene pessoal, medidas sanitárias, treinamentos e obrigações dos médicos e outros aspectos práticos e teóricos da medicina são tratados com muitos detalhes. Disseminados no texto existem passagens que dão indicações sobre a cosmologia, a biologia, a físico-química, a metafísica, a ética e as ideias filosóficas prevalentes na Índia neste período (Ray; Gupta, 1980).

Os textos fundamentais do ayurveda foram traduzidos para diversas línguas e influenciaram a medicina árabe, persa e sobretudo a medicina tibetana (Edde, 1985). A seguir, apresentamos abaixo um quadro sincrônico comparativo das culturas oriental e ocidental, referentes a aspectos históricos fundamentais da filosofia e da medicina.

Quadro sincrônico das culturas oriental (Índia) e ocidental (Grécia)

Séculos	Grécia	Índia
IV milênio ao séc. IX a.C.	<p>Chegada de populações neolíticas (4.000)</p> <p>Povoamento de Creta (3.000)</p> <p>Primeiras invasões indo-europeias (1950)</p> <p>Apogeu de Micenas (1.400)</p> <p>Destruição de Troia pelos aqueus (1.270)</p> <p>Invasão dos dórios: fim da civilização micênica e início dos tempos homéricos (1.100)</p> <p>Colonização grega da Ásia Menor (1.100)</p>	<p>Civilizações Dravídicas (Vale do Indo) (3.500-1500 aprox.)</p> <p>Invasões Arianas (2.000-1.000)</p> <p>Os Veda (1.500-800 aprox.)</p>
Século VII ao VII a.C.	<p>Colonização da Magna Grécia (750-700)</p> <p>Surto da cultura grega arcaica ((750-650)</p> <p>Homero (800)</p> <p>Hesíodo (775)</p> <p>Tales de Mileto (640-546)</p> <p>República aristocrática em Atenas (683)</p> <p>Anaximandro (611-547?)</p>	<p>Os Brahmana (872-772 aprox.)</p> <p>Upanishades (800)</p> <p>Kapila (Sânkhya) (?)</p>
Século VI a.C	<p>Pitágoras (582-500 aprox.)</p> <p>Sólon (800)</p> <p>Submissão da Grécia Asiática ao domínio persa (520)</p> <p>Organização da Liga do Peloponeso (510)</p> <p>Empédocles (500-430 aprox.)</p> <p>Heráclito (500 aprox.)</p>	<p>Buddha (563-483 aprox.)</p> <p>Os Sutras (500 A.C. – 500 d.C aprox.)</p>
Século V a.C	<p>Início guerras greco-pérsicas (490)</p> <p>2ª Guerra Greco-Pérsica (480)</p> <p>Criação da Liga de Delos (477)</p> <p>Sócrates (469-369)</p> <p>1ª Guerra do Peloponeso (459)</p> <p>Início construção do Partenon (447)</p> <p>Paz dos 30 anos – Esparta/Atenas (446)</p> <p>Guerra do Peloponeso (431)</p> <p>Platão (427-347)</p>	<p>Mahābhārata (Bhagavad – Gitā) (400 A.C. – 400 d.C)</p>

Século IV a.C	Fundação Academia – Platão (387) Aristóteles (384-322) Início reinado Alexandre (356-323) Aristóteles funda – Liceu (335) Morte Alexandre – início luta pelo Império (323) Ptolomeu proclama-se rei do Egito (305)	Leis de Manu (?) Invasão Alexandre na Índia (326) Cangragupta (321-297)
Século III a I a.C	Construção do Farol de Alexandria (280) Sublevação da Grécia por Mitríades	Ashoka (274-237) Ramyaana (274-237 aprox.)
Século I a V a.C	Invasão dos visigodos (376)	Tantra (121-180) Budismo Mahayāna (121-180) Florescimento Budismo e Jainismo (séc. IV a V)

Fonte: condensado e adaptado de Zimmer (1986, p.427) e Aquino (1980, p.275).

Cosmologia

O sistema médico ayurveda, para ser compreendido em sua verdadeira e ampla acepção, deve ser entendido não apenas como ciência ou conhecimento, mas implica também uma concepção filosófica e uma concepção religiosa.

Esta ligação entre o científico, o filosófico e o religioso constitui uma das características desse sistema. O termo “religioso” deve ser entendido no sentido da ligação com o sagrado, uma vez que, no ayurveda, segundo Lad, a totalidade da vida cotidiana é considerada sagrada. Ou seja, o homem vive o sagrado no seu cotidiano através de suas práticas, de suas crenças, da disciplina diária, dos exercícios, da alimentação etc. “A palavra “filosofia” se refere ao amor à verdade, e no ayurveda a verdade é o Ser, a Pura Existência, a Fonte da Vida” (Lad, 1984).

Fundamentos filosóficos da medicina ayurvédica – a filosofia Samkhya da criação

Toda literatura ayurvédica está baseada na filosofia *Samkhya* da criação. Edde observa que a base teórica do ayurveda é a filosofia *Samkhya*, que se distinguindo do ascetismo espiritual vedanta, propõe um “existencialismo espiritual que diz sim à vida sob todas as suas formas” (Edde, 1985).

Kapila foi o fundador mítico desta doutrina da criação do mundo. Zimmer (1986) observa que este sábio deve ter vivido antes do século VI a.C., embora os textos clássicos do sistema filosófico cuja fundação lhe é atribuída pertençam a uma data muito posterior, isto é, à segunda metade do século V d.C.

A filosofia *Samkhya* oferece uma exposição teórica básica da natureza humana, sendo que as principais concepções deste sistema dual podem ser resumidas nos seguintes tópicos:

- a) o universo está alicerçado numa inesolúvel dicotomia de “mônadas vitais” (*purusha*) e matéria inanimada (*prakruti*); b) “a matéria” (*prakruti*), embora seja essencialmente simples, não composta, se apresenta ou se manifesta sob três aspectos diferenciados (chamados *guna*) comparáveis aos três fios de uma mesma corda; c) cada uma das “mônadas vitais” (*purusha*) associada à “matéria” (*prakruti*) está envolvida na trama de uma interminável “ronda de transmigração” (*samsāra*) (Zimmer, 1985).

Segundo Lad, os sábios (*rishis* ou “iluminados”) perceberam que existe uma estreita conexão entre o Homem e o Universo e que a energia cósmica se manifesta em todas as coisas animadas e inanimadas. “[...] a fonte de toda existência é a Consciência Cósmica, a qual se manifesta como energia masculina e feminina – *Shiva* e *Shakti*” (Lad, 1990). Assim, tudo que é tem uma manifestação polar, Espírito x Matéria, Inércia x Movimento. *Purusha* é a energia masculina, e *prakruti* é feminina. *Purusha* é sem forma, sem cor, sem atributos, e toma parte não-ativa na manifestação do Universo. É a Consciência passiva. Por outro lado, *Prakruti* tem forma, cor e atributos, é a Consciência com escolha. É denominada a Divina Mãe,

é o princípio criativo, cria todas as formas do Universo. É a força de criação do mundo físico, enquanto *purusha* é a testemunha da criação.

A primeira manifestação de *Prakruti* é a Inteligência Cósmica (*Mahad*), também chamada *Buddhi*, que no homem está presente como “inteligência pura” ou “Eu superior”, também chamado de princípio búdico, e representa a capacidade de percepção, a habilidade de perceber entre a realidade e a ilusão (Lad, 1990; Bontempo, 1992). Obedecendo às leis da evolução, a Inteligência Cósmica se projeta em direção aos mundos materiais, dando origem ao Ego ou *Ahamkara*. É o sentido do “Eu sou”, que se manifesta no ser humano através de um estado de consciência mais grosseiro, denominado *Manas* ou mental inferior, que representa nossa autoimagem, nosso universo particular. Com a ajuda ou através da qualidade *sattva*, o Ego se manifesta através das cinco faculdades dos sentidos e dos cinco órgãos motores, criando o universo orgânico. O mesmo Ego se manifesta através dos cinco elementos básicos e, com a ajuda da *guna tamas*, cria o universo inorgânico.

O ayurveda aponta para uma vida em harmonia com a Inteligência Cósmica, através da qual retornamos à unidade com a Natureza, sendo possível mergulhar no domínio do espírito (ou *purusha*). Daí o conceito de que a saúde é harmonia e que a doença é gerada por um distanciamento da Natureza. Todas as doenças são consideradas desequilíbrios ou desarmoniais.

As *gunas* são “qualidades” ou “atributos” primários oriundos de *prakruti*. Estas três *gunas* primordiais – *sattva* (essência), *rajas* (“movimento”) e *tamas* (inércia) – constituem o fundamento de toda existência e são encontradas em toda a Natureza. *Sattva* é a estabilidade, o aspecto puro, a consciência, a essência e a luz. Está relacionada com a inteligência superior, a fluidez, a suavidade e a harmonia. *Rajas* é o movimento, dinâmico, princípio da energia mental racional, da turbulência, da emoção, da impulsividade. *Tamas* é o princípio da inércia, da resistência, da obscuridade, é estático, é a energia potencial, ignorância e matéria (Lad, 1990).

O quadro a seguir estabelece uma relação entre o sistema “trigune”, suas qualidades básicas, os ciclos a vida e as principais deidades hindus.

Gunas	Qualidade	Ciclos	Deidades
SATTVA	Essência	Nascimento	“Brahma” (“O Criador”) (criatividade potencial)
RAJAS	Movimento	Vida	“Vishnu” (“O Protetor”) (força protetora)
TAMAS	Inércia	Morte	“Shiva” (“Transformador”) (força destrutiva potencial)

Teoria dos Cinco Elementos – Macrocosmo/Microcosmo

A teoria dos cinco elementos ou princípios básicos constitutivos do Universo – éter (espaço), ar, fogo, água e terra – representa a essência do conhecimento ayurvédico. Diversos tratados ayurvédicos explicitam a estreita correspondência que existe entre o Macrocosmo, Universo ou Natureza e o Microcosmo, o Homem. A ciência ayurvédica vê o corpo humano e suas experiências sensoriais como manifestação da energia cósmica expressa através dos cinco elementos básicos. As concepções fisiológicas na medicina se estabelecem em função desta teoria. O homem é um microcosmo, isto é, um universo em sim mesmo. Sua existência individual é indivisível da manifestação cósmica total (macrocosmo). Um adágio tântrico diz: “Assim como é no macrocosmo, é no microcosmo” (Johari, 1992).

De acordo com *Caraka Samhitâ*, toda matéria é composta pelos cinco elementos: éter, ar, fogo, água e terra. Estes elementos possuem, respectivamente, as características de não-resistência, movimento, calor, fluidez e dureza. O éter (*akasha*) tem a única qualidade da não-resistência. É importante sinalizar que em cada elemento que se sucede encontra-se o elemento precedente, ou elementos, com suas próprias características ou qualidades específicas (Ray; Gupta, 1980).

Zimmer (1986) observa que a formação dos elementos densos a partir dos sutis é assim descrita: Dividindo-se cada elemento sutil em duas partes iguais e subdividindo-se a primeira metade de cada um em quatro partes iguais, e então acrescentando-se à metade não-subdividida de cada elemento uma subdivisão de cada uma das quatro restantes, cada elemento torna-se cinco em um (Pañcadasi 1.27). Esses compostos

são os que se conhecem como elementos densos, e são denominados segundo preponderar neles a porção de éter, ar, fogo, água ou terra.

ar	éter	éter	ar	Éter	fogo	éter	água	éter	terra
fogo		fogo		Ar		ar			
água		água		Água		fogo		fogo	
terra		terra		Terra		terra		água	

Uma vez que o éter é experimentado como som, o ar como algo tangível, o fogo como cor e forma, a água como sabor e a terra como odor, cada elemento denso (sendo um composto dos cinco) afeta todos os sentidos (Zimmer, 1986).

Ainda baseados no tratado clássico de Caraka, encontramos que o *espírito* e *matéria* não são entidades separadas, mas constituem uma totalidade. No homem vamos encontrar os cinco elementos básicos e três outros constituintes: a inteligência (*buddhi*), o ego (*ahamkara*) e *atman* (*self* não manifestado). Assim, toda a oitava de *prakruti* existe no organismo humano (Ray; Gupta, 1980; Johari, 1992).

Doutrina médica

A teoria dos cinco elementos (éter/ar/fogo/água/terra), conforme afirmamos anteriormente, é de fundamental importância na medicina ayurvédica para a compreensão da ligação macrocosmo/microcosmo e para a compreensão do processo saúde/doença.

O homem sadio, observa Lad (1984), aprende a estar consciente da presença da desordem no seu corpo e toma as medidas necessárias para estabelecer a ordem e entende que a desordem é inerente à ordem, e portanto, é possível recuperar a saúde. A capacidade do indivíduo para a *autocura* é, segundo Lad, um dos conceitos básicos que integra a medicina Ayurvédica. Assim, enfatizamos que o homem é parte de uma ordem cósmica com a qual deve estar em equilíbrio e harmonia. Portanto, saúde significa ordem; equilíbrio dinâmico, harmonia; doença significa desordem, desequilíbrio, desarmonia.

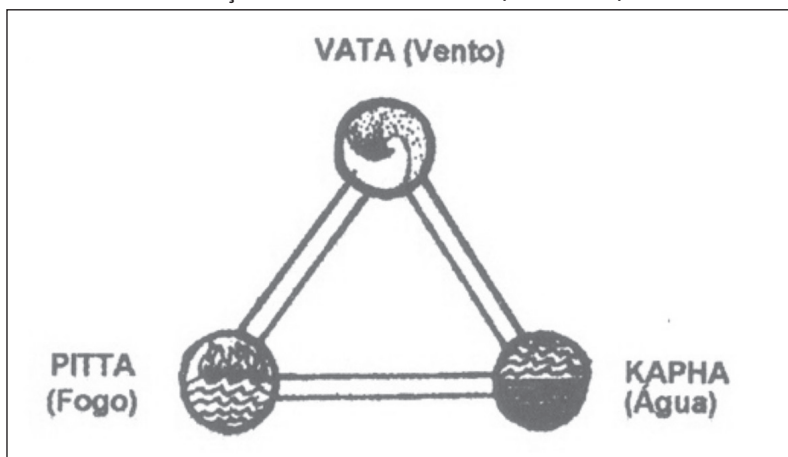
Teoria dos humores: a concepção do “Tridosha”

De acordo com a teoria que fundamenta a medicina Ayurvédica, existem três humores no corpo humano, denominamos *vata* (ou *vayu*), *pitta* e *kapha*. Os cinco elementos cósmicos estão presentes no corpo humano e se manifestam segundo três princípios, ou humores, chamados *tridoshas*:

1. *Vata* – princípio corporal do vento, manifesta-se a partir dos elementos ar e éter;
2. *Pitta* – princípio corporal do fogo, manifesta-se a partir dos elementos água e fogo;
3. *Kapha* – princípio corporal da água, se manifesta a partir dos elementos terra e água.

Estes três elementos dirigem todas as funções biológicas, psicológicas e fisiológicas do corpo, da mente e da consciência. Eles são constitutivos da base do corpo e são a origem dos nossos desejos espontâneos, preferências individuais por certos sabores, alimentos, substâncias frias ou quentes etc. Atuam também como barreiras protetoras do corpo, em sua condição fisiológica normal, conforme observa Lad (1984). Quando estão desequilibrados, contribuem para o processo do adoecimento.

Relação entre os três humores (“Tridosha”)



Fonte: Lad (1984, p.28). Desenho: Lilian M. de Castro.

Desde o momento da concepção do indivíduo, ocorre a predominância de um dos três humores e os “tipos constitucionais” devem ser diagnosticados por suas características físicas e psicológicas (conforme veremos na seção de diagnose). A exata compreensão do conceito *vat-pitta-kapha* na medicina indiana é fundamental, uma vez que a *constituição* do indivíduo determina para quais doenças ele tem maior predisposição. As perturbações de saúde são devidas à desarmonia entre os três humores. Assim, o *balanceamento* entre o *tridosha* é condição necessária para a saúde e o equilíbrio.

O desequilíbrio dos três elementos (*tridoshas*) afeta a resistência natural do corpo e o sistema autoimune, propiciando o aparecimento das doenças. Há, portanto, uma conexão clara entre os hábitos, a alimentação, o meio ambiente e as desordens emocionais. A deterioração dos “humores” no corpo denso cria toxinas que circulam e se acumulam nas zonas debilitadas. A raiz de todas as doenças é a toxemia (*ama*), sendo numerosas as causas de desenvolvimento da toxemia.

O melhor médico é aquele que vai equilibrar os humores, a *constituição* da pessoa e o seu *psiquismo*; não só faz desaparecer os sintomas mórbidos como reforça as defesas naturais do corpo. Para os médicos ayurvedas, portanto, todos os distúrbios de saúde são devidos à desarmonia entre os três humores (*doshas*). Em que local do corpo os humores aparecem em excesso (ou em falta), causando a doença? Eis a questão colocada pelos pontos de verificação do diagnóstico (Edde, 1985).

Corpo-mente-consciência

“A causa das doenças vem ao mesmo tempo do corpo e do espírito e da má utilização [...] das faculdades mentais e sensoriais” (*Caraka Samhitā*, cap. I, livro I, *apud* Edde, 1985.). E ainda: “[o]s fatores patogênicos do corpo são os três humores, enquanto os do espírito são *rajas* (excitação) e *tamas* (ociosidade)”. A desarmonia, causa da doença, pode também provir da consciência por uma atitude negativa face à vida. A *atitude mental* do sujeito é importante no sentido da recuperação da sua saúde. Esta visão integrada do homem – corpo/mente/consciência – advém da própria concepção filosófica explanada no início deste trabalho.

Finalmente, outro aspecto importante a ressaltar é a questão da *singularidade*. No ayurveda, acredita-se que a normalidade deva ser avaliada individualmente, porque cada constituição humana manifesta sua forma própria e particulares de reagir frente às “provocações” internas e externas.

Morfologia dinâmica

Nesta seção, vamos tratar de questões relativas à anatomia e à fisiologia. Inicialmente cabe justificar nossa opção por não dividir este tópico, na medida em que acreditamos que na medicina ayurvédica *forma e função* estão essencialmente imbricadas, devido à questão básica do movimento, do sopro vital, que mantém o organismo saudável em equilíbrio. Equilíbrio entendido como equilíbrio dinâmico, não estático.

Isto não significa que na medicina ayurvédica não existam anatomia ou fisiologia definidas. Muito pelo contrário. No tratado *Caraka Sambhitā* (citado na Introdução), encontram-se dez tópicos específicos que tratam de assuntos como: anatomia, fisiologia, etiologia, patologia, tratamentos etc.

Morfologia: os diferentes corpos do homem

A noção da coexistência, no ser humano, de mais de um *corpo*, compreendendo um corpo *denso*, material (físico, orgânico) e outro *sutil*, imaterial (“aurico”), nos permite postular neste sistema a existência de mais de uma morfologia (tal como definida por Madel T. Luz) que concerne aos corpos “físico” e “sutil”.

Sri Shankara³ fala em diferentes corpos distinguindo um corpo *grosso* (ou denso), um *corpo sutil* e um *corpo causal*. O corpo denso (físico) é composto dos cinco “elementos fundamentais grossificados, isto é, se submeteram a uma divisão pentâmera e combinação mútua, nascida dos resultados das boas ações do passado, sede das experiências

³ Nascido no Sul da Índia em 788 d.C., foi um grande sábio do Vedante, tendo ensinado e escrito comentários aos livros – *Upanishads*, *Bhagavad Gita*, *Brahma Sutra* – escreveu, entre outras obras, *Tattwa Bodha* (O conhecimento da verdade), de onde extraímos alguns conceitos aqui apresentados.

de prazer, dor, etc. É sujeito a seis modificações: existe, nasce, cresce, se metamorfoseia, decai e morre” (Sri Shankana, s/d, p. 12).

“Morfologia” do Corpo Sutil

O corpo sutil é composto dos cinco elementos fundamentais, “os quais ainda não passaram pelo processo de grossificação, é constituído de dezessete partes: os cinco órgãos de percepção, os cinco órgãos de ação, os cinco granas, a mente e o intelecto” (idem, p.13).

Os cinco órgãos da percepção são: o ouvido, a pele, os olhos, a língua e o nariz. As deidades que presidem os órgãos da percepção são: o Espaço (ou Éter), a deidade dos ouvidos; o Ar, da pele; o Sol, dos olhos; a Água, da língua; o gêmeo, do nariz. O objeto (de experiência) da pele é a percepção do tato. O objeto (de experiência) do olho é a percepção da forma (e cor). O objeto (de experiência) da língua é a percepção do paladar. O objeto (de experiência) do nariz é a percepção do cheiro (Sri Shankana, p. 14-16).

O corpo causal, no dizer de Sri Shankara (s/d, p. 19) “é a causa dos outros dois corpos, ignorantes de sua própria natureza real, sua forma é livre de dualidade”. Outros autores (Leadbeater, 1988) apontam para “a existência de sete corpos: corpo físico, corpo astral (vital/áurico ou etérico), corpo mental, corpo búdico, nirvânico, monádico, divino”. Acreditamos que seria significativo, no âmbito de nosso estudo, sinalizar a crença na existência de corpos sutis, além do corpo físico.

Os chakras

A palavra *chakra*, em sânscrito significa, “roda”, “círculo” ou “disco” giratório. Os *chakras* “são centros psíquicos que não podem ser descritos sob o ponto de vista fisiológico” (Johari, 1992). Constituem centros de energia ou de atividade da força vital (prāna) e estabelecem entre o corpo denso e o corpo sutil.

Mais ligada aos ensinamentos esotéricos ou místicos, a concepção dos *chakras* não poderia deixar de ser aqui inserida. Os ensinamentos antigos afirmam que homens e mulheres possuem um corpo sutil ou “aurico” e que a aura muda de cor e de forma em ressonância com

as emoções e a condição física geral da pessoa, além de se contrair e se expandir. O papel dos *chakras* neste processo, como vórtices de energia, parece ser o de servir de ponto de conexão pelos quais flui de um corpo a outro.

Os *chakras* são campos enérgicos (“rodas”) situados no corpo sutil, vibrando em frequências específicas e tomando formas, sons, cores sutis. Existem inúmeras descrições sobre esses centros energéticos na literatura esotérica, e há muita divergência entre os autores quanto ao número e à localização deles. Os mais antigos textos tântricos referem-se a quatro principais *chakras* localizados nos centros do umbigo, coração, garganta e cabeça. No quadro a seguir, apresentamos os sete *chakras* mais usualmente conhecidos, sua relação com os cinco elementos cósmicos, sua forma e sua possível relação com o corpo físico.

“Morfologia” do corpo sutil

Elementos cósmicos	Corpo Sutil Chakras	Forma (Lótus)	Corpo Físico*
-	7º Coronário <i>Sabashara</i>	1.000 pétalas	Pineal
-	6º Frontal <i>Ajña</i> (ou 3º olho)	96 pétalas	Pituitária
Éter	5º Laríngeo <i>Vishudda</i>	16 pétalas	Tireoide
Ar	4º Cardíaco <i>Anabata</i>	12 pétalas	Timo/Coração
Fogo	3º Plexo Solar (ou esplênico) <i>Manipura</i>	10 pétalas	Baço
Água	2º Umbilical <i>Svadhishthama</i>	6 pétalas	Suprarrenais
Terra	1º Raiz/Básico (ou sexual) <i>Muladhara</i>	4 pétalas	Gônadas (testículos/ovários)

* Esta correlação com o sistema endócrino vem sendo estabelecida nos tempos atuais, sobretudo por Stone (s/d).

Embora não seja explicitamente mencionado nos tratados da medicina ayurvédica, parece haver correspondência desses centros energéticos com os diferentes órgãos ou sistemas do corpo físico, inclusive no plano funcional. Todavia, a fisiologia desta ligação nos é desconhecida, embora alguns autores conceituados, como Lad, por exemplo, afirmem que os *chakras* correspondem fisiologicamente a alguns centros ou plexos nervosos. Hermógenes observa que

numerosos são os *chakras*, dos quais somente sete merecem atenção. Situados ao longo da linha central do corpo distribuem-se de tal maneira que vêm a corresponder às principais glândulas da secreção interna e aos mais importantes plexos nervosos do sistema vagos-simpáticos; no corpo prânico, os *chakras* ou “rodas” desempenham funções altamente relevantes. Alimentados pelo *prâna*, que é absorvido pela respiração, funcionam como acumuladores e transformadores deste *prâna* que depois se encarregam de distribuir a todo o corpo, alimentando assim a chama da vida. Do mais rico suprimento de *prâna* e do exato funcionamento dos *chakras* dependem a saúde, a disposição para a vida, o entusiasmo, a capacidade de trabalho, a resistência à fadiga, a força física, nervosa, psíquica e espiritual (Hermógenes, 1990).

Os principais canais de circulação das energias sutis – “Nadis”

A palavra *nadis* vem da raiz sânscrita, que significa “corrente”, “movimento”, podendo ser traduzida como canais por onde circulam as energias. Existem dois tipos de *nadis*: (a) os *sutis*, que são canais invisíveis por onde circulam as energias sutis; e b) os *densos*, canais de energia visíveis, como os vasos, nervos, veias, tubos ou dutos. Os *nadis* sutis estão ligados aos *chakras*, centros de intercâmbio entre as energias do corpo físico e a energia cósmica (ou prânica). Em geral, estes dois tipos de *cansi* correm juntos. Johari (1992) observa que segundo o tântrico *Shiva Samhita*, existem 14 *nadis* principais, enquanto outro texto (*Shiva Svarodaya*) menciona 72.000 *nadis*. Destes, somente três são considerados mais importantes: *Ida*, *Pingãia* e *Sushuma*.

Sushuma é o canal centra, localizado ao longo da coluna vertebral, origina-se no *chakra* “muladhara” (raiz), estendendo-se desde a base até o alto da cabeça. *Ida* é o canal situado do lado esquerdo,

transportador das correntes “lunares”; enquanto *pingais* é o canal situado do lado direito, transportador das correntes “solares”. Do *muladhara*, estes dois canais se movem alternadamente através dos *chakras* até o 6º *chakra*, onde novamente se reúnem formando um nó frouxo com *sushuma*.

Todos os mais antigos tratados tântricos enfatizam o simbolismo “solar-lunar”, com a Lua situada no centro da cabeça e o Sol no centro do umbigo e, sem exceção, mencionam os três principais canais citados, por onde circulam as energias *solar*, *lunar* e *kundalini*. A energia *solar* é associada à energia masculina, ao elemento fogo, aos processos intelectuais e à qualidade “ardente”; a energia *lunar* é associada à energia feminina, ao elemento água, à cor branca, aos processos intuitivos e à qualidade “refrescante”.

A respiração *solar* e a respiração *lunar*, em sua alternância, são responsáveis pela restauração energética do organismo; enquanto a função da energia lunar está mais ligada à nutrição e purificação, sobretudo do cérebro, a energia solar amplia o vigor e a resistência, aumentando a vitalidade e a longevidade.

A maioria das tradições tântricas refere-se a um grande poder inerente ao complexo psicofísico humano. Chama-se a esse poder *Kundalini*, comparado a uma cobra enrolada sobre si mesma, localizada na base da coluna vertebral (*kundal* sânscrito significa espiral). Corresponde à energia sexual que em sua jornada ascendente passa pelos centros energéticos, transformando e emitindo as vibrações do corpo físico para os demais corpos sutis. O despertar e o controle da energia *kundalini* têm um importante papel na cosmologia indiana. Acreditam que, se esta energia for direcionada para o 7º centro, local da consciência, é capaz de criar uma grande iluminação.

Morfologia do corpo denso: os tecidos vitais (Dhatu)

Segundo a medicina ayurvédica, o corpo humano é constituído de sete tecidos vitais denominados *dhatu*s (em sânscrito significa “elementos constitutivos”), responsáveis pela estrutura do corpo, mantendo em funcionamento os diferentes órgãos, sistemas e partes vitais do corpo. Portanto, o corpo humano (denso) é constituído por órgãos, sistemas e partes vitais.

Interessante observar que cada *dhatu* recebe seus nutrientes daquele que o antecede (ver figura), em um movimento dinâmico e ordenado, de tal forma que quando um “tecido vital” apresenta problemas, afeta imediatamente o tecido sucessivo.

Quando ocorre uma desordem no balanceamento do *tridosha*, os tecidos vitais são diretamente afetados. Os tecidos vitais mais importantes são (Lad, 1984):

- 1) **Plasma** (*rasa*) – contém nutrientes oriundos da digestão e nutrem todos os tecidos, órgãos e sistemas;
- 2) **Sangue** (*ratka*) – governa a oxigenação em todos os tecidos e órgãos vitais e mantém a vida;
- 3) **Tecido muscular** (*mansa*) – cobre os órgãos vitais, executa os movimentos das articulações e mantém a força física do corpo;
- 4) **Tecido adiposo** (*meda*) – mantém a lubrificação e a oleosidade de todos os tecidos.
- 5) **Ossos** (*asthi*) – dá suporte à estrutura do corpo.
- 6) **Medula e nervos** (*majja*) – preenche os espaços dos ossos e conduz os impulsos motores e sensoriais;
- 7) **Tecidos reprodutores** (*shukra*) tecidos responsáveis pela reprodução.

Encontramos ainda no corpo físico um *sistema de canais* (citados anteriormente como “canais densos”). No texto de *Caraka Samhitā* já se encontrava descrita uma diversidade muito grande desse sistema de canais quanto à sua estrutura, presente em todo o corpo humano: artérias, veias, ductos extensos, tratos, passagens, orifícios, bolsas e bexigas. Segundo o texto clássico da medicina ayurvédica, é através desses canais que se faz a distribuição dos humores *vata/Pitta/kapha*. Os canais têm centros e áreas de operação específica.

Os sentidos e os elementos cósmicos

“Os cinco elementos cósmicos se manifestam no funcionamento dos cinco sentidos do homem, assim como em sua fisiologia, e estão diretamente relacionados com sua habilidade para perceber o ambiente externo em que vive” (Lad, 1984, p.22).

A percepção do homem como um microcosmo é mais uma vez evidenciada através da relação dos cinco elementos – éter, ar,

fogo, água e terra – como o ouvido, o tato, a visão, o gosto e o olfato, respectivamente.

O quadro abaixo relaciona os elementos, os sentidos e as ações com seus órgãos específicos, que expressam as funções próprias desses órgãos.

Elementos	Sentidos	Órgãos dos sentidos	<i>Gunas</i>	Ação	Órgãos da Ação
ÉTER	Audição	Ouvido	Som	Falar	Língua
AR	Tato	Pele	Toque	Pegar	Mãos
FOGO	Visão	Olhos	Cor e forma	Caminhar	Pés
ÁGUA	Paladar	Língua	Sabor	Procriar	Órgãos genitais
TERRA	Olfato	Nariz	Cheiro	Excretar	ânus

Teoria da dinâmica vital ayurvédica

As Constituições Humanas

Existem três tipos básicos de constituições humanas, de acordo com os cinco princípios enunciados anteriormente (éter/ar/fogo/água/terra), a saber:

- Constituição *vata* ou vento
- Constituição *pitta* ou fogo
- Constituição *kapha* ou água

Lad (1984) observa que, além desses tipos, pelo menos mais quatro podem ser encontrados, dependendo da percentagem ou predominância de um dos elementos na constituição individual: *vata-pitta*, *pitta-kapha*, *vat-kapha* e *vata-pitta-kapha*.

Baseados ainda em Lad, vemos que *vata*, princípio corporal do vento, pode ser caracterizado como uma energia sutil que governa os *movimentos biológicos* (movimentos dos músculos e tecidos, pulsações do coração, expansão e contração, impulsos das células nervosas etc.) e também governa as emoções tais como nervosismo, medo, ansiedade, angústia, tremores e espasmos. O intestino grosso, a cavidade pélvica, os ossos, a pele, o ouvido e as coxas são locais do *vata*.

Pitta, princípio *ígneo*, governa a digestão, absorção, assimilação, nutrição, metabolismo, temperatura do corpo, coloração da pele, brilho dos olhos e também a inteligência e a compreensão. Psicologicamente, *Pitta* provoca a raiva, o ódio, o ciúme. O intestino delgado, estômago, sangue, glândulas sudoríparas, tecido adiposo, olhos e pelo são locais de *pitta*.

Kapha, princípio aquoso, proveniente dos elementos terra e água, responde pela estrutura física do corpo, força, vigor e resistência natural dos tecidos. *Kapha* lubrifica as articulações, ajuda a cicatrizar feridas, auxilia a retenção da memória, dá energia ao coração e aos pulmões e mantém a imunidade. Psicologicamente, *kapha* é responsável pela afetividade, simpatia, avidez ou ganância, inveja, bem como indica tendências para a tranquilidade, o perdão e o amor. O tórax é o lugar do *kapha*.

O vento, o fogo e a água estão presentes e ativos no corpo sob a forma da respiração (sopro), da bile e do líquido vital. Esta tríade de elementos orgânicos se apresenta no corpo sob múltiplos aspectos.

O *prāna* é a energia vital que ativa todo o corpo e o espírito. É o agente da motricidade vital. A respiração orgânica não consiste somente no sopro respiratório; todos os movimentos são reportados à ação da respiração que opera em todas as partes do corpo. Assim, o *prāna* propriamente dito é o sopro bucal, agente da respiração e da deglutição. Um segundo sopro (*udāna*) e o produtor da palavra. Um terceiro (*semana*) atiza o fogo interno, o calor que cozinha os alimentos e os digere. Um quarto (*apana*) empurra os excrementos para baixo. Um quinto (*vyana*) percorre o corpo e os membros e assegura as funções do movimento.

A bile (*pitta*) é o elemento ígneo, que sob a forma de *pācaka*, digere os alimentos; sob outra forma faz o sangue, o líquido ou *rasa* que provém da digestão. É a bile sob a forma *sadhaka*, que ilumina os desejos do coração, centro da vida psíquica. É ele que, como *alocka*, brilha nos olhos e assegura a função vital, e como *bhrājaka*, ilumina a pele. E *kapha*, elemento aquoso, possui a propriedade de viscosidade, assegura principalmente as ligações no organismo, como a conexão das articulações, por exemplo.

As estações, o clima e a higiene observada excitam ou diminuem a ação dos três elementos orgânicos. Importante destacar ainda aqui a função do *agni*, que segundo Lad (1984, p.39), “é a chave da saúde ou da enfermidade”.

O *agni* é o fogo biológico que governa o metabolismo. Tem função similar à de *pitta* e pode ser considerado uma parte integrante do sistema de *pitta* no corpo, mas não se confunde como este “humor”. *Agni* está presente em cada tecido e em cada célula. É necessário para manter a nutrição dos tecidos e sobretudo está relacionado com o *mecanismo imunológico*. Lad observa que a longevidade depende do *agni*, assim como a inteligência, a percepção e a compreensão. Quando o *agni* não funciona corretamente, devido ao desequilíbrio do *tridosha*, o metabolismo é afetado, caindo a resistência, e o sistema imunológico do corpo se deteriora. Por outro lado, quando o *agni* está hiperativado, ocorre também uma redução da capacidade imunológica do corpo.

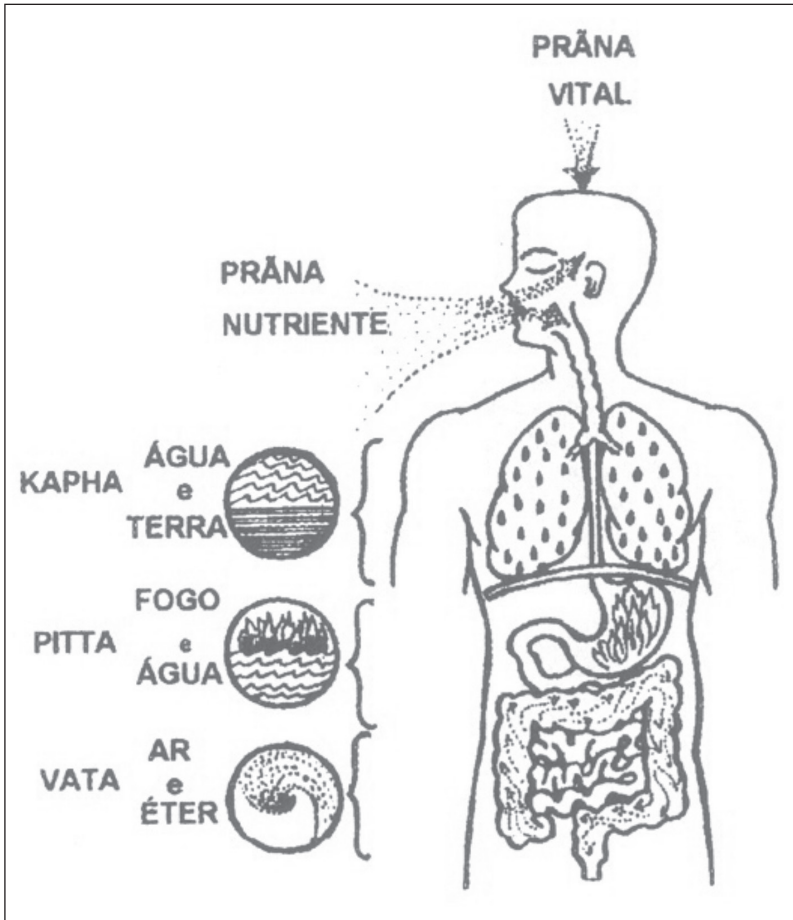
Gulnas: propriedades, características ou atributos essenciais

Caraka (médico *ayurveda*) afirma que toda substância orgânica e inorgânica, ao mesmo tempo em que os pensamentos e a ação, apresentam características bem definidas e contêm uma energia potencial ou cinética. Segundo a medicina ayurvédica, existem vinte características de base, compreendendo dez pares antagônicos que funcionam juntos, embora se apresentem como forças opostas, a saber:

- Pesado x leve
- Lento x rápido
- Frio x quente
- Gorduroso x seco
- Viscoso x rugoso
- Denso x líquido
- Doce x duro
- Estático x móvel
- Sutil x grosseiro
- Turvo x claro

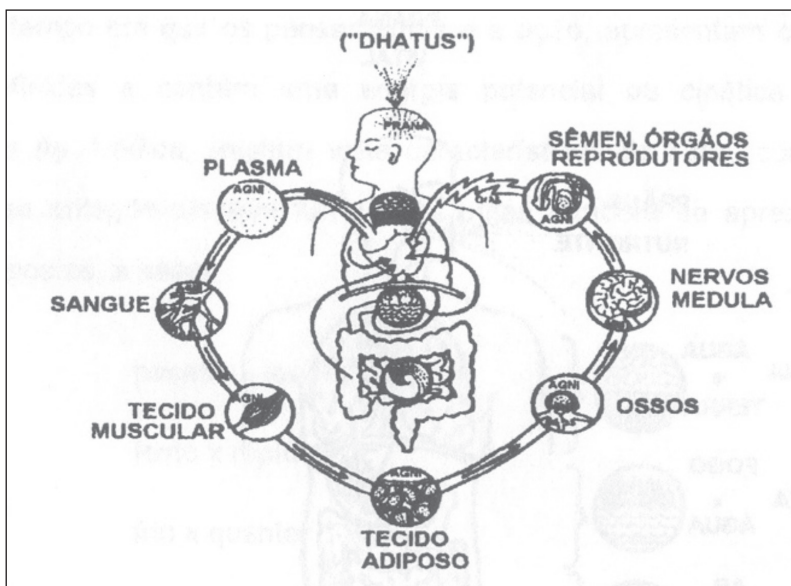
Os conceitos que governam a farmacologia, a terapêutica e a preparação dos alimentos no ayurveda são baseados na ação e reação desses vinte atributos. É pela compreensão dessas características que o equilíbrio do *tridosha* pode ser mantido.

Localização e origem dos três humores



Fonte: Lad (1984, p. 27). Desenho: Lilian M. de Castro.

A circulação dos nutrientes e a transformação dos Sete Tecidos Vitais (*Dhatus*)



Fonte: Lad (1984, p. 27). Desenho: Lilian M. de Castro.

Sistema de diagnóstico

Na medicina ayurvédica, o método de diagnóstico comporta anotações sobre os *sintomas* da doença e as *circunstâncias* de seu aparecimento, a fim de se saber a origem e o mecanismo geral da produção dos distúrbios de saúde. Exames pela *observação* (*totalidade de sinais e sintomas*) e *entrevista* detalhada com o paciente fazem parte do diagnóstico.

O método trata principalmente de determinar quais elementos do funcionamento vital do indivíduo estão em jogo, de acordo com sua “constituição” ou natureza (*vata/vento*, *pitta/fogo*, *kapha/água*). A constituição do indivíduo vai determinar para quais doenças ele tem maior predisposição. Para os terapeutas ayurvédicas, todos os distúrbios de saúde são devido à desarmonia entre os três humores.

Existem muitas maneiras de um “humor” se manifestar de forma patológica, ocorrendo sobretudo por:

- (i) *acumulação humoral* – que se produz quando um humor se estagna em um determinado lugar do corpo; por exemplo uma pessoa que consome muitos alimentos lácticos e gordurosos vai aumentar o *kapha* no corpo;
- (ii) *provocação humoral* – devido a influência externas climáticas tende-se a acentuar este ou aquele potencial mórbido de um humor;
- (iii) *pacificação humoral* – um alimento ou um tipo de clima pode acalmar ou reduzir um humor, provocando a cura ou trazendo perturbações.

O diagnóstico se efetua, deste modo, em dois momentos:

- a) *Análise da constituição individual*: consiste na análise de diferentes aspectos da constituição física e psíquica do indivíduo, com o objetivo de determinar sua constituição básica. Cabe ressaltar que não existe um tipo “puro”; cada pessoa apresenta um ou mais humores dominantes e a saúde resulta do estado de equilíbrio dos três humores no corpo.

Os aspectos da constituição examinados são os ilustrados a seguir (cf. Edde, 1985, p. 28):

Aspectos da Constituição	Vento/ <i>vata</i>	Fogo/ <i>pitta</i>	Água/ <i>kapha</i>
Corpulência	Magro	Médio	Forte
Peso do corpo	Leve	Médio	Elevado
Pele	Seca, rugosa, fresca, morena escura.	Doce, oleosa, quente, loura vermelha, amarelada.	Espessa, oleosa, fresca, pálida, branca.
Cabelos	Negros, ondulados, secos, crespos	Doces, gordurosos, louros, grisalhos, ruivos	Espessos, gordurosos, escuros ou claros

Dentes e boca	Protuberantes, grandes, gengivas fracas	Tamanho moderado, gengivas flexíveis, dentes amarelados	Dentes fortes e brancos
Olhos	Pequenos, castanhos e secos	Agudos, penetrantes, verdes, cinza ou amarelos	Grandes, atrativos, azuis
Apetite	Variável, pequeno	Bom, às vezes excessivo	Regular, come lentamente
Sabores	Doce, azedo, salgado	Doce, amargo adstringente	Picante, amargo adstringente
Sede	Variável	Excessiva	Fraca
Fezes	Secas, duras, constipação	Oleosas	Espessas, pesadas, gordurosas
Atividade física	Muito ativo	Moderado	Letárgico
Espírito	Sem repouso	Agressivo, inteligente	Lento, calmo
Temperamento emocional	Imprevisível, ansioso	Agressivo, irritável	Invejosos, apegados
Fé espiritual	Variável	Fanático	Estável
Sonhos	De voos, de voltas	Violência e de guerra	Rios, oceanos, lagos
Sono	Interrompido, insônia	Pouco mas profundo	Pesado e prolongado
Palavra	Rápida	Aguda e cortante	Lenta e monótona
Pulso	Fraco	Moderado	Lento

b) *Sistema dos oitos pontos*: permite estabelecer um diagnóstico rápido do estado dos três humores e consiste na observação dos seguintes aspectos:

- *controle do pulso* – pega-se o pulso ao longo da artéria radial (mão direita para os homens e mão esquerda para as mulheres);

o pulso que indica predominância do vento (constitucional ou patológico) é leve, nervoso e rápido; se este humor está em desequilíbrio, o pulso será mais rápido. Quando o pulso é saltitante e vivo, indica a predominância do humor fogo; em desequilíbrio, o pulso será saltitante. Na predominância do humor água, o pulso é lento e pesado, e se o humor está em desequilíbrio, vagaroso, frouxo, moderado. É estabelecida uma relação analógica e simbólica do pulsar humano com as características de certos animais, assim, existe o pulso “serpente” (*vata*) – rápido, deslizante, fraco, frio e irregular; o pulso “sapo” (*pitta*) – saltitante, excitado, moderado, regular; e o pulso “cisne” (*kapha*) – lento, forte, constante ou estável, leve, regular, morno;

- *controle dos olhos* – nas perturbações do vento os olhos são secos e muito móveis; no fogo os olhos são vermelhos e às vezes ardentes ou inflamados; nos distúrbios da água, os olhos são úmidos e purulentos;
- *controle das orelhas* – frias ao toque, indicam perturbação do vento e da água; quentes, indicam perturbação do fogo;
- *controle da pele* – pele seca indica perturbação do vento; pele quente, do fogo; fria e gordurosa, alteração da água;
- *controle da língua* – nos distúrbios do vento, a língua se apresenta escura, fissurada, gosto ácido-acre na boca; nos distúrbios do fogo apresenta uma camada amarelada ou vermelha e gosto amargo na boca; a saliva abundante e a língua descorada indicam perturbação da água;
- *controle da boca e da voz* – a cor dos dentes (escuros = distúrbios do vento; amarelados = distúrbios do fogo; claros = distúrbios da água) assim como o timbre da voz são indicativos de alteração nos humores;
- *controle das fezes* – fezes de cores escuras frequentemente duras e ásperas indicam distúrbios do vento; de cor amarelada, distúrbios do fogo; claras e pálidas, perturbações da água;

- *controle da urina* – cor amarelo-pálida, às vezes marrom-escura: perturbações do vento, cor amarela, às vezes vermelha: perturbações do fogo; cor pálida e turva: perturbações da água.

Sistema de intervenção terapêutica

O objetivo primordial das técnicas de intervenção terapêutica é a equilibrção dos “humores” no corpo através sobretudo da eliminação das toxinas. A primeira preocupação é “limpar” ou purificar o organismo antes de administrar a medicação.

Numerosas doenças são causadas por acúmulo de toxinas de origens diversas. As *terapias de purificação* ou *método das cinco eliminações* são consideradas um tratamento natural para a cura das perturbações de saúde. Os principais métodos denominados *panchakarma* são os seguintes:

- a) o vômito provocado;
- b) a purgação (oleação interna e externa);
- c) os enemas medicados;
- d) o tratamento ou lavagem nasal;
- e) o tratamento ou lavagem nasal;
- f) a purificação do sangue.

Estes métodos principais são precedidos de outros preparatórios, tais como a dieta ou o jejum e a sudação (ou transpiração), seguidos de métodos de revitalização como o repouso e alimentação.

Como tratar?⁴

Alimentação ou dieta terapêutica (dietética);

Plantas medicinais (fitoterapia); medicamentos à base de plantas, óxidos metálicos, animais;

- a) Massagem terapêutica;

⁴ Cada item indicado mereceria uma ampla descrição, o que não foi possível desenvolver até o presente momento.

- b) Meditação (os *mantras* e seu papel);
- c) Exercícios físicos e respiratórios (*ioga*, *asanas* e *pranayamas*).

Na medicina ayurvédica, a *dietética* tem grande importância. Os *sabores* dos alimentos estão relacionados aos elementos cósmicos e à constituição física (vento/fogo/água). A constituição da pessoa pode determinar não só a preferência individual por certos sabores, como também pode ser alterada pela ingestão de certos alimentos com características contrárias à sua natureza básica.

Sabores	Elementos Cósmicos
Doce	Terra + água
Amargo	Ar + éter
Picante	Fogo + ar
Azedo-ácido	Terra + fogo
Adstringente	Ar + terra
Salgado	Água + fogo

Alguns sabores são aconselhados para o tratamento natural de acordo com a constituição do indivíduo; assim, para o equilíbrio do humor *vata*, os sabores aconselhados são: doce, ácido, salgado; para *pitta*, o doce, o amargo e o adstringente. Os alimentos de sabor salgado e ácido estimulam o humor fogo. Para o humor *kapha*, os sabores aconselhados são o amargo, o picante e o adstringente. As variações climáticas, os ciclos da vida (a infância é *kapha*, a maturidade é *pitta* e a velhice é *vatta*), o dia e a noite, as horas, as estações, são considerados muito importantes na terapêutica.

As constituições *vata*, *pitta* e *kapha* têm suas próprias características e as substâncias que têm características similares terão tendência a agravar o estado de humor corporal associado. Assim, durante o verão, *pitta* será naturalmente agravado no corpo porque o verão apresenta

aspectos similares ao humor *pitta* (quente/leve/móvel e penetrante). Durante o outono, que apresenta aspectos similares ao humor *vata* – leve, sutil, rude, frio, seco e imóvel –, o humor corporal tenderá a se agravar. O humor *kapha* é líquido, pesado, frio, aderente e turvo; no inverno, quando essas características são dominantes no meio exterior, o *kapha* interno tenderá a se agravar.

Poderíamos perguntar: o que é o homem em plena saúde para a medicina ayurvédica? (Lad, 1984; Edde, 1985):

- (i) os três “humores” (*doshas*) devem estar balanceados no corpo;
- (ii) o fogo digestivo (*agni*) deve estar correto;
- (iii) os sete tecidos vitais (*dhatús*) (reprodutor, cérebro e nervos, ossos, gorduras, músculos, sangue e plasma) devem estar em equilíbrio;
- (iv) as secreções e excreções (fezes, urina e suor) do organismo devem estar ocorrendo normalmente;
- (v) os órgãos dos sentidos devem estar funcionando normalmente;
- (vi) o corpo, a mente e a consciência devem estar trabalhando harmoniosamente com unidade.

Finalizando: na medicina ayurvédica, a capacidade que o indivíduo tem de autocurar-se constitui um dos conceitos básicos desta racionalidade médica, razão pela qual os médicos procuram primeiro auscultar o sistema de defesa natural do organismo do doente para ajudá-lo a lutar contra a agressão da qual ele é objeto, de maneira que possa vencê-la por suas próprias forças (cf. quadros a seguir).

COSMOLOGIA					DOCTRINA MÉDICA
Elementos cósmicos	“Gunas”	Qualidade	Ciclos Vida	Deidades	
ÉTER	“SATTVA”	Essência	Nascimento	“BRAHMA”	*TEORIA DOS CINCO ELEMENTOS (ÉTER/AR/FOGO/ÁGUA/TERRA) Macrocosmos/Microcosmos – homem parte de uma ordem cósmica com a qual deve estar em equilíbrio. Saúde = ordem/equilíbrio/harmonia
AR				(“O criador”) criatividade potencial	Doença = desordem/desequilíbrio/ desarmonia. *CONCEPÇÃO DO “TRIDOSHA” – os três humores “vata-pitta-kapha” determinam as CONSTITUIÇÕES humanas. Balanceamento das energias como condição necessária para a saúde e o equilíbrio.
FOGO	“RAJAS”	Movimento	Vida	“VISHNU” (“O protetor”) força protetora	*CORPO – MENTE – CONSCIENCIA *ENERGIA VITAL (PRANA) *AUTOCURA
AGUA TERRA	“TAMAS”	Inércia	Morte	“SHIVA” (“O Transformador”) força destrutiva potencial.	*SINGULARIDADE *SUBJETIVIDADE

MORFOLOGIA E DINÂMICA VITAL				
	“Morfologia” do Corpo sutil	Sentidos	Morfologia do Corpo Denso	Dinâmica Vital
“Chakras”	Canais Sutis		Tecidos Vitais (“ <i>Dhatu</i> ”)	Anatomia
7º “ <i>Sahasrara</i> ” (coronário)	“ <i>IDA</i> ”	Intuição	Medula óssea/Tec. Nervoso (“ <i>majjan</i> ”)	“Constituições Humanas” – “Humores” (<i>tridosha</i>) Três princípios de base ou humores (“ <i>tridosha</i> ”) dirigem todas as funções biológicas, psicológicas e fisiológicas do corpo, do espírito e da consciência.
6º <i>Ajna</i> (3º olho)	“ <i>PINGALA</i> ”	AUDIÇÃO (som)	Tecido Ósseo (“ <i>asthi</i> ”)	
5º “ <i>Vishudha</i> ” (laríngeo)	“ <i>SUSHUMA</i> ”		Tecido Adiposo (“ <i>medha</i> ”)	
4º “ <i>Anahata</i> ”		TATO	Tecido Muscular (“mansa”)	Sistema de Canais: Arterias, Veias, Vasos, Ductos, Tubos, Tratos, Orifícios, Bolsas, Bexiga
3º “ <i>Manipura</i> ” (plexo solar ou esplênico)	Circulação das energias: · solar · lunar · kunda lini	VISÃO (cor e forma)	Sangue (“ <i>Rakta</i> ”)	CONSTITUIÇÃO “ <i>PITTA</i> ” (princípio corporal do fogo) CONSTITUIÇÃO “ <i>KAPHA</i> ” (princípio corporal da água)
2º “ <i>Sva dhisvara</i> ” (umbilical)		PALADAR (água)	Plasma (“ <i>rasa</i> ”)	“SOPROS VITAIS” (“ENERGIAS”)
1º “ <i>Muladhara</i> ” (sexual/básico ou raiz)		OLFATO (odor)	Tecidos da Reprodução (“ <i>shukra</i> ”)	

Referências

- AQUINO, R.S.; FRANCO, D.A.; LOPES, O.G.D.C. *Historia das Sociedades: das comunidades primitivas às sociedades medievais*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1980.
- BESANT, A.W. *A sabedoria antiga*. 2.ed. Rio de Janeiro: Record, s. d.
- BONTEMPO, M. *Medicina natural; medicina oriental*. São Paulo: Nova Cultural, 1992.
- BRODSKY, G. *Do Jardim do Éden à Era de Aquarius: livro da cura natural*. 4.ed. São Paulo: Ground, 1987.
- BHAKTIVEDANTA SWAMI, A.C. *O BHAGAVAD-GITÁ como ele é*. 5.ed. São Paulo: Bhaktivedanta, 1986.
- CHOPRA, D. *A cura quântica: o poder da mente e da consciência na busca da saúde integral*. São Paulo: Best Seller, 1989.
- DASH, V.B. *Fundamentals of Ayurvedic Medicine*. 7.ed. Nova Delhi: Konark Publ., s.d.
- DEVARA, T.L. *Speaking of ayurvedic remedies for common diseases*. Nova Delhi: Sterling Publishers Private, 1985.
- _____. *The Panchakarma treatment of ayurveda*. 2.ed. Bangalore: Dhanvantari Oriental, 1980.
- EDDE, G. *La Medicine Ayurvedique*. 2.ed. St. Jean-de-Braye: Dangles, 1985.
- FRAMLEY, D. *Ayurvedic Healing: a comprehensive guide*. Salt Lake City: Passage Press, 1989.
- GONÇALVES, P.E. (Org.). *Medicinas alternativas: tratamentos não-convencionais*. São Paulo: Ibrasa, 1989.
- HERMÓGENES, J. *Autopercepção com Hatha Ioga*. 32.ed. Rio de Janeiro: Record, 1990.
- JOHARI, H. *Chakras: centros energéticos de transformação*. 4.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1992.
- KARAGULLA, S.; KUNZ, D.G. *Os Chakras e os campos de energias humanos*. São Paulo: Pensamento, 1989.
- LAD, V. *Ayurveda: the science of self-healing*. 2.ed. Santa Fé: Lotus Press, 1984.
- LEADBEATER, C.W. *Os chakras: os centros magnéticos vitais do ser humano*. São Paulo: Pensamento, 1988.
- LUZ, M.T. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 62, 1993.
- RAY, P.; GUPTA, H.N. *Caraka Sambhitā: a scientific synopsis*. 2.ed. Nova Delhi: India National Science Academy, 1980.
- ROÇÇA, J.J.; CERNON, P. *Guide pratique de médecine naturelles en France*. Paris: JJRC, 1984.

SRI SATGURU PUBL. (eds.). *Ayurveda or Hinidu system of medical science*. 2.ed. Nova Delhi: Sri Satguru, 1989 (Indian Medical Series n. 9).

SRI SHANKARA. *O conhecimento da verdade: Tattwabodha*. Rio de Janeiro: Vidya Mandir, s/d.

STONE, R. *A polaridade vital na arte de curar*. Livro I. s/d. Mimeo.

ZIMMER, H. *Filosofia da Índia*. São Paulo: Palas Athena, 1986.

ZIMMER, H. *Mitos e símbolos na arte e civilização da Índia*. São Paulo: Palas Athena, 1985.

A medicina antroposófica como racionalidade médica¹

MADDEL T. LUZ
LEANDRO DAVID WENCESLAU

Introdução

Em estudos anteriores (Luz, 1995, 1996, 2000; Luz; Tesser, 2008), descrevemos como racionalidades médicas os sistemas complexos de medicina que têm em comum alguns parâmetros de análise observáveis e demonstráveis: além de possuírem as seis dimensões estruturadas já mencionadas (cosmologia, doutrina médica, morfologia humana, dinâmica vital, sistema diagnóstico e sistema terapêutico), tais sistemas podem partilhar paradigmas cosmológicos, ou de doutrina médica e terapêuticos, importantes para definir características comuns às distintas racionalidades em medicina presentes e atuantes na cultura

¹ Para a realização desta análise, utilizamos como fontes primárias de consulta as seguintes obras de Rudolf Steiner: *Cronaca dell'Akasha*; *A ciência oculta*; *A fisiologia oculta: esboço de uma cosmovisão suprasensorial*; *A filosofia da Liberdade: elementos de uma cosmovisão moderna*; *O conhecimento iniciático: as vivências suprasensíveis nas várias etapas da iniciação*. Utilizamos também a obra de Victor Bott: *Medicina Antroposófica: uma ampliação da Arte de curar* (dois volumes) e de Rudolf Lanz: *Antroposofia, ciência Espiritual Moderna: Rudolf Steiner e a constituição da sociedade antroposófica universal*. As referências completas desses títulos estão no final do texto.

contemporânea, que podem ser originárias de culturas antigas, pré-modernas e modernas e, em certos casos, não-ocidentais.²

É o caso da medicina chinesa, presente em nosso meio cultural através de práticas terapêuticas, de diagnose e de promoção da saúde, conhecida comumente como medicina tradicional chinesa, ou medicina chinesa contemporânea (acupuntura, massagens, fitoterapia, exercícios ou artes marciais, e práticas de cura baseadas em emissão ou revigoramento do *chi*), que deriva suas bases de conhecimento da cultura clássica chinesa, quer podem remontar a cerca de três mil anos a.C.

É também o caso da ayurveda, mais conhecida entre nós como medicina ayurvédica, cujas raízes remontam a mais de cinco mil anos a.C. Apesar das adaptações ao meio cultural ocidental, nos saberes e nas práticas, consideradas por muitos profissionais como distorções, esses sistemas médicos apresentam parâmetros inegáveis de comparação paradigmática com a medicina ocidental, e com racionalidades ocidentais modernas não-convencionais, como a homeopatia e a medicina antroposófica, tendo-se introduzido recentemente nos serviços públicos de saúde, em trajetória de legitimação institucional internacional (Barros; Sielgel; Simoni, 2007). A nosso ver, esses sistemas têm em comum sobretudo duas características paradigmáticas principais:

- a) O *holismo*, como traço cosmológico estrutural presente em todas as dimensões da racionalidade desses sistemas médicos, através do qual se afirma que o *microcosmo como um todo* (todos os seres vivos considerados em sua totalidade individual, inclusive os seres humanos) manifesta, em sua constituição e funcionamento,

² As medicinas tradicionais indígenas ou as *etnomedicinas* (termo mais geral para designar sistemas de cura típicos de culturas pré-modernas) não fazem parte do objeto deste conjunto de estudos por não se situarem no parâmetro do tipo ideal *racionalidades médicas*. Isto é, não são sistemas de proposições teóricas e empíricas coerentemente estruturadas nas cinco dimensões, que buscam comprovação ou descrição na racionalidade científica. São basicamente *sistemas de cura* centrados em conjuntos de representações sociais e símbolos culturais, geralmente expressando cosmogonias das culturas de que são parte, e voltados para práticas de intervenção curativa nas quais está presente, muitas vezes, a magia. Não possuem sistematizadas em forma de proposições pelo menos quatro das cinco dimensões operativas que definem uma racionalidade médica (morfologia, dinâmica vital, sistema diagnóstico e sistema terapêutico).

o *macrocosmo*, isto é, a complexa ordem presente no universo e sua harmonia. Deste ponto de vista, adoecer, em última instância, nada mais é do que entrar em descontinuidade com esta harmonia, em função de fatores externos ou internos ao próprio ser vivo. É preciso ressaltar que a medicina ocidental hipocrática partilhava esse paradigma. É a modernidade científica que rompe com ele no século XVII, quando começa o avanço da medicina como teoria das doenças (Luz, 1988).

- b) O *vitalismo*, que terá também consequências fundamentais nas dimensões estratégicas das racionalidades (dinâmica vital, diagnose, terapêutica), através do qual se estabelece que a vida nos seres vivos é antes de tudo *movimento*, *mudança constante*, e que a morte é a cessação deste movimento no plano físico.³ O adoecimento, neste caso, nada mais é que o bloqueio ou a aceleração desmesurada deste movimento, com consequente perda de ritmo da vida no ser vivo. Ou, se preferirmos, é uma perda de ritmo na ordem da vida. *Diagnosticar*, conseqüentemente, é detectar as *origens* (portanto, não as *causas*) e formas destas disritmias, e *tratar* é recolocar a totalidade envolvida na disritmia no processo harmônico da ordem vital. Evidentemente, neste caso a *fisiologia* (movimento do ser vivo percebido como totalidade) precede em importância a *morfologia* ou, se preferirmos os termos ocidentais, a *anatomia*, frequentemente examinada em busca de lesões, nos seres humanos, pela medicina científica contemporânea, a partir de partes/unidades específicas cada vez menores. Holismo e vitalismo formam, assim, uma unidade tanto perceptiva como operativa (morfologia, dinâmica vital, diagnose e terapêutica) nas racionalidades médicas que partilham o paradigma do fluir da vida, onipresente nos seres vivos, que

³ Frequentemente, os sistemas vitalistas referem a existência de mais de uma dimensão configurando a densidade da morfologia humana. É o caso da ayurveda, da medicina chinesa e da homeopatia. Poder-se-ia falar, metaforicamente, em vários “corpos”; neste caso, portanto, de uma irredutibilidade ao físico.

reproduz, segundo sua cosmologia, o movimento do cosmo (ou da *natureza*, em termos ocidentais modernos): medicina chinesa, ayurvédica, homeopática, e também a antroposófica, como veremos a seguir.

- c) Esta dupla característica paradigmática terá como consequências, na prática clínica, *traços estruturais* que fundamentam a prática dos profissionais das medicinas vitalistas:
- 1) O *objetivo* prioritário da intervenção diagnóstica e terapêutica é a busca de um novo equilíbrio do doente; a identificação de uma patologia física e seu combate torna-se, assim, um ponto de partida para o conhecimento mais amplo do paciente.
 - 2) O *objeto* da intervenção é o sujeito humano visto como totalidade complexa, pluridimensional (física, vital, emocional, mental e, ou espiritual), diferentemente da biomedicina, ou medicina ocidental contemporânea, em que o objeto central da intervenção é uma lesão orgânica (física, geralmente) que deve ser reduzida ou eliminada, restaurando parâmetros de normalidade de funcionamento do organismo. Neste sentido, trata-se de *medicinas da pessoa* (do sujeito adoecido) e não de *medicinas das doenças*. A homeopatia, a medicina chinesa e a ayurvédica têm em comum esses traços estruturais. É também o caso da medicina antroposófica, como descreveremos aqui, após análise deste sistema médico, que tem como suas características específicas ser *ocidental e contemporâneo*.
 - 3) A *irreversibilidade da totalidade do sujeito doente a partes*: outro traço estrutural específico dessas racionalidades, nas quais se inclui a medicina antroposófica, é a concepção do sujeito humano que é objeto de intervenção da medicina como uma totalidade *pluridimensional contínua* (sem dualidades como corpo e mente, por exemplo), incluindo-se nesta estrutura uma dimensão orgânica (física ou material), uma dimensão emocional (psíquica, relativa a sentimentos, emoções, atitudes) e uma dimensão superior dita *mental*

e, às vezes, *espiritual*, pois não se reduz ao universo dos pensamentos, com frequência “direcionando” às duas outras dimensões nos processos de saúde e adoecimento.

- 4) Como consequência, a *recuperação da saúde* da pessoa, ou sua *expansão*, vista como recuperação ou equilíbrio da vitalidade, torna-se o objetivo máximo da intervenção médica, sendo o *combate a patologias* um elemento epistemológico estranho a essas racionalidades, embora não se negue a existência de *enfermidades, ou patologias*, e sua classificação. Nesse contexto, a relação entre terapeuta e paciente tem papel estratégico no processo da intervenção médica e seu sucesso – ou fracasso. A interação entre os dois polos da relação tem que ser profunda, ou ir se aprofundando, envolvendo confiança crescente para que o processo denominado socialmente *tratamento* chegue a bom termo.

Entretanto, essas dimensões operam em continuidade profundamente imbricada, sendo sua percepção individualizada possível apenas no plano analítico. Deve ser assinalado, de todo modo, que um eixo espiritual, irreduzível à organização da matéria, às vezes assimilado à própria energia ou fluxo vital, ou “chi”, é parte fundamental da apreensão do ser humano a ser diagnosticado ou tratado. O profissional praticante dessas racionalidades tem que desenvolver habilidades perceptivas dessa totalidade que se manifesta como uma dimensão, mas a ela não se reduz, além de aprender a distinguir os processos de mútua influência das dimensões, tanto no processo de adoecimento, quanto no restabelecimento da saúde, isto é, no processo de cura, através do tratamento.

Deste ponto de vista, não pode haver, nessas medicinas, a atuação de um sujeito (o médico) que observa um objeto (o paciente), característica da pesquisa médica e científica clássicas, superada pela física e a filosofia das ciências no início do século XX, mas ainda presente em algumas disciplinas das biociências, sobretudo em especialidades da medicina. O médico ou terapeuta das racionalidades médicas vitalistas necessita desenvolver uma percepção interativa com o sujeito em tratamento, não apenas modificando ou reorganizando a ordem

vital do sujeito, como sendo ele mesmo muitas vezes modificado no *processo do tratamento*. A dimensão *terapêutica* tem, assim, papel tão ou mais estratégico nessas racionalidades quanto a dimensão *diagnose* para o sucesso da *intervenção médica*.

É importante ressaltar que este traço específico, assim como os anteriores descritos, é típico das racionalidades médicas *vitalistas*, ou *holistas*.⁴ Deve ficar claro que com esta afirmação não estabelecemos *qualquer juízo de valor*, seja de natureza ética (mais ou menos eficaz), política (mais “humana”, por atender ao princípio da integralidade) ou epistemológica (mais coerente com a totalidade humana, ou mais “verdadeira”) que a biomedicina, ou medicina ocidental contemporânea.

Nada mais estranho ao estudo comparativo dos sistemas médicos complexos como racionalidades do que a hierarquização dos saberes – ou práticas – característicos desses sistemas. Nossos estudos visam apenas a estabelecer *que há mais de uma racionalidade em medicina presente na cultura contemporânea*; as valorações decorrem da competição dos saberes/práticas na sociedade. Esta é uma situação social, a ser examinada, como tantas outras, *pela análise sociológica*, e não por julgamento avaliativo. Este é estabelecido pelos praticantes – e clientes – das medicinas, em função de suas experiências e preferências, além das Agências de Política de Saúde, sejam elas nacionais ou internacionais (OPAS, 1990). Entretanto, não ignoramos que o simples fato de demonstrar a existência da pluralidade de racionalidades em medicina cria tensões com a medicina científica, que se apresenta como única portadora de “objetividade” (verdade), por ser embasada no saber científico. Mas para nós também este é um fato social, a ser passado pelo crivo da análise e da interpretação sociológicas.

O conceito de racionalidade médica, tipo ideal analítico de sistemas médicos comparados

O *tipo ideal* é o instrumento conceitual estratégico da sociologia weberiana, mais conhecidamente aplicado à construção da categoria

⁴ Deve-se observar que também nas *práticas de saúde*, ou em terapias alternativas ou complementares, essas características vitalistas ou holistas podem estar presentes, como na *yoga* ou no *tai chi chuan*.

analítica *capitalismo* em sua obra clássica *A Ética protestante e o espírito do capitalismo* (ver capítulos I e 2), e posteriormente em outras obras, concernindo a tipologia da ação social, a burocracia e as religiões, principalmente em perspectiva comparativa (Weber, 2004).

A percepção histórico-social e a análise sócio-histórica comparativa de racionalidades estão presentes nos vários tipos ideais de Weber, inclusive na sua teoria da ação social. O único limite de significação à perspectiva da racionalidade como parâmetro da ação humana, como ação social, na concepção teórica de Weber é posto pela *ética*, na medida em que ela é o fundamento último dos valores, os quais impelem os sujeitos à ação social, e as escolhas dos valores buscam a ordem da racionalidade, mas não a obedecem necessariamente.

Um tipo ideal é, assim, como afirmamos em capítulos anteriores, uma construção conceitual que descreve e interpreta um conjunto de fenômenos observáveis, de acordo com um modelo previamente definido, assinalado como portador de características empíricas ou traços teóricos localizáveis em intensidade variável no objeto em estudo, ou no conjunto de fatos enquadráveis pelo conceito. A comparação dos traços teóricos, previamente definidos na construção do “tipo ideal”, com realidades empíricas particulares específicas é que estabelece se, sim ou não, se está diante de características empíricas ou teóricas enquadráveis no conceito. Max Weber construiu os tipos ideais *indutivamente*, como contribuição teórica para o campo das ciências humanas, especificamente para a área da sociologia histórica, visando a explicação de fenômenos culturais e sociais de seu tempo, como o desenvolvimento da estrutura capitalista.

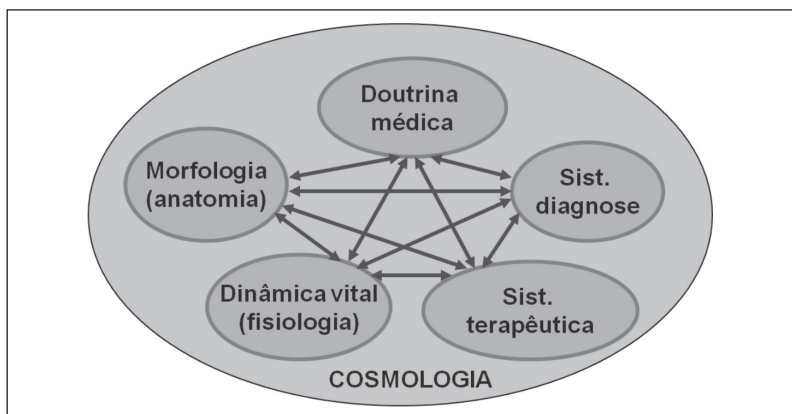
O tipo ideal se aplica com grande pertinência teórica ao campo das ciências sociais e humanas, inclusive no subcampo da Saúde Coletiva, descrevendo e interpretando fenômenos relativos ao terreno da vida, saúde e doença, que implicam o desenvolvimento da cultura. É esta ferramenta analítica que nos possibilita a comparação de distintos sistemas médicos, como a medicina antropológica, com outros sistemas operando na sociedade contemporânea.

O tipo ideal Racionalidade Médica e a Medicina Antroposófica**Quadro classificatório das racionalidades médicas de acordo com as dimensões ideal-típicas estruturais**

RACIONALIDADES MÉDICAS	Cosmologia	Doutrina médica	Morfologia	Dinâmica vital (Fisiologia)	Sistema diagnóstico	Sistema terapêutico
MEDICINA OCIDENTAL CONTEMPORÂNEA	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
MEDICINA HOMEOPÁTICA	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
MEDICINA TRADICIONAL CHINESA	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção
MEDICINA AYURVÉICA	Traços fundamentais	Traços básicos	Aspectos principais	Aspectos principais	Aspectos principais	Formas principais de intervenção

Conforme pode ser visto na ilustração da página anterior, a comparação dos sistemas complexos, é possível pela presença das seis *dimensões idealtípicas*, com seus traços específicos estruturais. Ficavam fora do nosso âmbito de pesquisa, portanto, as chamadas “terapias alternativas”, ou práticas terapêuticas em geral⁵. Desde então, dezenas de subprojetos têm sido desenvolvidos, em Saúde Coletiva, como dissertações ou teses de doutorado, tematizando as racionalidades médicas, e ocupando um espaço acadêmico antes inexistente. A carência de estudos na área, bem como a demanda reprimida dos mesmos, acabou firmando-a no campo das ciências sociais em saúde, como a área dos estudos em “racionalidades médicas”. A contribuição do conceito *tipo ideal*, ou categoria analítica, racionalidades médicas, é efetiva para os estudos no campo da Saúde Coletiva, como afirmamos anteriormente, tanto no plano teórico, como no plano prático (ver capítulo 1). A categoria, com suas cinco dimensões operativas, mais a dimensão que a embasa, isto é a *cosmologia*, pode ser visualizada abaixo conforme a ilustração de Tesser.⁶

Tipo ideal weberiano com cinco dimensões coerentes e estruturadas, permeadas por uma sexta dimensão subjacente ou explícita



⁵ A partir de 1998, outra área temática de estudos acrescentou-se ao Grupo Racionalidades Médicas, sob o título “Práticas de Saúde”, passando o grupo a intitular-se Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde.

⁶ Prof. Dr. Charles Dalcanale Tesser, membro do Grupo Racionalidades Médicas; ilustração criada em dezembro de 2010.

Medicina antroposófica, uma racionalidade médica: as seis dimensões⁷

A cosmologia na medicina antroposófica

Neste segmento descreveremos, de forma breve e sintética, os princípios norteadores da cosmologia efetivamente presentes *na medicina antroposófica*. Os princípios descritos para a Antroposofia como saber filosófico implicam, é claro, na *aplicação desta filosofia* ao saber médico, mas aqui temos que levar em consideração as *especificidades* relativas às dimensões operativas (doutrina médica, morfologia humana, dinâmica vital humana, diagnose e terapêutica) da *medicina*, por isso é necessário distinguir uma da outra.

Como foi assinalado no primeiro segmento deste capítulo, a Medicina Antroposófica partilha, com outras racionalidades médicas estudadas, características paradigmáticas que valem a pena ser reassinaladas, entre as quais o *holismo* e o *vitalismo*. Por estas concepções, o homem manifesta o universo em sua estrutura morfológica e em seu dinamismo vital. Em outras palavras, o ser humano é um *microcosmo vivo*, atuante, inserido em uma totalidade mais ampla, juntamente com os outros seres humanos, os animais e os vegetais, e a natureza em geral. Não cabe, neste contexto de representação, pensar o indivíduo objeto de intervenção médica como um ser isolado, como um átomo solto no ambiente natural, familiar, social, mesmo espiritual. Este indivíduo é uma *totalidade complexa* interativa, inserido em um meio indissociável em suas várias dimensões, embora tenha uma especificidade singular de *pessoa*, que o afirma e distingue como um *todo único, pluridimensional*.

⁷ A descrição sintética das seis dimensões da medicina antroposófica não teria sido possível sem a colaboração da Dra. Maria do Carmo Conte Vale, médica antroposófica, mestre em Ciências Religiosas pela UFJF (Vale, 2001), professora e médica voluntária do HU da mesma universidade. Em dois períodos intensivos de quatro dias (novembro de 2010 e fevereiro de 2011), com média de oito horas diárias de trabalhos, elaboramos os resumos de cada uma das cinco dimensões operativas da racionalidade médica antroposófica. Sem este trabalho conjunto não teria conseguido, em função do curto prazo de execução do projeto, assimilar o volume de informações que recebia, através das leituras dos clássicos, quanto mais sintetizar e elaborar os quadros resumos. Apesar de todo o cuidado que tivemos, incorreções, inexactidões e ausências estarão certamente presentes nesta síntese, podendo ser corrigidas, visando à futura edição do trabalho.

Essas características estão presentes na medicina antroposófica a partir de sua concepção da Natureza como uma totalidade multifacetada, cujas eras de evolução deram progressivamente nascimento a cada uma das facetas do humano, conforme a teoria de Rudolf Steiner (1861-1925). Desta forma, par e passo com a evolução da Terra, o homem foi-se estruturando em um processo de densificação e impregnação material. A cosmogênese antroposófica considera que a natureza como um todo, e com ela o próprio homem, começa sua evolução numa dimensão calórica à qual se segue o aparecimento dos gases, dos fluidos e, finalmente, dos corpos sólidos. Paralelamente a cada uma dessas etapas, o homem dá início ao que a medicina antroposófica hoje denomina de *corpo físico* (dimensão anatômica), *corpo etérico* (dimensão fisiológica), *corpo astral* (bases das percepções sensoriais e das reações com simpatia ou antipatia) e do *Eu* (essência humana ligada à possibilidade de autogoverno e à identidade do ser). Trata-se de uma abordagem que descreve a formação da matéria, e do próprio corpo, como resultante de um processo de densificação de forças que, em sua origem, era de caráter espiritual. Isso terá, na medicina antroposófica, implicações específicas tanto na *morfologia*, como na *dinâmica vital*, na *diagnose* e na *terapêutica*.

A relação de correspondência macrocosmo/microcosmo, natureza/ser humano se desdobra em uma analogia que remonta à própria medicina hipocrática (Frias, 2004): a presença dos quatro elementos básicos da natureza⁸ – terra, água, ar e fogo – nos quatro corpos que constituem a entidade humana. O corpo físico estaria mais diretamente ligado ao elemento terra, mais sólido e denso; o corpo etérico ao elemento água, sendo de caráter menos denso; o corpo astral, relacionado ao elemento ar, ainda menos denso, e o de organização do Eu, ligado ao elemento fogo, o menos denso e mais polarizado em relação à matéria. Cada um desses corpos se liga a um conjunto estratégico de órgãos e funções, relacionados com sentimentos e emoções (funções psíquicas), tendo cada qual sua dinâmica de

⁸ Segundo Frias (2004), na doutrina médica de Hipócrates, os quatro elementos se associam aos quatro humores ou fluidos corporais: sangue (ar), fleugma (água), bile negra (terra) e bile amarela (fogo).

funcionamento, que necessita operar em contínua harmonia com a dos outros, evitando disritmias que levam ao adoecimento.

Desta conexão entre corpos, órgãos, sistemas e funções psíquicas, surge o estudo antroposófico dos temperamentos. Numa compreensão também tributária de Hipócrates, pai da medicina ocidental, pode-se identificar, através de características físicas e psíquicas dos indivíduos, mais salientes na segunda infância, a predominância de um dos quatro elementos em sua constituição, o que lhe concede uma qualidade especial, como um *tempero* em sua individualidade. De acordo com esta predominância, a cada indivíduo pode ser atribuído um *temperamento*: melancólico (terra, corpo físico), fleugmático (água, corpo etérico), sanguíneo (ar, corpo astral) e colérico (fogo, organização do Eu). Cada temperamento interfere nas tendências de adoecimento e potenciais curativos individuais. Deste modo, duas dimensões operativas da racionalidade médica antroposófica são claramente derivadas da cosmogonia antroposófica: a *morfologia* e a *dinâmica vital*. Consequência prática: essas dimensões orientam a diagnose e a terapêutica, ficando assim todo o sistema estreitamente correlacionado a sua cosmologia, como acontece nos sistemas médicos tradicionais.

A evolução filogenética planetária descrita acima tem um objetivo principal: desenvolver a liberdade humana. Até a presente fase evolutiva, a liberdade é uma força ainda não presente no universo, e seres espirituais primordiais, arquetípicos, cuja existência precede cronologicamente a dos seres materiais, outorgaram a uma nova classe de seres a tarefa de conquistá-la. Esses seres foram criados a partir de dons particulares que outras classes (ou *hierarquias*, para usarmos os termos de Steiner) lhe concederam. Eles têm o desafio de encarnar no mundo material e tentar estabelecer de forma livre, consciente, a relação entre o físico e o espiritual. Falamos, evidentemente, dos seres humanos.

O nascimento da *liberdade* se dá mediante a condição de se fazer escolhas responsáveis, numa integração equilibrada entre vontade, sentimento e pensamento. E isso só está sendo possível na atual fase da evolução do cosmos, já que a entidade humana pode finalmente contar com o quarto corpo que a constitui: a organização do Eu. Para que essa integração se realize, entretanto, os seres humanos estão sujeitos a tendências instáveis no cosmos, cujo desequilíbrio têm de superar.

Essas tendências são representadas por seres espirituais que “ajudam” o ser humano, tornando seu caminho mais difícil, mas ao mesmo tempo lhes permitindo desenvolver ferramentas (como os sentidos) que podem conectar o espiritual ao material. Para referir-se a estes seres que geram obstáculos à liberdade, Steiner usa principalmente os termos *Lucifer* e *Ahriman*.

Os seres luciféricos atraem os seres humanos para a manutenção de uma relação arcaica com o espiritual, desprezando o material, e buscando uma relação inconsciente com o suprassensível. Por sua vez, os seres ahrimânicos atraem os humanos para um esquecimento do espiritual e uma entrega total ao físico. Intermediando essas tendências de influência espiritual, buscando o equilíbrio inteligente dessas forças, há a presença de Michael, cujo papel “iluminista” entre os homens lembra o de Apolo, na mitologia grega.

Ainda no plano da formação da *morfologia* do ser humano (plano da ontogênese), é necessário destacar, como aspecto estruturante desta configuração, os períodos ou fases em que esses corpos atuam imbricados entre si, e em função da prontidão e do crescimento físico eles se liberam e se manifestam nas mudanças de comportamento que ocorrem entre infância e vida adulta. O nascimento do corpo físico se dá pela separação do corpo da mãe, por haver autossuficiência anatômico-funcional, e pode ser considerado o “momento zero” do começo da evolução biográfica. O nascimento do corpo etérico, aos sete anos de idade, se mostra na capacidade de formação de pensamentos abstratos. O nascimento do corpo astral, aos 14 anos, faz a criança acordar para a sexualidade e para o interesse em se projetar na direção do mundo exterior. O nascimento do Eu, aos 21 anos, confere caráter de responsabilidade ao ser perante os outros seres humanos. A partir desta idade termina o desenvolvimento físico e começa o *desenvolvimento anímico*.

É necessário, ressaltar, entretanto, que essas configurações progressivas supõem *um ritmo específico de funcionamento* (dinâmica vital) próprio de cada fase, que é necessário respeitar, no interesse da conservação da saúde e do desenvolvimento harmonioso do ser. Esses períodos de evolução/ amadurecimento morfológico são denominados *setênios* na medicina antroposófica, e estão ligados a uma dinâmica

temporal do ser humano. Há também uma dinâmica *espacial*, que participa igualmente dessa evolução, através de sua organização calórica, gasosa, fluida e sólida.

Analogamente às concepções da medicina chinesa e da medicina ayurvédica, a cosmologia da medicina antroposófica supõe, na constituição morfológica humana, a presença de *três planos contínuos*: a) o corporal, ligado aos elementos que compõem o cosmos (terra, água, ar, fogo) e organizam a configuração e o funcionamento do organismo material humano, com seus órgãos cardinais estratégicos (pulmões, fígado, rins e coração) funcionando em ritmos específicos, voltados para a harmonização da energia ou ritmo vital; b) o anímico ou plano dos sentimentos, das emoções e das relações do ser humano com seu meio interno e externo, *indissociável do plano da forma* (dos órgãos), pois atua em interação sinérgica com o mesmo; e c) o espiritual, o plano dos pensamentos, ideias e conceitos, voltado para a dimensão mais sutil e elevada do ser humano, *sua autoconsciência*, que não pode se desligar dos outros dois planos para garantir seu funcionamento equilibrado, sem descontinuidade no fluxo vital.

Finalmente, o movimento do Sol, da Lua e dos cinco planetas que são visíveis a olho nu (Saturno, Júpiter, Vênus, Marte e Mercúrio) são considerados como tendo papel importante na estruturação humana e nos seus ritmos, e na própria configuração orgânica do ser humano, “plasmando” os órgãos “cardinais” (pulmões, fígado, rins, coração) e também exercendo, através de seu movimento e posição no céu zodiacal, papel importante no desenvolvimento biográfico humano, sobretudo nos *setênios* mencionados.

Em conclusão, podemos afirmar que, similarmente à racionalidade médica chinesa e à ayurvédica, a medicina antroposófica tem, em sua cosmologia, aspectos de *cosmogonia*, isto é, de geração das dimensões *morfologia e dinâmica vital* dos seres humanos – e dos seres vivos em geral – a partir dos elementos básicos que compõem a Terra: terra, água, ar, fogo, do mais denso ao menos denso. Na cosmogonia da medicina chinesa, temos o elemento *metal*, e na ayurvédica temos o elemento *éter* como diferenciais em relação à medicina antroposófica, mas ambas as medicinas têm o mesmo propósito cosmológico. O

raciocínio que efetiva este tipo de geração é *analógico*, não analítico, como no caso das disciplinas científicas. *Analogia e metáforas* são características das medicinas tradicionais, sejam elas orientais ou ocidentais. Elas indicam a existência de outra lógica, e de outro sistema discursivo de enunciações (outra *linguagem*) relativas ao saber e à prática médica, distintos do sistema discursivo analítico da medicina ocidental contemporânea. Embora tanto as metáforas como as analogias possam estar presentes em proposições teóricas e conceituais de disciplinas avançadas da ciência moderna, como a física e a astrofísica, as metáforas e as analogias estão sempre a serviço da lógica científica analítica. Tanto o raciocínio analógico como as metáforas servem para dar melhor “descrição” da teoria, sobretudo se esta é inovadora, não encontrando ainda termos que possam exprimi-la no vocabulário científico. Isso não sucede nas medicinas tradicionais, antigas ou modernas: aqui as analogias e as metáforas são o modo específico de estruturar, no discurso, séries de correspondências entre macrocosmo e microcosmo.

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica segundo suas dimensões ideal-típicas: a cosmologia

Princípios cosmológicos estruturantes presentes na Medicina Antroposófica

- 1) **Holismo:** o microcosmo – humano – manifesta a evolução do macrocosmo;
- 2) **Vitalismo:** os seres dos quatro reinos da natureza são percorridos contínua e ritmicamente por forças vitais (sensoriais e suprassensoriais) que os movimentam, sendo irredutíveis a formas puramente físicas ou a configurações biomecânicas;
- 3) **Espiritualismo: a dimensão espiritual** é constitutiva do humano, como do cosmo; o conhecimento do mesmo não se esgota nos sentidos físicos, na emoção ou na razão;
- 4) **As configurações sistêmicas e os períodos vitais ou fases humanas (setênios)** reproduzem fases evolutivas da natureza em sua morfologia e dinâmica vital.
- 5) **Os sete astros**, com sua marcha celeste evolutiva, influenciam nos processos vitais humanos (**morfologia, fisiologia**) e nas fases de sua existência (**setênios**).

A doutrina médica antroposófica

Inicialmente, deve ser assinalado o que na categoria *racionalidades médicas* define esta dimensão. Entende-se por doutrina médica o conjunto de concepções e proposições de cada sistema definindo o que é saúde (ou estar saudável); o que é doença (ou estar doente); o que é tratamento; o que é tratável – e o que não é; o que é curável (ou recuperável, ou normalizável) e o que não é. Não se trata da definição do *como intervir* (tarefa do sistema de intervenção terapêutica), ou da definição de *quais as enfermidades*, patologias ou transtornos presentes nos pacientes (tarefa do sistema diagnóstico).

Deve ser assinalado também que tais definições variam muito em função do sistema médico ser ou não ser vitalista ou holista. Em princípio a saúde, nesses sistemas – e aqui incluímos a medicina antroposófica –, está intimamente ligada ao equilíbrio ou harmonia da vitalidade, sendo resultante do funcionamento integrado das dimensões que compõem a pessoa humana. O ritmo harmônico de funcionamento das distintas dimensões no interior do ser o define como saudável. Neste contexto de concepção e representação, a doença, entendida como patologia orgânica, aparece como *consequência, não como causa da perda da saúde*: o adoecimento é fruto de desequilíbrio ou desarmonia de ritmos e funções nos órgãos, ou nas dimensões supraorgânicas, ou entre as mesmas – portanto, é antes de tudo a consequência de *disritmias*, ou discinesias no movimento vital do indivíduo. A doença, como manifestação de patologia física, assinala a fase final de um processo de desequilíbrio iniciado anteriormente em outros planos, por vezes desde fases iniciais da biografia do sujeito.

Para a medicina antroposófica, a saúde é o resultado da sintonia harmoniosa entre os elementos básicos de estruturação humana, que inclui: a) a trimembração (que reúne corpo, alma e espírito, e suas respectivas áreas de ação dentro da corporalidade; sistema neuro-sensorial, sistema rítmico, e sistema metabólico-motor), e b) a quadrimembração (resultante da estrutura organizada da hierarquia dos quatro corpos já mencionados: físico, etérico, astral e Eu) .

A doença, seja um simples transtorno emocional ou funcional, seja uma patologia orgânica com suas diferentes gradações em extensão e profundidade, é fruto da discinesia no funcionamento, na interação

ou na continuidade desses elementos que estruturam a morfologia e a fisiologia humanas, manifesta seja no interior da pessoa, seja em sua relação com o meio ambiente, em sua múltipla dimensionalidade.

Tratar, para a medicina antroposófica, é buscar a recuperação da sintonia rítmica desta complexa totalidade no indivíduo, procurando a permanência do equilíbrio do todo, mesmo com instabilidade, isto é, *manter sua vitalidade*. Este ponto da doutrina médica é partilhado pela antroposofia com a homeopatia, a medicina chinesa e a ayurvédica.⁹

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica segundo suas dimensões ideal-típicas: doutrina médica

DOUTRINA MÉDICA:

1. **Saúde** é o resultado de sintonia rítmica harmoniosa entre os elementos básicos constitutivos da estrutura humana.
2. **Doença** é fruto da discinesia no funcionamento ou interação destes elementos entre si e com o meio.
3. **Tratar** é recuperar a sintonia neste funcionamento.
4. **Conjuntos básicos da estrutura humana que são objeto da intervenção médica:**
 - **Trimembração**
 - a) corpo/alma/espírito – plano da organização da complexidade da *forma humana* que se divide em Sistemas: Neuro-Sensorial, Rítmico e Metabólico Motor
 - **Quadrimembração – estrutura das forças que formam o corpo e se manifestam através do comportamento humano**
 - a) corpo físico
 - b) corpo etérico
 - c) corpo astral
 - d) organização do Eu

A morfologia humana na medicina antroposófica

O traço básico que deve ser ressaltado na morfologia humana antroposófica é sua *complexidade*, pela inclusão de vários níveis de

⁹ Outros pontos comuns aos paradigmas vitalistas, aplicáveis tanto à doutrina médica, quanto à diagnose e à terapêutica estão descritos no início deste capítulo.

organização dos sistemas e dimensões que a compõem, com suas complexas funções *indissociáveis* da dinâmica vital (“fisiologia”).

1) O primeiro desses níveis, o mais básico, por assim dizer, é a *trimembração* constitutiva do ser humano em sua forma mais genérica. Este nível se divide em três planos (donde deriva a denominação), cada qual com suas funções:

- o *plano corporal* de organização,¹⁰ que caracteriza o aspecto material do ser humano, que o relaciona diretamente com o mundo material. A digestão, a absorção, incorporação e excreção de alimentos. Inclui os órgãos mais ligados às funções metabólicas e de sustentação de estrutura física do homem (baixo);
- o *plano anímico* (ou emocional), dimensão mais sutil da morfologia, à vida relacional, à vivência das emoções, à percepção interna do nível relacional no registro neurosensorial, também denominada “alma” (*anima*), sem ter, no entanto, a conotação deste termo no campo religioso, ou mesmo no senso comum. No campo relacional, é neste nível que se registra a “antipatia”, ou “simpatia” entre os indivíduos, ao estilo das afinidades (ou não afinidades) mencionadas por Goethe. No plano orgânico (*morfodinâmico*) está ligado ao funcionamento do tórax com seus dois órgãos principais (pulmão e coração) que são o centro do sistema rítmico (meio);
- o plano espiritual, que caracteriza a individualidade da pessoa enquanto ser *auto-consciente*, e que é um plano ainda menos denso que o anímico. Ele pode ser visto tanto na Homeopatia, na Medicina Chinesa, ou na Ayurvédica, como “espírito” ou ‘mente’. Este plano organiza a vida consciente, psíquica e

¹⁰ A proposta de Steiner de apresentar o morfológico, a dimensão corpórea do humano em três sistemas, não é de divisão anatômica. Não se trata de partes do corpo, mas modos de funcionamento (forças formativas) que predominam em determinados órgãos. O morfológico na essência é morfofuncional, é metamórfico. Nos cursos médicos, Steiner insiste bastante neste ponto: “A questão aqui não é distinguir entre sistemas orgânicos separados, mas reconhecer o aspecto qualitativo que permeia e está ativo em órgãos específicos” (Steiner, *The healing process*, 2000).

social do indivíduo, com seus valores éticos, assegurando uma “ecologia” interna e externa do ser humano. Anatomicamente são funções que tem seu fundamento físico predominante na região da cabeça e do sistema sensorial e nervoso – “sistema neuro-sensorial” (alto).

É necessário reassignar, como observamos na dimensão da *cosmologia*, que esses três planos de organização são fruto de evolução planetária, cada dimensão marcando uma etapa evolucionária hierárquica nas espécies (incluindo a humana) e no planeta Terra.

2) *A quadrimembração*: tipologia particularmente ligada aos corpos mais básicos, que se envolvem entre si para a formação da trimembração. Deste modo, na morfologia evolutiva do corpo, podemos destacar, em sua formação quaternária: corpo físico, dimensão espacial do homem, submetida a leis físicas e reações químicas; corpo etérico, dimensão funcional, onde a vida atua como um campo de força, fomentando as ações fisiológicas; corpo astral, onde há surgimento da consciência, da motricidade, da sensorialidade e da capacidade de reação aos estímulos exteriores. Simultaneamente, ocorre aqui a formação dos órgãos relacionados com essas funções. Finalmente o Eu, essência humana responsável pelo processo de autoconsciência e de identificação do ser: a) o corpo físico e corpo etérico misturam-se na dimensão corporal do homem (CORPO); b) o corpo etérico (vital) e corpo astral (emocional) se misturam na formação da alma (ALMA); e c) o corpo astral e Eu se misturam na dimensão espiritual do homem (espírito).

Quadrimembração e trimembração estão intimamente relacionadas e se apresentam como possibilidades de leitura da complexidade humana. Os órgãos vitais (baço, fígado, vesícula biliar, coração, rins, pulmões e órgãos genitais) encontram correspondência com os astros acima mencionados: Saturno, Júpiter, Marte, Sol, Vênus, Mercúrio e Lua, respectivamente. Assim, um conjunto de correspondências estabelece ligações entre os diversos planos de organização da morfologia humana, os elementos terrestres, os pontos cardeais e os astros.

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica segundo suas dimensões ideal-típicas: morfologia humana

MORFOLOGIA HUMANA

1. A Trimembração

- Sistema neuro-sensorial (cabeça)
- Sistema rítmico (tórax)
- Sistema metabólico-locomotor (abdômen e membros)

2. A Quadrimembração

- corpo físico (pulmão)
- corpo etérico (fígado),
- corpo astral (rins)
- Eu (coração)

A dinâmica vital humana (fisiologia e fisiopatologia)

A Lei da polaridade

Por esta lei se estabelece que, para a medicina antroposófica, a dinâmica vital humana opera no organismo humano em constante ritmo polar (concentração/expansão), do “alto para o baixo” (polo cefálico) e do “baixo para o alto” (polo abdominal), como se no movimento de uma lemniscata (“8”). Do alto para o baixo, as forças dinâmicas são centrípetas; e do baixo para o alto, as forças são centrífugas, mas ambas atuam continuamente ritmadas.

A mediação ou equilíbrio do movimento das forças de contração e expansão é assegurada pelo sistema rítmico, situado, em termos de imagem, no meio do “8”. O adoecimento resulta da desarmonia nesse funcionamento, quando há exacerbação ou, ao contrário, restrição das forças operantes nos polos mencionados, os quais estruturam, organizam e mantêm em funcionamento sistemas e órgãos.

No polo cefálico estão, atuando como força centrípeta, o sistema neurossensorial e órgãos dos sentidos; do ponto de vista térmico este polo é visto como “polo frio”. No polo abdominal, atuando como força centrífuga, estão o sistema metabólico e os membros, realizando movimentos contínuos de digestão, excreção e locomoção; do ponto

de vista térmico, este polo é visto como “polo quente”. No sistema rítmico, situado na região de mediação dos dois polos, isto é, no *centro*, situa-se o estratégico sistema cardiorrespiratório, que garante a alternância rítmica contração/expansão, levando vida aos órgãos da cabeça e forma aos órgãos do abdômen.

Os sete processos de dinâmica vital

Resultam da interação das forças mencionadas, e que necessitam movimentar-se em contínua harmonia para que o estado de saúde humano seja assegurado. São os seguintes: Respiração; Aquecimento; Alimentação; Segregação; Manutenção; Crescimento; Reprodução.

O movimento oscilatório regular

Sem aceleração ou estagnação dos ritmos, que podem ser geradores de disfunções entre os *elementos constitutivos da morfologia humana*: a trimembração e a quadrimembração.

Os 12 sentidos

Além dos cinco sentidos mais convencionalmente identificados na neurofisiologia humana (tato, paladar, olfato, audição e visão), do ponto de vista antroposófico, existem mais sete: sentido vital (percepção das alterações internas do corpo), sentido da percepção dos movimentos do corpo, percepção de equilíbrio, percepção da temperatura, e também três sentidos voltados para a percepção da produção cultural humana: linguagem, pensamento e percepção do Eu do outro.

Nesta racionalidade, toda *dinâmica vital* tem como objetivo integrar o mundo interno com o externo, o microcosmo humano com o macrocosmo. Os sentidos são justamente as pontes que permitem esta integração, comunicando a dimensão anímico-espiritual individual, através da sua dimensão corpórea, com a Natureza e com os demais seres humanos.

Conclusão

A fisiologia (dinâmica vital humana) na medicina antroposófica é resultante do funcionamento ritmado e integrado dos três processos

e estruturas listados. Se o funcionamento deste complexo for demasiadamente acelerado, ou lento, ou contraído, ou expandido, haverá disfunção, em consequência de *disritmia*, remetendo à fisiopatologia, que não é objeto deste resumo.

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica segundo suas dimensões ideal-típicas: dinâmica vital

DINÂMICA VITAL (FISIOLOGIA):

1. **A Lei da Polaridade:** contínuo movimento das forças vitais, alternado e com ritmo (harmonia=saúde)
Polo Cefálico (forças centrípetas) – sistema nervoso e órgãos dos sentidos
Polo Abdominal (forças centrífugas) – sistema metabólico e membros
Sistema Rítmico (alternância das forças) – coração e pulmões
2. **O ritmo de concentração/expansão dos elementos** (fogo, ar, água, terra)
3. **Os sete processos vitais** resultantes da interação entre os três elementos acima:
 - 3.1. Respiração
 - 3.2. Aquecimento
 - 3.3. Alimentação
 - 3.4. Segregação
 - 3.5. Manutenção
 - 3.6. Crescimento
 - 3.7. Reprodução
4. **Os 12 sentidos** – Três grupos de quatro sentidos, que respondem pela apreensão da:
 - a) Percepção dos fenômenos corporais: tato, orgânico ou vida, movimento, equilíbrio;
 - b) Percepção dos fenômenos naturais: olfato, paladar, visão, sentido térmico;
 - c) Percepção dos fenômenos culturais: audição, linguagem, pensamento, Eu do outro

O sistema diagnóstico da medicina antroposófica

Em primeiro lugar, devemos ressaltar que o sistema médico antroposófico é também salutogênico, e não apenas antipatogênico, isto é, aborda a questão da *saúde*, desde sua promoção, até sua manutenção e também de sua recuperação, em caso de adoecimento. Deste modo, não é prioridade teórica ou clínica desta racionalidade médica buscar patologias isoladas no sujeito adoecido, mas traçar um quadro de suas desarmonias, em função das características de sua personalidade (temperamento, sentimentos, sociabilidade) e história biográfica, incluindo a sua história patológica progressiva. Diagnosticar, portanto, na medicina antroposófica é, antes de tudo:

- realizar exame físico e anamnese completos do indivíduo;
- demandar exames complementares laboratoriais em caso de necessidade;
- traçar os processos de desarmonia – dinâmica contração/expansão entre os sistemas constitutivos das dimensões do sujeito individual (trimembração);
- analisar os períodos de vida (setênios) do sujeito como elementos úteis na avaliação de eventos e disfunções significativos no seu processo saúde-adoecimento;
- identificar estagnação ou aceleração nos fluxos dos elementos terra, água, ar e fogo, presentes na quadrimembração do sujeito.

Os três últimos itens, entretanto, são os que mais de perto se referem à lógica da racionalidade médica antroposófica. Os dois primeiros são procedimentos técnicos ligados a uma boa prática clínica, independentemente do sistema em questão. Na biomedicina, ou medicina científica contemporânea, o exame físico completo, característica da clínica clássica, vem mesmo sendo relegado ao segundo plano, quando não totalmente excluído em favor dos exames complementares, que tendem a se tornar os enunciadores do diagnóstico.

Além disso, como na homeopatia e na ayurvédica, a narrativa do indivíduo é de grande importância para o estabelecimento de uma correta diagnose na medicina antroposófica. Técnicas de narrativa biográfica fazem parte do seu sistema diagnóstico.

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica segundo suas dimensões ideal-típicas: diagnose

SISTEMA DIAGNÓSTICO

1. **Anamnese e exame físico completo Diagnóstico de processos de desarmonia** entre os sistemas constitutivos da trimembração nos indivíduos, e suas disfunções na dinâmica contração/expansão.
2. **Exames complementares laboratoriais e de imagem.**
3. **Análise dos setênios de vida dos indivíduos** como elementos úteis na avaliação de disfunções e eventos em processos de adoecimento. Narrativa dos sujeitos.
4. **Diagnóstico de estagnação ou aceleração** nos fluxos dos elementos terra, água, ar, fogo na quadrimembração.
5. **Diagnóstico de processos de desarmonia** entre os sistemas constitutivos da trimembração nos indivíduos, e suas disfunções na dinâmica contração/expansão.

O sistema terapêutico na medicina antroposófica

A intervenção terapêutica, na medicina antroposófica, complementarmente à diagnose, visa a promoção, recuperação ou ampliação da saúde da pessoa humana, vista como uma totalidade física, emocional e espiritual. Partilha, com esta finalidade, os objetivos de intervenção terapêutica das racionalidades médicas holistas e vitalistas, já mencionadas aqui.

Deste ponto de vista, o sistema terapêutico deve operar nas três instâncias constitutivas do indivíduo: o sistema neurossensorial; o sistema rítmico e o sistema metabólico locomotor. Também deverá agir sobre a quadrimembração (corpos físico, etérico, astral e Eu), uma vez que a totalidade do sistema funciona em fluxo interativo.

Na medicina antroposófica, são variados e múltiplos os meios de intervenção. Mencionaremos abaixo os mais frequentes, a título quase que de referência sumária, dados os objetivos deste texto, que não são de escrever um tratado ou um manual de medicina antroposófica, mas de descrevê-la analiticamente como uma racionalidade médica.

Medicamentos

Esta intervenção tem papel estratégico muito importante e difundido nos tratamentos antroposóficos. Formulações mistas, com aplicações de uso via oral, externas, e também de medicamentos injetáveis, ou subcutâneas, são muito comuns na clínica antroposófica. Os tratamentos medicamentosos devem atuar “de baixo para cima”, isto é, do plano orgânico material ao plano mais sutil da pessoa. Os medicamentos são obtidos a partir da extração de elementos dos três reinos da natureza (mineral, vegetal, animal) e da complexa elaboração da farmácia antroposófica. Essas substâncias podem ser preparadas para atuarem quimicamente, mas podem também passar por um processo de diluição e dinamização que visa a despertar forças que se encontram adormecidas nas substâncias. Este princípio considera que forças sutis do organismo só podem ser acessadas através da sutilização (diluição e dinamização) da substância a ser usada como medicamento. A medicina antroposófica atribui valor medicamentoso não apenas a substâncias concentradas, mas também a substâncias fracionadas. Este processo se assemelha ao processo de preparação de medicamentos homeopáticos, mas se diferencia por estar totalmente permeado pela prática da farmácia antroposófica.

A fitoterapia

A medicação fitoterapêutica é diferente da medicação dinamizada. Seja através de chás, de pomadas, de óleos, essências, ou outras formulações fitoterapêuticas, pode acompanhar – e muitas vezes acompanha – a terapêutica farmacológica antroposófica. É um potente nível de intervenção curativa, muito forte no sistema terapêutico da medicina antroposófica.

A massagem rítmica

Com finalidades de recuperação, ou mesmo de prevenção de enfermidades, a medicina antroposófica desenvolveu uma massagem própria, denominada massagem rítmica, que atua a partir do corpo em níveis mais sutis da complexidade humana. Tem em comum com a medicina chinesa e a ayurvédica o papel terapêutico atribuído ao toque.

As terapias artísticas

Aplicam-se, em suas múltiplas formas (música, canto, arte da fala, pintura, desenho de formas, euritmia curativa, modelagem, tecelagem, teatro, narração de histórias etc) a situações variadas de enfermidades, tanto orgânicas como emocionais. Diferentemente da biomedicina, que durante séculos ignorou as artes como terapia, a antroposofia desde o início formulou seu sistema médico incluindo a prática artística como possibilidade terapêutica do ser humano. Entre essas formas, destaca-se a *euritmia curativa*, arte dos movimentos que busca expressar através do corpo as forças harmônicas provenientes do cosmo e do espírito.

As terapias pedagógicas

Destinadas à reversão de discinésias, ou disfunções entre os ritmos sistêmicos, ou mesmo a problemas orgânicos, são frequentemente associadas à pediatria, através sobretudo da ligação saúde-escola vinculada à pedagogia Waldforf, sistema antroposófico de educação. Há, entretanto, vários recursos desenvolvidos neste sentido, que não são objeto desta descrição. É importante assinalar, entretanto, que tanto as técnicas *artísticas* como as *pedagógicas* ampliam a dimensão terapêutica da medicina antroposófica no registro das humanidades (ciências humanas), registro ainda distante da racionalidade da biomedicina.

Nutrição

Consiste em receitar e (adotar) práticas alimentares que podem reverter quadros de adoecimento orgânico de maior ou menor gravidade, crônicos ou agudos, ou mesmo prevenir o surgimento de disfunções nos diversos níveis de organização dos indivíduos. A agricultura biodinâmica antroposófica tem neste item papel auxiliar à terapêutica relevante.

Práticas de meditação e exercícios retrospectivos

Importantes para a conservação e expansão da saúde, ou mesmo para reverter quadros de disritmia dos planos de organização do humano (trimembração, quadrimembração), os exercícios retrospectivos são relativos à rememoração das fases do percurso biográfico dos sujeitos, com suas ocorrências disfuncionais, eventos de disritmia ou

mesmo de adocimentos durante o transcurso dos setênios. Ambas intervenções se situam nos planos mais sutis de organização do sujeito (consciência, espírito, Eu). Apoiam-se geralmente em narrativas biográficas praticadas interna ou externamente pelos sujeitos.

Aconselhamento biográfico

A recapitulação dos eventos e processos mais importantes da própria vida em busca do sentido existencial que os conecta é o cerne do trabalho biográfico. Com o apoio de um profissional com formação específica para esta tarefa, propõe-se a desenvolver uma atitude de observação da trajetória de vida, utilizando-se de todas as chaves interpretativas antroposóficas (trimembração, quadrimembração, setênios, etc.), em busca de orientações para o planejamento de metas e tomada de decisões pessoais. Inclui-se também a possibilidade de encontro de sentido para uma situação de adocimento agudo, crônico, ou mesmo terminal.

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica segundo suas dimensões ideal-típicas: sistema terapêutico

SISTEMA TERAPÊUTICO

1. **Terapêutica:** atuante nos três níveis do humano, visando à recuperação da harmonia das pessoas em sua totalidade (física, emocional e espiritual)
2. **Opera nos três sistemas constitutivos do indivíduo** (SNR/SR/SML) e também na complexidade de seus corpos constitutivos (corpos físico, etérico, astral e Eu)
3. **Formas de Intervenção**
 - 3.1 **Medicamentos**
 - 3.2 **Fitoterapia**
 - 3.3 **Massagem rítmica**
 - 3.4 **Terapias artísticas**
 - 3.5 **Terapias pedagógicas**
 - 3.6 **Nutrição**
 - 3.7 **Exercício retrospectivos e práticas de meditação**
 - 3.8 **Aconselhamento biográfico**

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica e suas dimensões operativas

COSMOLOGIA (princípios fundamentais): 1) Holismo: o microcosmo (pluridimensional) humano – manifesta o macrocosmo; 2) Vitalismo: todos os seres dos quatro reinos da natureza são percorridos continuamente por forças vitais que os movimentam, sendo irredutíveis às formas físicas ou configurações biomecânicas; 3) Espiritualismo: a dimensão espiritual é a marca constitutiva do humano; o conhecimento do mesmo não se esgota nos sentidos ou na razão; 4) As configurações sistêmicas e os períodos vitais humanos reproduzem fases naturais evolutivas do planeta.

DOCTRINA MÉDICA	MORFOLOGIA	DINÂMICA VITAL (FISIOLOGIA)	SISTEMA DIAGNÓSTICO	SISTEMA TERAPEÚTICO
1. Saúde é o resultado de sintonia rítmica harmoniosa entre os elementos básicos constitutivos da estrutura humana.	1. Trimembração: - Sistema neuro-sensorial - Sistema rítmico - Sistema metabólico-locomotor	1. Lei da Polaridade: contínuo movimento de forças vitais, alternado com ritmo (harmonia=saúde) Polo Cefálico (forças centrípetas) – sistema nervoso e órgãos dos sentidos Polo Abdominal (forças centrífugas) – sistema metabólico e membros Sistema Rítmico (alternância das forças) – coração e pulmões	1. Anamnese e exame físico completos	1. Terapêutica: atua nos 3 níveis do humano, visando à recuperação da harmonia das pessoas em sua totalidade (física, emocional e espiritual)

<p>2. Doença é fruto da discinesia no funcionamento ou interação destes elementos entre si e com o meio.</p>	<p>2. Quadrimembração: - Quatro órgãos cardinais a) pulmão (terra) b) fígado (água) c) rins (ar) d) coração (fogo)</p>	<p>2. O ritmo de concentração dos elementos (água, terra, fogo, ar)</p>	<p>2. Exames complementares laboratoriais e de imagem</p>	<p>2. Opera nos três sistemas constitutivos do indivíduo (SNR/SR/SML) e nos 4 corpos (físico, etérico, astral e Eu)</p>
<p>3. Tratar é recuperar a sintonia neste funcionamento.</p>	<p>3. Os 12 sentidos - Três grupos de quatro, que respondem pela apreensão da corporalidade da natureza e da cultura a) Primeiro Grupo: tato, orgânico ou vida, movimento, equilíbrio; b) Segundo Grupo: olfato, paladar, visão, sentido térmico; c) Terceiro Grupo: audição, palavra ou linguagem, pensamento, sentido do Eu.</p>	<p>3. Os sete processos vitais resultantes da interação entre os três elementos acima: 3.1. Respiração 3.2. Aquecimento 3.3. Alimentação 3.4. Segregação 3.5. Manutenção 3.6. Crescimento 3.7. Reprodução</p>	<p>3. Análise dos setênios de vida dos indivíduos como elementos úteis na avaliação de disfunções e eventos em processos de adocimento.</p>	<p>3. Formas de intervenção 3.1 Medicamentos 3.2 Fitoterapia 3.3 Massagem rítmica 3.4 Terapias artísticas 3.5 Terapias pedagógicas 3.6 Nutrição 3.7 Exercício retrospectivos e práticas de meditação 3.8 Aconselhamento biográfico</p>

(continua)

Quadro-resumo da racionalidade médica antroposófica e suas dimensões operativas (continuação)

<p>4. Elementos constitutivos da estruturação humana: - Trimembração a) corpo/alma/espírito b) SNS/SR/SML - Quadrimembração a) corpo físico b) corpo etérico c) corpo astral d) organização do Eu</p>		<p>4. Diagnose de estagnação ou aceleração nos fluxos dos elementos da quadrimembração (terra, água, ar e fogo)</p>	
		<p>5. Diagnóstico: de processos de desarmonia entre os sistemas constitutivos da trimembração nos indivíduos, e suas disfunções na dinâmica contração/expansão.</p>	

Referências

- BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.12, p.3.066-3.067, 2007.
- BOTT, V. *Medicina: as vivências antroposóficas. Uma ampliação da arte de curar* (2 vol.) São Paulo: Associação Beneficente Tobias, 1982-1991.
- FRIAS, I. *Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica*. Rio de Janeiro: PUC-RIO, 2004.
- LANZ, R. *Antroposofia, ciência espiritual moderna: Rudolf Steiner e a constituição da sociedade antroposófica universal*. São Paulo: Antroposófica, 1989.
- LUZ, M. T. *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1996 (Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 140).
- _____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.
- _____. *Medicina e Racionalidades Médicas: estudo comparativo*
- _____. *Estudo Comparativo das Racionalidades Médicas: Medicina Ocidental contemporânea, Homeopática, Chinesa e Ayurvédica*. In: PELIZZOLI, M.L. (org.). *Novos Paradigmas em Saúde*. Recife: EDUFPE, 2011.
- _____. *Medicina e Racionalidades Médicas: Estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, Homeopática, Tradicional Chinesa e Ayurvédica*. In: CANESQUI, A.M (org.). *Ciências sociais e Saúde para o Ensino Médico*. São Paulo: FAPESP, 2000. p.181-200.
- _____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Campus, 1988.
- _____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, n.7, p.109-128, 1995.
- MORAES, W.A. *Medicina Antroposófica: um paradigma para o século XXI*. São Paulo: ABMA, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud*. La participación social: estudios de casos. Washington: PAHO, 1990.
- SELG, P. *Doença e conhecimento do Cristo: a medicina antroposófica como uma arte crística de curar*. São Paulo: João de Barro, 2009.
- STEINER, R. *A ciência oculta: esboço de uma cosmovisão suprassensorial*. São Paulo: Antroposófica, 2006.
- _____. *A filosofia da Liberdade: fundamentos para uma filosofia moderna: resultados com base na observação pensante, segundo o método das ciências naturais*. São Paulo: Antroposófica, 2000.
- _____. *Cronaca dell' Akascha*. Milão: Fratelli Bocca, 1940.

_____. *O Conhecimento Iniciático: as vivências suprasensíveis nas várias etapas da iniciação*. 2ª ed. revista. São Paulo: Antroposófica, 1996.

_____. *The healing process: spirit, nature and our bodies: lectures August 28, 1923-August 29, 1924, in various cities*. Hudson, NY: Anthroposophic Press, 2000.

TESSER, C. D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.13, n.1,p.195-206, 2008.

VALE, M.C.C. *Relação entre cura e religião à luz da Antroposofia*. Juiz de Fora: Templo, 2002.

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. São Paulo: Cia das Letras, 2004.

Comparação de representações de corpo, saúde, doença e tratamento em pacientes e terapeutas de homeopatia, acupuntura e biomedicina na rede de saúde do município do Rio de Janeiro

MADDEL T. LUZ

Introdução: aspectos conceituais das comparações de racionalidades médicas

Este capítulo analisa resultados da segunda fase do projeto “Racionalidades Médicas”, cujo trabalho de campo, desenvolvido de 1994 a 1997, comparou práticas em serviços públicos de atenção médica atuando com programas de homeopatia e/ou acupuntura, e também com serviços ambulatoriais de medicina convencional (biomedicina). Aprofundam-se aspectos conceituais levantados na primeira fase da pesquisa, e se comparam representações sociais de pacientes, médicos e terapeutas das três racionalidades médicas estudadas (biomedicina, homeopatia e medicina chinesa, através da acupuntura) concernindo corpo, saúde e adoecimento, relações médico-paciente, tratamento, cura, além de eventuais mudanças relatadas no estado de saúde de pacientes, em função de recurso ao sistema médico ou da terapia escolhida.

Na primeira fase do projeto elaborou-se, como mencionado, o conceito de racionalidade médica segundo um tipo ideal,¹ compreendendo cinco

¹ Na introdução à sua *Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*, Weber exemplifica como construir um conceito como tipo ideal, ao construir a própria categoria “capitalismo”. Ao invés de constituir-se em estrutura epistemológica fechada, isto é, elaborada *a priori*, como o conceito comum, o tipo ideal constrói-se a partir de “traços ideais”, características consideradas (pelo pesquisador) socialmente básicas e que se manifestam empiricamente em realidades históricas distintas. Reunindo-se vários desses traços ou características básicas segundo um propósito (teórico, hipotético) de pesquisa, pode-se propor um “modelo” de ações ou relações sociais estruturadas segundo uma racionalidade dada, isto é, um conjunto de significados

dimensões: uma morfologia humana (ou anatomia), uma dinâmica vital (ou fisiologia), uma doutrina médica (explicativa do que é doença ou adoecimento, sua origem ou causa, sua evolução ou cura), um sistema diagnóstico e um sistema de intervenção terapêutica.

A finalidade da elaboração deste conceito, ou operador analítico, foi poder comparar teórica e empiricamente sistemas médicos complexos, originados em culturas distintas, incomensuráveis, à primeira vista, mas atuando conjunta ou paralelamente na cultura “globalizada”, com o objetivo de demonstrar a existência de mais de uma racionalidade médica complexamente estruturada, contrariamente à opinião difundida pelo senso douto.² Os sistemas comparados em termos teóricos na primeira fase do projeto foram: a medicina ocidental contemporânea (ou biomedicina), a medicina tradicional chinesa, a ayurvédica e a medicina homeopática.³ Ao fim desta fase, o Grupo Racionalidades Médicas concluiu pela existência de uma sexta dimensão, presente em todos os sistemas, que designamos *cosmologia*, por embasar simbolicamente todas as outras dimensões.

As cinco dimensões operantes no tipo ideal existem nos sistemas médicos estudados, embora os sentidos que se atribuem aos componentes de cada uma dessas dimensões, no plano teórico, simbólico ou empírico, e seu respectivo peso no sistema como um todo, difiram de um para outro. Esta constatação nos levou a concluir pela efetiva existência de racionalidades distintas em medicina, atuando

e sentidos que se pode apreender na análise. *Racionalidade médica* foi construída de acordo com a lógica dos tipos ideais. Ver a propósito o capítulo 1 Contribuição do conceito de racionalidades médicas para o campo da Saúde Coletiva, no início deste livro.

² O senso douto reúne as opiniões mantidas e explicitadas por autoridades do saber médico, como as Academias ou Faculdades de medicina, Institutos de Pesquisa Biomédica, os veículos de divulgação e difusão científica, etc., para quem a racionalidade em medicina é fruto do *progresso científico*, confundindo-se com a racionalidade científica. É verdade que o senso comum, isto é, a visão das pessoas comuns sobre essas questões, tende a ser modelada, através dos meios de difusão e comunicação social, pelas instituições mencionadas. Elas são de fato formadoras de opinião da massa. Mas uma defasagem de tempo e opinião sempre existe entre esses dois “sensos”, o douto e o comum.

³ Os resultados da primeira fase do projeto foram difundidos em diversas publicações do Instituto de Medicina Social/UERJ, sobretudo na revista *Série Estudos em Saúde Coletiva* em vários números dos anos 90s, e em revistas de circulação nacional e internacional de Saúde Pública/ Coletiva, além de resumos e comunicações integrais de Congressos e Reuniões realizados na década de 90 e início dos anos 2000.

com paradigmas terapêuticos divergentes, quando não opostos, de acordo com o significado e o peso que tem cada uma das dimensões básicas da prática do sistema, sobretudo a diagnose e a terapêutica. Estas últimas funcionam como um operador prático do sistema médico, isto é, como materialização técnica (*tekné*) dos conteúdos teóricos ou simbólicos das cinco dimensões, principalmente da própria diagnose e da terapêutica. Neste sentido, essas duas dimensões “põem em prática” as medicinas como “arte de curar”, enquanto as outras (morfologia, dinâmica vital e doutrina) definem os sistemas médicos como “ciência”, isto é, como *saber teórico*, racionalmente estruturado através de conjuntos organizados de sentidos (teóricos ou simbólicos, ou ambos) atribuídos à vida e à morte, e seus estados intermediários, buscando não apenas uma explicação ou interpretação para esses estados, como também meios empíricos de intervenção (normas, procedimentos, artefatos terapêuticos) para impedir ou retardar a passagem de um polo a outro.

A categoria de racionalidade médica é, portanto, um operador conceitual que permite analisar ou comparar sistemas médicos complexos em perspectiva teórica, analítico-descritiva, ou empírica, seja globalmente, como um todo, seja dimensão a dimensão. Mostra-se adequada para estudos comparativos de sistemas médicos eruditos tradicionais e não-tradicionais ou para analisar cada um separadamente.

Pode também adequar-se ao estudo comparativo de sistemas não eruditos convencionais e não-convencionais, como sistemas tradicionais de medicina indígena.⁴ *Racionalidade médica* não é, entretanto, uma categoria adequada ao estudo de *práticas de cura*, populares ou não, ou de terapias ditas alternativas, enquanto são vistas principalmente ou se reduzem a práticas terapêuticas. A análise não se mostra rica, ao menos em nossa experiência, nem a partir dos conjuntos de

⁴ Os sistemas médicos tradicionais latino-americanos e afrobrasileiros podem também, em princípio, ser estudados pela categoria *racionalidade médica*, na medida em que pelo menos quatro das dimensões da categoria estão presentes, em termos predominantemente simbólicos, e prático/empíricos: a dinâmica vital, a doutrina médica, a diagnose e a terapêutica, fortemente dependentes da cosmogonia da cultura que origina tais sistemas. Mas o caráter simbólico desses sistemas exige um tratamento teórico (antropológico) adequado a eles, evidenciando-se reducionismos “racionalizantes”

significados simbólicos ou teóricos que definem essas terapias (sua *rationale*), nem a partir dos sujeitos (pacientes, terapeutas, outros agentes) envolvidos na situação terapêutica como prática. Neste caso, uma vez que estamos em presença do que seria apenas uma dimensão da categoria racionalidade médica (a terapêutica), os instrumentos mais adequados de análise são os tradicionalmente usados na Antropologia Social, como as de prática e representação social, prática ou ritual de cura, poder ou eficácia simbólica, etc.

O estudo comparativo de representações e práticas: estratégias e procedimentos metodológicos⁵

A segunda fase do projeto estudou comparativamente práticas e representações de sujeitos (pacientes e terapeutas) no interior de três racionalidades médicas anteriormente analisadas como sistemas: a medicina tradicional chinesa, a homeopatia e a biomedicina. A medicina ayurvédica foi excluída nesta fase por não haver nenhum programa em andamento em unidades públicas municipais de saúde no Rio de Janeiro (há apenas um hospital ligado ao SUS funcionando em Goiânia desde 1987, financeiramente inacessível para o projeto).

Os objetivos de pesquisa nesta fase foram analisar e interpretar a provável existência de diferenças de representações e práticas de pacientes e terapeutas dos sistemas médicos em estudo, em termos dos temas/representações praticamente universais nos sistemas terapêuticos: a saúde, a doença (origens, causas), o corpo e as relações corpo/espírito ou corpo/mente no processo de adoecimento, tratamento, cura e relação terapeuta/paciente. A hipótese implícita nesta suposição é que pacientes e terapeutas de distintas racionalidades médicas partilham um mesmo

⁵ Incluímos a apresentação e a discussão dos procedimentos metodológicos neste capítulo porque pensamos que toda pesquisa empírica necessita discutir e justificar esses procedimentos, na medida em que a obtenção dos resultados está diretamente condicionada pelas estratégias metodológicas e pela dinâmica de funcionamento do projeto. A “oficina” ou “cozinha” de uma pesquisa, a que se refere Bourdieu, em que as estratégias metodológicas e a dinâmica de desenvolvimento condicionam fortemente a produção do conhecimento, ao mesmo tempo em que são condicionadas pelas condições materiais, sociais e culturais em que a pesquisa se desenvolve, ilustra como a acumulação do conhecimento em ciências sociais é em si mesmo um processo social. Além disso, tem uma função pedagógica, na medida em que permite que os jovens pesquisadores se informem e aprendam sobre o ofício de pesquisar como uma prática eminentemente social.

universo simbólico, tendendo a ter representações semelhantes dos temas básicos mencionados. Há também a hipótese explícita que concepções, representações e práticas concernentes a temas universais da medicina variam de acordo com a racionalidade específica dos sistemas médicos.

Desta forma, considerava-se no início da segunda fase que médicos e pacientes da biomedicina teriam tendência a representar o corpo como máquina, ou autômato dirigido pela mente (ou “cabeça”), enquanto terapeutas e pacientes da homeopatia teriam tendência a representar o corpo como uma totalidade energética, e assim por diante.⁶ Esta fase consistiu, portanto, basicamente em um trabalho de campo sócio-antropológico, de natureza eminentemente qualitativa, com posterior interpretação de dados levantados pelos pesquisadores.⁷

Para proceder à pesquisa de campo, foram utilizados os seguintes instrumentos metodológicos: entrevistas gravadas com médicos ou terapeutas e gerentes de programas dos três sistemas em estudo, entrevistas gravadas com pacientes, observação etnográfica de salas de espera de ambulatórios e de consultas e observação participante de ambulatórios. Esta pluralidade de procedimentos foi arbitrada em função da dificuldade metodológica que representam as entrevistas realizadas em ambiente institucional.

Sabemos que entrevistados têm a tendência a afirmar aquilo que pensam que o entrevistador deseja ouvir, sobretudo quando se trata de pessoas submetidas a uma situação de poder institucional, o que é o caso de pacientes de instituições médicas. Além disso, o discurso

⁶ Esta suposição está baseada não apenas em estudos clássicos como os de Boltanski (1979), mas também em resultados da análise de pesquisa anterior desenvolvida sobre a Homeopatia no Instituto de Medicina Social/UERJ, em que representações de corpo e saúde de pacientes da homeopatia diferem dos da biomedicina no sentido apontado acima. Ver, a este propósito Luz et al. (1987).

⁷ Participaram da segunda fase do projeto, desenvolvida entre 1994 e 1997, 12 pesquisadores, incluindo bolsistas de iniciação científica, aperfeiçoamento, apoio técnico, mestrado e doutorado, além de pesquisadores associados ao projeto. Todos discutiram, em reuniões com a coordenadora, hipóteses, estratégias metodológicas, problemas conceituais e metodológicos da pesquisa, desenvolveram atividades de campo, produziram relatórios e artigos e apresentaram comunicações em seminários, reuniões ou congressos. A discussão grupal e geral dos sistemas médicos em estudo, que tinha a forma de oficinas de trabalho, permitiu que todos os participantes desenvolvessem, independentemente de seu nível hierárquico no projeto, a capacidade de elaborar e desenvolver questões e textos referentes à pesquisa.

registrado em entrevista nem sempre traduz, devido aos “ruídos” geralmente presentes na comunicação, introduzidos sobretudo pelas diferenças de universo cultural e linguagem existentes entre entrevistados e entrevistadores, o que efetivamente pensam ou imaginam, em termos de representações, os sujeitos que se expressam por este meio.

Embora tenhamos claro que a entrevista não é uma técnica “objetiva” de investigação, no sentido clássico, já superado nas ciências sociais, pela compreensão de que toda situação de pesquisa coloca em jogo a questão da subjetividade/intersubjetividade, e por intermédio dessa questão, a relação pesquisador/pesquisado como relação de intercâmbio ou de imposição de padrões culturais, consideramos que a entrevista ainda é um importante instrumento metodológico para apreendermos, através da análise do discurso dos atores, seu universo de concepções e representações sobre diversos aspectos da vida social

Entretanto, apenas entrevistas não são um instrumento suficiente para transmitir a complexidade das representações e das práticas dos atores envolvidos na questão dos sistemas médicos em ambiente institucional público. Neste sentido, optamos por realizar, previamente às entrevistas, observações etnográficas exploratórias em salas de espera dos ambulatorios dos três sistemas em estudo, com o objetivo principal de apreender a relação dos pacientes com a unidade de atenção médica, com os outros agentes presentes no espaço institucional, além dos médicos, com os outros pacientes, com a própria infraestrutura do serviço, administrativa, funcional e física, etc. Complementarmente, algumas observações participantes foram feitas, em relação às consultas da biomedicina e da homeopatia, além de em salas de espera de unidades formadoras das mesmas (Instituto Hahanemanniano e Hospital Universitário Pedro Ernesto). Além disso, interessava-nos apreender, na medida do possível, a forma como os profissionais se comportam em relação à clientela dos serviços, sabendo que se trata em geral de setores desfavorecidos da população, que não podem arcar com o peso das mensalidades dos planos de saúde.

As entrevistas com pacientes, seguindo um roteiro de perguntas abertas e dados de identificação (nome, idade, sexo, ocupação/profissão) previam o desenvolvimento de entrevistas em tres etapas com os mesmos pacientes selecionados na etapa um. Essas etapas

supunham por sua vez, três “momentos” no tratamento: “início” (primeira ou segunda consulta), meio (quatro meses depois) e “fim” (oito meses a um ano após o “início”), não significando esse fim “cura” ou alta, mas um momento em que a manutenção do tratamento indicaria um processo de estabilização ou melhora do adoecimento ou restabelecimento da saúde.

De acordo com o plano estratégico da pesquisa, deveriam ser entrevistados cinco pacientes de cada sistema médico em três unidades ambulatoriais de serviços (um antigo posto de saúde, um antigo ambulatório do então INAMPS e uma unidade de formação de recursos humanos, pública ou filantrópica), totalizando nove unidades de serviços estudadas.⁸ Seriam realizadas, portanto, 15 entrevistas com pacientes da homeopatia, 15 com pacientes da biomedicina e 15 com pacientes da medicina tradicional chinesa (acupuntura), totalizando 45 entrevistados, a serem “reentrevistados” duas vezes, perfazendo um total de 135 entrevistas com pacientes. Consideramos que cinco entrevistas para cada sistema médico seriam suficientes para ilustrar o universo razoavelmente homogêneo de representações concernindo saúde, doença, tratamento, cura, etc. no discurso de sua clientela, com algumas prováveis variações.

Os objetivos principais das entrevistas com pacientes foram entender e interpretar, por um lado, porque haviam escolhido tal sistema terapêutico para tratamento, ou como a ele haviam tido acesso, e por outro, como concebiam e/ou representavam os diversos temas já mencionados: corpo, saúde, doença, cura, e o próprio tratamento naquele sistema, considerando-se sua forma de diagnosticar, tratar, e conduzir a relação médico-paciente.

Constatou-se, entretanto, durante o desenvolvimento do campo, que o ritmo de condução do que se pode denominar, em princípio, *tratamento*, difere para cada racionalidade médica. A rigor, aliás, o único sistema médico que segue o esquema clássico do que se denominou

⁸ As unidades de formação filantrópica escolhidas foram o Instituto Hahnemanniano Brasileiro (IHB) e o Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro (IARJ), para representarem respectivamente a homeopatia e a medicina tradicional chinesa. Posteriormente, no fim da segunda fase do projeto, acrescentamos a Associação Brasileira de Cultura Oriental (ABACO), relativa também à medicina chinesa.

até recentemente, em medicina, tratamento, é a homeopatia. Sendo uma forma de medicina “integral”, sem especialidades internas que não sejam por idade e gênero,⁹ dispensando geralmente muitos dos exames considerados tecnicamente importantes pela biomedicina para estabelecer uma diagnose,¹⁰ trabalhando terapêuticamente apenas com um instrumento básico, o remédio homeopático, a homeopatia responde à concepção clássica de tratamento da clínica.

No que concerne à acupuntura, modalidade terapêutica da medicina tradicional chinesa, predomina no ambiente institucional público, isto é, em unidades de serviços de saúde, a lógica desses serviços, que é a da *produtividade* das ações. Não é a lógica da racionalidade da medicina chinesa que é posta em prática no ritmo do tratamento, mas a do papel assinalado (na verdade imposto) pela medicina ocidental a este ramo da medicina chinesa. Embora os terapeutas tentem “fazer passar” a lógica vitalista e globalizante dessa medicina, e algumas vezes o consigam, é o papel de um recurso terapêutico limitado a situações patológicas específicas, em situação de doenças que atingem o “sistema músculo-esquelético” ou em quadros crônicos de fundo emocional, que predomina quanto ao tratamento e seu ritmo, que deve ser muito rápido. Sua eficácia (ou ineficácia) é “medida” em poucas sessões de acupuntura. Há “tratamento”, porém não é propriamente do paciente, mas de um momento ou de um aspecto muito limitado do paciente (dor incapacitante ou crônica, depressão, etc). Isto não impede, entretanto, que o paciente volte, algum tempo depois, para o serviço em busca do tratamento com acupuntura, em função da persistência do seu problema crônico (artroses, hipertensão, diabetes).

As representações de corpo, saúde, doença e tratamento dos pacientes de acupuntura dos serviços de saúde tendem a se aproximar das dos

⁹ Embora se possam encontrar ginecologistas homeopatas, pediatras homeopatas, alergologistas homeopatas, ou mesmo psiquiatras homeopatas, está-se referindo nesse caso a uma forma de terapêutica (homeopática) e não a uma “especialidade” da homeopatia, pois as especialidades são ramos disciplinares da biomedicina.

¹⁰ É necessário esclarecer que esses exames não são fundamentais para a diagnose em homeopatia porque aí se faz a diagnose de um doente e seu medicamento e não de uma doença. O que também não impede alguns homeopatas de requisitarem exames complementares para confirmarem sua diagnose do paciente.

pacientes da biomedicina e do imaginário mecanicista desta racionalidade médica. O corpo é uma máquina a ser consertada, mas possivelmente já sem conserto. A saúde como positividade imaginada não existe, a representação mais recorrente de doença é a de invalidez permanente.¹¹

Já na medicina ocidental contemporânea (biomedicina), principalmente em ambiente institucional público, não se pode falar nem sequer de tratamento no sentido clássico do termo. Não existe aí um médico (ou um terapeuta, como no caso da acupuntura) para um paciente, nem um processo de cura com início meio e fim. Em função da própria racionalidade da biomedicina, que segue a lógica do desenvolvimento tecnológico ligado à produção social, o que existe é um percurso institucional dos pacientes pelas diversas especialidades médicas em busca de diagnóstico para uma ou mais patologias.

Em geral as consultas são realizadas cada vez com um profissional diferente, não se consolidando a relação médico/paciente tradicional. Neste caso, o paciente relaciona-se com o serviço em que é oferecida a atenção médica, e a relação consolida-se (ou não) com a instituição médica e não com o médico. Se o atendimento não é julgado bom naquele serviço, e isto inclui mais do que a consulta propriamente dita, embora o atendimento do médico seja ainda o elemento julgado principal, o paciente “migra” para outros serviços. Isto ocasiona muitas vezes uma grande perda de pacientes de primeira consulta, ou de início de “tratamento” no atendimento ambulatorial da biomedicina. Este fato nos obrigou a realizar o dobro das entrevistas previstas com pacientes deste sistema (mais de 90). Os pacientes de “meio de tratamento”, isto é, de pacientes que continuaram na unidade de serviço estudada, não são necessariamente os mesmos entrevistados de primeira vez.

Quanto aos médicos e terapeutas, seriam entrevistados, pelo plano inicial de atividades, no mínimo dois de cada unidade, para cada sistema médico, em duas etapas, totalizando um mínimo de 12 entrevistas. Além disto, deveriam ser entrevistados, no fim da segunda fase do projeto, gerentes de programas, em nível institucional

¹¹ Em outros momentos, aparece a representação dualista, também presente em pacientes da biomedicina, da relação corpo/espírito, ou corpo/alma. O corpo é representado, então como “morada do espírito”, como aquilo que se opõe ao espírito. Cf. Luz, D. (1997).

(unidades de serviços) e municipal (coordenadores de programas) das três racionalidades, o que elevou para mais de 20 as entrevistas com médicos. Também nesse caso observou-se o procedimento de entrevistas com roteiro prévio e perguntas abertas, com perguntas de identificação um pouco mais complexas, uma vez que envolviam dados referentes à formação dos profissionais.

As entrevistas com médicos ou terapeutas, de fato realizadas em duas etapas, tiveram como objetivos na primeira etapa saber como esses agentes tinham feito sua formação profissional, porque haviam escolhido aquele sistema médico como prática terapêutica, se estavam satisfeitos com seu desempenho profissional e se achavam que o sistema escolhido tinha possibilidade de efetivar-se plenamente como racionalidade médica no serviço público. Além disso, evidentemente, como esses profissionais definiam/representavam os temas básicos de representações da pesquisa, como saúde/adoecimento, tratamento/cura, corpo/mente ou espírito, diagnose terapêutica e relação médico/paciente. Na segunda etapa, buscou-se saber a opinião dos profissionais não mais sobre seu desempenho como médico (ou terapeuta), ou o desempenho da medicina em que militava, mas sobre o desempenho, em termos de resolutividade (através da satisfação/permanência dos pacientes), do serviço ou do programa de atividades (caso das medicinas homeopática e chinesa) em que trabalhava, para ver se o serviço/programa demonstrava (na opinião do profissional) capacidade de lidar com a clientela encaminhada e com a demanda de atenção à saúde que ela representava.

As entrevistas com gerentes tiveram por objetivos principais saber como aquele serviço/programa tinha se organizado, se estava articulado com outros serviços no interior da instituição (posto de saúde, ambulatório, ou hospital/unidade formadora) ou, com os demais programas municipais de saúde, se tinha formas/atividades de avaliação de seu desempenho, se havia obstáculos ou dificuldades de realização das atividades programadas, etc. A finalidade básica destas entrevistas foi verificar se havia integração institucional dos programas de atenção ambulatorial com outros programas/serviços institucionais, se havia alguma integração ou convivência institucional de medicinas não-convencionais (homeopatia, medicina tradicional

chinesa, através da acupuntura) com serviços ou programas de atenção médica da biomedicina, e se havia alguma proposta ou atividade de avaliação dos serviços ou programas em estudo.

No momento da realização dessas entrevistas, foi solicitado aos gerentes que apresentassem documentos ou registros sobre seu serviço ou programa. Nos casos em que se obtiveram esses documentos, foram considerados como dados complementares às entrevistas para verificação das mesmas quanto aos objetivos pretendidos no projeto.

Apesar do planejamento cuidadoso de atividades da pesquisa nesta fase, muitas vezes as entrevistas tiveram que voltar a ser feitas (no caso de médicos ou pacientes da biomedicina, por exemplo), ou complementadas (caso da biomedicina e da medicina tradicional chinesa), seja por “perda” dos pacientes originais, seja por problemas de gravação, uma vez que as entrevistas eram feitas com gravador (com prévia aceitação dos entrevistados), seja ainda por impedimento ou não-comparecimento do entrevistado (médicos e gerentes). Deve ser salientado, além disso, que o fato mesmo de a pesquisa realizar-se em unidades institucionais públicas, colocou para esta problemas metodológicos e conceituais, além de impedimentos materiais e obstáculos ao seu desenvolvimento.

De todos os problemas metodológicos e conceituais verificados durante esta fase do projeto, entretanto, acreditamos que o mais sério é aquele que qualquer profissional de cada um dos sistemas estudados poderia objetar ao nosso estudo: o de que nos serviços públicos atuais de saúde a racionalidade de seu sistema não pode ser praticada. Isto é válido tanto para a medicina tradicional chinesa ou a homeopatia como para a própria biomedicina. Neste sentido, na rede pública atual nenhuma racionalidade médica é possível. A racionalidade (ou irracionalidade) ali vigente é exógena à medicina (qualquer medicina). Sendo oriunda da Economia, e fruto de política econômica vigente, mais do que de uma *política de saúde*, está tendo sobre a atenção médica destinada à população uma consequência desagregadora. Desta forma, um obstáculo institucional pode funcionar, como aconteceu com esta fase do projeto, como um obstáculo epistemológico.¹²

¹² A forma de contornar esse e outros problemas está registrada no VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, (1997).

Representações sobre corpo, saúde, doença, tratamento/cura em racionalidades médicas distintas

A primeira constatação em relação a representações referentes a temas socialmente relacionados com a medicina (ou qualquer sistema de cura) é o compartilhar das mesmas por terapeutas e pacientes. Esta constatação, tornada clássica por Lèvi-Strauss na Antropologia Estrutural, reafirmou-se neste estudo. Trata-se verdadeiramente de um universo cultural compartilhado por médicos, pacientes e pela cultura ambiente, tal como esta é prioritariamente socializada e difundida nas sociedades atuais, isto é, pela mídia.

Poder-se-ia deduzir desta constatação que médicos e pacientes da homeopatia terão determinadas representações e práticas em relação a corpo, saúde e doença (temas básicos deste universo), que terapeutas e pacientes da acupuntura terão outras representações, típicas dessa racionalidade médica, e que pacientes e médicos partilharão o universo biomecânico das representações da medicina ocidental. Esta foi a suposição de partida desta fase da pesquisa.

Mas as coisas não se passam de maneira tão simples. No caso da medicina ocidental contemporânea, seu papel na cultura como um todo é tão importante, em face do processo conhecido como “medicalização social”, apontado por sociólogos e filósofos desde aos anos 70,¹³ que as representações de corpo e doença típicas da biomedicina encontram-se presentes em pacientes e terapeutas/médicos das outras racionalidades, coexistindo com aquelas de maneira muitas vezes justapostas, mas na maioria das vezes num sincretismo cultural muito interessante.¹⁴

Além disso, deve ser assinalado que mesmo as representações partilhadas por médicos (ou terapeutas) e pacientes de um mesmo sistema médico nem sempre são significadas da mesma maneira. Embora se esteja num mesmo conjunto de padrões culturais, as

¹³ Ver a este propósito os estudos de Illich (1976); Foucault (1979); Clavreul (1983); e Dupuy e Karsenty (1974).

¹⁴ Relatórios de resultados parciais da segunda fase do Projeto assinalam, por exemplo, a presença de “sincretismos” e justaposições de representações e concepções de corpo, adoecimento e tratamento da biomedicina com a medicina tradicional chinesa em terapeutas da Acupuntura. Ver: Luz, D. (1996).

atribuições de sentidos às representações variam em médicos e pacientes. Assim, o corpo/máquina visto como conjunto articulado de peças interdependentes do médico não é o mesmo corpo/máquina instrumento de trabalho do paciente trabalhador, ativo, acidentado ou aposentado, cliente dos serviços públicos de saúde.¹⁵ Para o médico, trata-se de uma máquina viva, um biosistema que necessita e pode ser reparado, mas que precisa ser diagnosticado em sua falha. E esta falha, externa ao sistema, salvo em caso de distorsão genética, é geralmente fruto de uma invasão, provocada por uma entidade, (micro)biológica, a ser identificada. Daí a grande importância da diagnose para o médico.

Mas a diagnose não tem a mesma importância para o paciente, embora ele sempre queira saber “o que tem”, “o seu mal”. Para o paciente, o mais importante é a terapêutica, é o ser tratado. Ser tratado é ter sua máquina corpo reparada para voltar às atividades, ou pelo menos para não mais depender de outros. É tão fundamental a questão do tratamento para os pacientes que ficou evidente nas entrevistas feitas com a clientela da biomedicina, que o simples fato de fazer exames, ou de ser encaminhado a várias especialidades (o que para os médicos nada mais é que o processo de busca de diagnose) para eles significa tratamento:

Este tratamento não é feito através de medicamentos, ele é feito através de exames contínuos, acompanhamento através de exames de sangue.

Eu continuo sentindo as mesmas dores. Eu já tirei ultrassom, radiografia [...].¹⁶

Tivemos a oportunidade de observar, durante as entrevistas com pacientes da biomedicina, que a clientela dos serviços públicos tende a identificar tratamento com cuidado, e cuidado com o fato de ser

¹⁵ A explicação de Boltanski em *As classes sociais e o corpo*, sobre as diferenças de representações sociais do corpo em função do lugar ocupado pelos atores sociais na estrutura de produção continua pertinente e atual neste caso.

¹⁶ Ver Martinez e Conte (1997). Esse relatório foi Prêmio Menção Honrosa na Semana de Iniciação científica da UERJ, em setembro de 1997. Todas as afirmações e depoimentos de médicos e pacientes da biomedicina são extraídas do relatório das duas bolsistas e do texto de César Sabino.

bem atendido. O atendimento passa a ser o critério de avaliação do tratamento. Onde se é “bem atendido” se está sendo bem tratado (o sentido terapêutico de tratar tende à sinonímia com o sentido de polidez, respeito, ou consideração):

Tem hospital que a gente vai quatro cinco vezes e não consegue, aqui a gente consegue.

A gente é atendido na hora certa, direitinho.

A gente quer fazer o exame de sangue, vai lá na hora certa que o médico marca, direitinho, colhe; quer ir lá no médico de diabete, é atendido.

Foi há 17 anos a primeira vez que eu vim, eu procuro aqui para tudo, o tratamento é ótimo.

Desta forma, identificando tratamento com atendimento e terapêutica com prática de exames, a clientela da biomedicina tende a ir ao encontro da política institucional vigente, pela qual a quantidade de atendimentos e atos médicos, nos quais a rotina de exames diagnósticos tem papel predominante, definem a “produtividade em saúde”.

É verdade que a identificação de tratamento com atendimento não se restringe aos pacientes da biomedicina, podendo ser constatada também em pacientes da homeopatia, embora com muito menor intensidade, pois o paciente deste sistema médico desenvolve uma forte relação médico/paciente. O tratamento é então assimilado aos efeitos desta relação e do remédio homeopático. Em pacientes da acupuntura, também o fato de ser “bem atendido no serviço” é determinante para o tratamento. Isto nos leva a concluir que essa identificação é típica da clientela dos serviços públicos, e que sua existência é fruto das atuais condições de funcionamento desses serviços, em que a desestruturação institucional, em função da atual política de saúde, aliada ao grande crescimento da demanda de atenção médica dos últimos anos, levou a uma situação de congestionamento nos serviços e à incerteza quanto à concretização do atendimento.

Um dado, entretanto, chama a atenção quando se examinam informações dos pacientes da biomedicina. Perguntados sobre em que situação procuram atendimento médico, tendem a afirmar que só o

buscam “em último caso”, quando não “suportam mais”. Em outras palavras, aparentemente procuram retardar ao máximo o contato com a instituição médica, devido aos transtornos para seu cotidiano que tal busca implica:

Hoje, por exemplo, eu cheguei aqui às quatro e meia da manhã, são mais de dez horas e eu ainda não fui atendida. Então, por esse motivo, a gente só vem quando está realmente precisando, porque é muito difícil”

Isto não nos esclarece sobre o que esses informantes consideram uma situação de “último caso”. Para entender o que determina a urgência da procura do atendimento médico é necessário aproximarmos da representação do “estar doente” dos pacientes, sobretudo os da biomedicina. Neste caso, a *dor* tem papel muito importante. Dor e doença têm uma identificação bastante clara entre esses pacientes. Este dado é interessante a ser considerado, uma vez que sabemos que há doenças graves que podem se desenvolver sem dor, embora apresentem outros sintomas, e outras formas de adoecimento com dores fortes e continuadas sem apresentarem gravidade orgânica ou perigo de vida. Mas para os pacientes o indivíduo doente é um indivíduo com dor:

Eu me sinto doente quando estou sentindo alguma dor, quando estou me sentindo mal.

É uma pessoa cansada, desanimada, sentindo dor.

Quando eu estou sentindo dor [procura atendimento] quando está me incomodando, quando tenho muita dor.

No entanto, só o fato de *sentir dor* não determina o estar doente; é necessário também que o indivíduo se torne incapaz de trabalhar ou desenvolver as atividades do cotidiano. “Uma pessoa doente é uma pessoa inútil, não pode fazer nada, não pode trabalhar”, declara um paciente da biomedicina. Por outro lado, ter saúde, “é ter vontade de trabalhar, vontade de viver” (Martinez e Conte, 1997, p. 4-5).

A representação do estado de saúde/doença como capacitação/incapacitação para o trabalho é tradicional em classes trabalhadoras e

corresponde à representação do corpo como ferramenta de trabalho.¹⁷ No caso das mulheres, sobretudo as de meia idade, que são maioria nos ambulatorios, como mostram estudos e estatísticas produzidos sobre clientela de serviços públicos de saúde,¹⁸ a questão da incapacitação para o desenvolvimento de suas atividades diárias, através das quais é responsável pelo bem estar de familiares, independentemente de exercer um trabalho fora do lar ou não, a “incapacitação” adquire às vezes tonalidade dramática. Se todo trabalhador encontra na doença legitimidade social para abster-se de trabalhar, a mulher encarregada da família não encontra essa legitimidade nem diante dela mesma. Para ela é uma situação muito penosa passar de “cuidadora” a cuidada. É como se tivesse se tornado “emprestável”, significando esse termo, inválida:

O maior medo que eu tenho é de ficar em cima de uma cama dependendo dos outros.

[...] Doente? Ficar entevada? Sem poder trabalhar ou fazer nada? Eu prefiro morrer! ficar todo mundo tendo que tomar conta de mim?! Isso é horrível!. Imagina!¹⁹

¹⁷ Estudo anteriormente realizado pela autora entre 1975 e 1977 para a pesquisa “As Instituições Médicas no Brasil”, publicada pela Editora Graal em 1979 com o mesmo título, obteve dos informantes as mesmas afirmações. O estudo de Boltanski sobre (1979) também refere esse tipo de representação.

¹⁸ Até hoje levantamentos sobre clientela de serviços de atendimento médico, público ou privado, mostram as mulheres (sobretudo de meia ou terceira idade, ou grávidas) como grande maioria da demanda, inclusive este próprio estudo. Hipóteses interpretativas tendem a atribuir às mulheres mais legitimidade social com o cuidado do corpo, em função de seu papel na reprodução biológica da sociedade, o que já não seria atribuído ao homem. As mulheres teriam também maior contato com o próprio corpo e menos tolerância à dor (“maior fragilidade”, conforme representação social persistente nas sociedades industriais, incentivada pelas instituições médicas). Uma hipótese alternativa, que não é objetivo desenvolver neste trabalho, e que parece encontrar apoio em trabalhos epidemiológicos sobre população feminina de terceira idade, é que de fato as mulheres teriam, com o passar do tempo, sua saúde bastante debilitada em função da multiplicidade de funções e tarefas que ainda hoje são forçadas a cumprir, inclusive com “dupla (ou tripla) jornada”, isto é, o trabalho fora de casa, o trabalho do lar e os estudos, com a presença ou sem a presença (o que vem crescendo fortemente na sociedade atual) do “pai de família”.

¹⁹ Cf. Sabino desenvolve, em relatório de trabalho de campo da segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas, (SABINO 1996), uma interpretação para a legitimidade social do adoecimento, entre a clientela da rede pública de saúde, constituída de trabalhadores. Estabelece um gradil de variação de polos do “estar doente” para o “ser doente”, sendo a categoria do “ser doente”, o que marca a exclusão definitiva do indivíduo do mercado e da trabalho, e por acréscimo, de um papel ativo na vida familiar, na medida em que este passa

Deve ser salientado que nos pacientes dos três sistemas médicos estudados a representação de estar doente, ou de doença, se associa à perda da capacidade para executar atividades, sobretudo de trabalho, de movimentar-se, e à dor. Assim, um indivíduo sentindo dores e incapacitado de trabalhar é um indivíduo doente. É interessante esta representação social, porque não coincide com a visão biomédica, para a qual há doenças, como a Aids, que não dão dor e incapacidade de trabalhar, a não ser em estágios avançados de manifestação da doença, ou mesmo o câncer, que pode passar despercebido até fase muito avançada, nem necessariamente com as representações dos médicos, para quem dor e incapacidade de locomover-se podem não significar *nenhuma patologia*, sendo apenas manifestação psíquica, “piti”, do paciente, ou como diriam os pacientes, uma “doença dos nervos”.

Para os médicos, se se tem em mente o sistema da medicina ocidental contemporânea, estar doente é ser portador de uma patologia orgânica, de origem genética ou por infecção/transmissão de bactérias ou vírus. A doença é uma entidade identificável e erradicável através de medicamento ou cirurgia. O que ultrapassa essa definição não se enquadra na categoria de doença. Podem existir, é verdade, para os médicos, “distúrbios” ou “disfunções” funcionais, que podem ter origem genética ou em hábitos ou “estilos de vida” dos pacientes. Mas nesse caso a medicina preventiva pode intervir, com práticas e medicamentos que impeçam que a situação evolua até a patologia. A doença dos médicos, em termos de representação, é uma entidade, a patologia (Camargo Jr., 1994 e 1997).

Para os pacientes da biomedicina, a representação de doença está muito próxima da dos médicos quando é física; neste caso, a doença é geralmente uma patologia orgânica ou funcional. Mas pode ser também uma doença espiritual. Para a clientela dos serviços públicos,

a ser um “peso” para a família. As doenças que impedem o movimento, a capacidade de locomover-se e desenvolver suas atividades, deixando o indivíduo “entrevado em cima de uma cama”, definem a categoria do “ser doente” para os pertencentes a essa classe social, homens ou mulheres, embora não sejam necessariamente as patologias consideradas graves para a biomedicina. Sabino acentua o papel dos médicos em fazerem os pacientes “transitar” de um polo (“estar doente”) ao outro (“ser doente”) em função da pouca ou nenhuma comunicação na relação médico/paciente na biomedicina.

há distinção entre doença física, doença imaterial (dos nervos, p. ex.) e doença espiritual. As origens ou causas não são as mesmas, as manifestações também, e as formas de tratar devem ser diferentes. A doença espiritual necessita de tratamento pelo agente adequado: o pastor, o pai de santo ou o medium, embora não esteja excluído que eles possam tratar também as doenças físicas (orgânicas), sobretudo quando têm origem espiritual (Martinez; Conte, 1997, p. 3):

[...] às vezes a pessoa tá bem aparentemente, mas espiritualmente a pessoa não tá bem, tá até doente.

[...] existem vários tipos de doenças. Tem a doença física e tem a espiritual também.

Quando se trata das doenças mais comuns da população, sobretudo as crônicas, os pacientes adotam a terminologia médica: hipertensão, diabetes, reumatismo, buscando os serviços com um “diagnóstico” pronto, solicitando nos ambulatórios os exames que possam confirmar seu diagnóstico. Isto pode ser fruto de prévia exposição a serviços médicos mas pode ser também, e frequentemente é, fruto de exposição na mídia, que atualmente é uma das agências mais intensas de medicalização social. Nos meios de comunicação de massa, o imaginário de saúde/doença é totalmente impregnado das categorias médicas. As representações referentes a esse aspecto da vida social tendem a espelhar o saber médico em versão diluída – e muitas vezes distorcida²⁰ – numa perspectiva nitidamente propagandística, justificadora do consumo de artefatos, remédios, hospitais etc., que mobilizam na economia atual uma percentagem considerável de recursos. Os pacientes, mesmo os de mais modestos recursos, como os da clientela dos serviços públicos, aspiram pelo consumo da tecnologia médica sofisticada, sobretudo à referente ao complexo sistema diagnóstico da medicina ocidental atual.

²⁰ Alguns médicos entrevistados por nós, independentemente da pesquisa de campo (mas também nessa situação) referem a essa grande influência das divulgações mediáticas de “milagres” tecnológicos da medicina, sobretudo na televisão, sobre as exigências da clientela. Alguns mencionaram a denominação, comum em médicos de ambulatórios públicos, de “síndrome do Fantástico”, frequente em pacientes das segundas-feiras, em alusão ao popular programa de televisão dos domingos.

Para esta clientela, muitas vezes o bom atendimento é o que faz uso de aparelhagem ou tecnologia de última geração, sendo os mais simples considerados “pobres” ou pouco eficazes. Há pacientes que buscam serviços onde determinado aparelho exista, para fazer um diagnóstico mais seguro. Até para a preservação da saúde é necessário sempre fazer exames, isto é, fazer apelo ao aparato tecnológico da diagnose. Deste modo, o bom médico é aquele que sabe pedir exames:

É o interesse pelo paciente, ir a fundo, pedir todos os exames que for possível para saber o diagnóstico certo. Porque ela faz os exames, é tudo assim com exames [...] sempre tô tirando sangue e agora eu já vi que estou bem...

Muitas pessoas têm hemorragia interna e o doutor nem sabe, nem faz uma radiografia [...].

Deste modo, também o representar a saúde e sua conservação está geralmente elacionado, para esses pacientes, à reiterada prática de exames, associados ao *check up*, tanto mais eficazes quanto mais avançados tecnologicamente forem os aparelhos:

[...] para fazer um *check up* regularmente, para manter a saúde, pois não se pode ficar doente para depois ir se tratar.

Estar com saúde é uma pessoa que faz exames regularmente e sabe que está tudo em ordem com ela [...] esses exames que diagnosticam o que a pessoa tem com antecedência, para evitar danos maiores.

Aqui tem os exames mais sofisticados! Então isso é maravilhoso porque a gente se sente segura [...] se sente bem.

Eu queria ter um plano que tivesse tudo quanto é exames: densiometria (sic), ressonância, sangue, tudo, tudo.

Voce já viu aquele exame que bota a pessoa assim deitada, entrando na máquina? Aquilo é uma benção! Descobre tudo o que a pessoa tem!

Em termos de representação, tanto para médicos como para pacientes, trata-se de uma medicina de máquinas para (preservação de) máquinas. Para a clientela, a grande preocupação parece ser o controle preventivo dos “danos”, como declara uma informante. E tal controle nem o médico pode assegurar, só a máquina, somente

ela pode dizer com certeza o que o doente tem, “seu mal”. Este deslocamento do poder de dizer “a verdade” sobre a situação do doente do médico para o aparato tecnológico tem repercussões profundas sobre a relação médico/paciente na biomedicina, ou medicina ocidental contemporânea. A confiança tradicional que se investia na relação, e que era uma das marcas de sua eficácia, está condicionada doravante ao aval das máquinas.

Para os médicos também o aparato tecnológico é fundamental, sendo ao mesmo tempo seu guia e auxiliar na determinação da diagnose e na condução da terapêutica. Para os médicos dos serviços de saúde, a boa unidade de atendimento é aquela em que os aparelhos para os exames diagnósticos existem e funcionam, situação crescentemente rara nos serviços públicos, gerando uma situação crítica no atendimento:

Eu acho que falta, e já há muito tempo, material de laboratório, os kits, tudo. A quantidade de exames de laboratório que nós estamos fazendo hoje é menor que num posto no interior da amazônia. Até exame radiológico a gente tá fazendo o mínimo do mínimo. Falta material e também funcionário. Mesmo que você reponha o funcionário ele vai ficar sem fazer nada porque não tem material.

[...] Você pede os exames; aqui ele (o paciente) não faz. Então ele sai numa peregrinação pelo Rio de Janeiro buscando quem faça os exames. Todo lugar que ele chega, prá fazer o exame ele tem que fazer uma nova consulta para que seja transcrito o pedido de exame [...].

Se você não tem acesso a um exame que você pediu, dificulta o seu desempenho [...].

A homogeneidade de concepções e representações entre médicos e pacientes da biomedicina se apresenta de maneira consideravelmente consistente, no que concerne à diagnose, em função da centralidade da categoria de doença nesta racionalidade médica. Identificar, prevenir, combater, erradicar: seja qual for o modelo médico, clínico, preventivista, sanitarista ou epidemiologista, é sempre à doença, representada como entidade (patológica) que se refere à biomedicina.

Tal homogeneidade se desfaz, entretanto, desde que se tenha em mira a terapêutica. Do nosso ponto de vista, isto acontece porque a terapêutica põe em cena a questão do tratamento, e através do tratamento, a

milénar questão social da cura, e sua função na cultura. Tal função é atribuída majoritariamente, nas sociedades complexas, aos sistemas médicos, sejam eles eruditos ou não.²¹ Uma tensão potencialmente conflitual, envolvendo os sistemas legitimados de cura (medicinas) e os membros da sociedade que buscam ser curados (pacientes) tende a emergir quando a racionalidade desses sistemas desconsidera sua função socialmente legitimada de cura, ou a coloca em situação secundária. Acreditamos que é o caso da biomedicina, cuja racionalidade privilegiou, nos últimos 50 anos, a diagnose de doenças, deixando cada vez mais em segundo plano a questão da terapêutica.²²

A busca por cuidados em saúde, entretanto, vem crescendo exponencialmente nos últimos 25 anos, em parte em função da intensa propaganda sobre consumo médico, em parte em função da deterioração de condições de vida de grandes camadas da população urbana, especialmente em países periféricos da economia capitalista, mas em grande parte também por um certo “mal-estar social”²³ que fragiliza particularmente indivíduos de grupos sociais mais vulneráveis, como idosos, mulheres de meia idade, desempregados, ou sem emprego (trata-se aqui dos jovens que não conseguem entrar na população economicamente ativa), aposentados (que não são necessariamente velhos), trabalhadores acidentados ou invalidados em função de suas atividades laborais, mulheres grávidas sem recursos ou sós etc.

Mesmo os que estão empregados sofrem danos de saúde em função da progressiva degradação das condições ambientais, do avanço do individualismo entre trabalhadores como forma de convivência social

²¹ O fato de sistema médicos complexos serem investidos de legalidade e legitimidade social na função social de cura não exclui a presença de outros agentes atuando no mesmo espaço social, em geral remanescentes de culturas tradicionais autóctones, ou trazidas de fora para aquela sociedade em que atuam. Esta convivência, nem sempre pacífica, é fato constante na história humana e parece indicar que nenhuma medicina tem a hegemonia completa sobre a cultura, nem mesmo num curto período histórico.

²² É verdade que a inversão epistemológica de arte de curar para ciência das doenças na medicina ocidental precede de dois séculos a secundarização da terapêutica no século XX, assinalando o início de uma nova racionalidade nesta medicina. Ver a este respeito, Luz (1988).

²³ Enquete sócio-demográfica realizada no início dos anos 90 por uma equipe de sociólogos franceses chefiada por Michel Joubert, com patrocínio do INSEE, constatou a existência de uma “pequena epidemia do mal-estar” na população urbana francesa. Ver Luz, M.T. (1997).

não solidária, degradação frequentemente predatória de políticas públicas sociais inclusivas (educação, saúde, transporte, moradia), profundamente desfavoráveis às camadas desprivilegiadas, em voga no capitalismo mundial desde os anos 80 (entre nós desde o início dos 90), e das mudanças aceleradas em padrões culturais e costumes básicos da vida social, envolvendo instituições concernindo questões como a sexualidade, o casamento, a família, o trabalho, a moralidade e a política (Luz, M.T., 1997).

A busca de cuidados passa a ser uma busca literal de atenção médica, isto é, de atenção médica. Embora os pacientes, sobretudo de serviços públicos, procurem evitar ir ao ambulatório ou ao hospital, só indo “em último caso”, quando vão esperam ser “bem atendidos” pelo médico. Isso inclui ser ouvido, ser olhado (de preferência “no rosto”), ser tocado e sobretudo ser informado (sobre “seu mal”). Em suma, o médico bom não é apenas o que acerta o diagnóstico e o remédio do paciente; é também aquele que é “atencioso”, isto é, que fala com o paciente, que o olha e o ouve:

O médico deve escutar a pessoa. Escutar o que a gente tem prá falar prá ele. Porque se ele não escutar a gente ele pode até receitar o remédio errado.

Um bom médico é aquele que além de passar a medicação certa é atencioso, explica porque tá assim, o que tem que fazer.

Esse médico praticamente não examinou a pessoa, não escutou o coração da pessoa, não fez nenhum exame pra saber direitinho o que a pessoa tem.

O que tem de bom aqui é que você é bem atendido, com respeito, dedicação; o médico tem aquela dedicação, não tem isso de má vontade, não.

A atenção do médico vale muito, né? Conversar [...] ele não é espírita! Então ele tem que conversar comigo, saber o meu problema, meu estômago, minha urina [...] ele não é adivinho!

Se para diagnosticar a máquina é necessária, para tratar somente o médico pode acertar com o “remédio” do paciente, seja droga, regime ou cirurgia. Para isto é necessário que ele seja realmente um curador.

O contato com o paciente não pode mais ser tecnológico, mediado por máquinas: deve se dar através dos sentidos do terapeuta (visão, ouvido, tato), como nos sistemas tradicionais de cura. Se as representações para a diagnose (“acertar o mal”) são marcadas pela cultura tecnológica contemporânea, as que dizem respeito à terapêutica e tratamento são fortemente marcadas por representações milenares envolvendo o processo de cura: o poder curador do terapeuta está referido a seus sentidos, mas também a sua capacidade de estabelecer a relação de cura com seu paciente. O paciente dos serviços investe, assim, seu médico do poder de curar que os membros das tribos atribuíam e atribuem ainda hoje aos seus pajés, reproduzindo a milenar função da cura como uma relação de poder delegado pelo paciente, e ratificado pelo grupo social. Entretanto, essa delegação nem sempre é aceita pelo médico. A falta de contato físico e cultural com seu paciente, o relacionar-se apenas com a cultura tecnológica do seu saber, isto é, com a ciência da diagnose das doenças, o impede de ouvi-lo, tocá-lo, às vezes mesmo vê-lo. Muitos pacientes se queixam de que o médico “nem sequer o olha”.²⁴

Para os médicos dos ambulatórios de serviços, “ouvir” a clientela é geralmente uma questão de paciência, em função da pouca importância que pode ter o discurso do paciente na medicina atual, mas também em função da situação social a que estão submetidos: muitas horas de trabalho em vários empregos, atendendo (nas unidades públicas) muitos pacientes em pouco espaço de tempo (em função da “produtividade” das ações), em condições materiais consideradas indignas de um bom padrão técnico, com fome e sede, servindo de amortecedores da questão social subjacente à demanda de atenção médica, desmotivados para atender “doenças” que são sempre as mesmas, em pacientes que parecem ser sempre os mesmos (na medida em que vêm do mesmo meio social):

O doente ideal é aquele que chega, fala só o que tem, vai embora e não perturba.

²⁴ No momento de realização de entrevistas com pacientes da homeopatia, realizadas para a pesquisa “História Institucional da Homeopatia no Brasil”, nos anos 80, ouvimos de muitos pacientes que haviam deixado a biomedicina em função de uma terapêutica (homeopática) em que fossem ouvidos e vistos. Vários declararam que os médicos “nem sequer os olhavam”. Ver Luz et al. (1987).

A maioria dos médicos não gosta disso, não! Paciente prá conversar, prá bater papo, não tem paciência, não! Se eu tivesse morrendo de pressa, com mil coisas prá fazer, com fome na hora do almoço [...] o paciente entra e quer conversar? Pô, eu realmente ia cortar [...] tem dias que cê tá com paciência, tem dias que não.

Espero servir da melhor maneira possível meus pacientes, mas também ter uma boa condição, não morrer de fome.

O sistema é muito duro com a gente, te exige muito [...]; espero corresponder à expectativa dos pacientes e também não passar fome, porque a gente não pode viver de caridade [...] o dinheiro é fundamental, por isso é difícil fazer ambulatorio, quem tem condições, tudo bem [...] mas é difícil.

O desencontro entre expectativas e representações do paciente e representações e disponibilidade dos médicos para esse tradicional encontro denominado consulta é flagrante na medicina institucional da atualidade, e acaba tendo um efeito profundamente desagregador sobre a relação médico/paciente. Essa desagregação acaba sendo um dos motivos principais de busca dos pacientes de outros modelos terapêuticos, sobretudo o modelo homeopático, que é, como afirmamos, centrado na relação médico/paciente. Geralmente os pacientes de programas de “medicinas alternativas” (homeopatia, acupuntura) dos serviços públicos são pacientes já expostos à biomedicina: crônicos (alérgicos, asmáticos, reumáticos, hipertensos, diabéticos) sem perspectiva de cura, ou “somatizadores”, isto é, sem patologia detectável em exames. Estes últimos são apenas ansiosos, ou “pitiáticos”, para empregar o termo usado entre médicos.²⁵

Para a medicina homeopática, o sintoma corresponde sempre a uma disfunção vital, a um “desequilíbrio”, assim como para a medicina tradicional chinesa corresponderá a uma desarmonia de *Qi*. Todo sintoma, nesses sistemas, faz sentido, porque refere, exprime um padrão de desequilíbrio/desarmonia de um sujeito. De fato, o adoecimento

²⁵ Para os médicos dos serviços públicos, constitui perda de tempo a mais esse tipo de pacientes que não têm nenhuma doença orgânica, e que apresentam uma gama variada de sintomas. Este fenômeno de não-correspondência é denominado “piti”, o que corresponderia a “maluquice” em termos populares.

começa muito antes de manifestar-se em lesão orgânica (doença, em termos ocidentais). Anomalias individuais de comportamentos, hábitos, sentimentos, sonhos, tudo isto é indicador de “doença” (do sujeito) em termos da racionalidade homeopática ou chinesa. Compete ao médico tratar os pacientes em função de todos os sintomas por ele referidos. Neste sentido é fundamental, é condição *sine qua non* de um bom diagnóstico e, conseqüentemente, de uma boa terapêutica, ouvi-los (Luz, 1995; Luz et al., 1987).

Em termos de representações (e de prática), o médico homeopata tende a se aproximar das expectativas e representações dos pacientes dos serviços. Esses pacientes estão quase sempre em busca de “atenção” médica, isto é, de cuidado do médico, apresentando decepção com tratamentos convencionais. A busca de tratamento homeopático é fruto de indicação de amigos ou parentes, ou ainda de funcionários dos serviços. Estes, quando se inicia um programa de acupuntura ou homeopatia na sua unidade, são os primeiros a procurá-lo para marcar consultas. Os funcionários são geralmente pessoas da mesma classe social que a clientela dos serviços. O uso tradicional da homeopatia na família pode ser também uma razão de demanda da homeopatia, mas isto é mais comum no ambulatório do IHB, uma tradicional instituição homeopática. No Instituto Hahnemanniano pode-se notar uma diferença na clientela, já descrita em trabalho anterior (Luz, 1987) com a dominância de pessoas de classe média, com educação formal muitas vezes superior, embora com rendimentos modestos. Nesta instituição, a “chegada” da clientela supõe uma informação prévia sobre a homeopatia que a maioria das pessoas dos serviços públicos não tem.

Mas mesmo na clientela do posto de saúde e do ambulatório, o universo de representações dos pacientes sobre organismo,²⁶ doença e adoecimento são semelhantes aos do IHB. Apesar de conterem elementos nitidamente mecânicos, as imagens de equilíbrio /

²⁶ Os pacientes da medicina homeopática tiveram bastante dificuldade em falar sobre o corpo. Para esses pacientes, é como se fosse algo íntimo, privado, sobre o qual não se pode falar. Quando a entrevistadora insistia, acabavam falando do corpo como uma forma estética, o corpo da publicidade: esbelto, gordo, feio, etc., diferente do corpo máquina, ou do corpo “organismo”. Cf. Luz e Campello (1995, p. 10-12).

desequilíbrio e de fusão corpo / mente ou psiquismo / organismo estão muito presentes. A linguagem é também mais sofisticada:

[...] Eu sinto meu organismo como um todo, uma engrenagem: ele o dia inteiro está produzindo e reciclando.

[...] O organismo da gente tá sempre mostrando prá gente o que ele quer [...] Eu acho que o corpo diz e pede o que voce precisa e mostra prá você. Eu acho que é assim.

[...] mais importante acho que é o todo; é o equilíbrio, você tem que estar bem com o corpo todo, o emocional.

Embora para o adoecimento estejam presentes as representações de dor, e de incapacitação ou paralisia das atividades cotidianas, típicas da clientela dos serviços (e conseqüentemente da classe trabalhadora), aparece também um “algo indefinido”, ou “alterado” como origem ou início da doença (Luz e Campello, 1995):

[...] quando o organismo não está numa função normal, alguma coisa tá desalinhando; quando aparece alguma coisa diferente, que a gente nota.

[...] desde o momento que a minha parte física e emocional está em desequilíbrio [...] é um problema emocional que vai gerar um problema físico, acho que tá tudo ligado a isso: emocional.

A relação corpo/mente, ou emocional/físico, inclusive com a influência dos sentimentos, da “cabeça”, sobre as manifestações somáticas como explicação para o adoecimento, é muito presente nos pacientes da homeopatia,²⁷ replicando a ideia do “todo” ou “totalidade” vital presente nas concepções dos médicos homeopatas, inclusive com a ideia de determinação sobre a totalidade dos sintomas “mentais”, isto é, sentimentos, comportamentos, hábitos e atitudes,

²⁷ Maria Andrea Loyola interpretou, em estudo sobre a prática homeopática dos anos 80, esta tendência da clientela homeopática de acordo com a hipótese dos usos sociais do corpode Boltanski, segundo a qual os membros de cada classe representam o corpo de acordo com suas funções sociais. A clientela da homeopatia, composta de professores, funcionários, militares, estudantes, que trabalham mais “com a cabeça”, teriam tendência a representar o corpo capitaneado pela “cabeça” e a buscar, pela homeopatia, o “equilíbrio entre o corpo e a cabeça” (Loyola, 1987).

como afirmam os “unicistas”, corrente homeopática majoritária nos serviços públicos do Rio de Janeiro:

[...] São as tensões do dia a dia, o stress, os traumas, os problemas emocionais que levam à doença.

A partir do momento que você vai reservando uma coisa só para você, você vai se maltratando: você não se libera de uma raiva, de uma certa coisa, uma ansiedade, você vai guardando, vai virando doença, vai trabalhando dentro da sua cabeça.. A partir do momento em que você divide isso com outra pessoa, cê tá dividindo, não tá somando.

Além da coerência de representações sobre corpo/organismo e todo, ou totalidade orgânica e emocional, no que concerne ao adoecimento ou à causa da doença, também há bastante coerência de representações entre médicos e pacientes da homeopatia concernindo cura ou saúde. Para uns como para outros, cura e reequilíbrio, ou “estar bem”, “estar sem sintomas”, “reencontrar o equilíbrio” são sinônimos, e estados provisórios. A ideia de cura como um ponto dinâmico de um processo (o tratamento) é típico dos pacientes e médicos da homeopatia, e supõe, a nosso ver, a partilha de um imaginário vitalista concernindo a saúde e adoecimento. Por esse imaginário, a saúde é representada como um “equilíbrio vital”, um processo oscilante que varia de acordo com os sentimentos pensamentos, relações (familiares, sociais), comportamentos, etc., dos indivíduos. Esse processo é visto como “natural”, isto é, algo inerente à “vida”, e adoecer é simplesmente “perder o equilíbrio”, assim como tratar-se é buscar o “equilíbrio perdido”, e curar-se é estar “equilibrado”, sendo este ponto um momento de um processo.

Outro ponto de concordância fundamental envolve a relação médico/paciente na homeopatia. Para médicos como para pacientes, a importância de ouvir/ser ouvido é vital. Para os médicos, para poderem “conhecer” seu paciente, no sentido de diagnosticá-lo, uma vez que se trata de diagnosticar um sujeito e não uma doença; para os pacientes, para poderem ser “atendidos”. “Perguntar tudo”, esta é a chave principal da consulta homeopática. Para o paciente, isto é sinal de interesse do terapeuta. Para o médico, é a única forma de poder estabelecer uma terapêutica adequada ao paciente, isto é,

o remédio que mais lhe convém. Não se trata, portanto, de uma questão “psicológica” da relação médico/paciente. Trata-se de um dos fundamentos da própria racionalidade médica homeopática: a diagnose buscada é a de um quadro de desequilíbrio vital de um sujeito individual, evidenciado pelos sintomas do sujeito (e não por sintomas gerais de uma doença); esta diagnose, por sua vez, aponta para um medicamento específico que provoca este tipo de sintomas em sujeitos não doentes (“sãos”). Somente conhecendo aquela singularidade (o paciente) detalhadamente o médico poderá encontrar a singularidade terapêutica (o medicamento) adequada. O bom homeopata necessariamente pergunta muito ao paciente: “pergunta tudo”, como afirmam os pacientes:

[O médico] quer saber o todo, tudo o que acontece comigo [o médico faz] várias perguntas, não só o lado da doença em si, do problema, mas o lado pessoal [...].

[Pergunta] com a finalidade de conhecer profundamente o paciente dele.

Para os pacientes da homeopatia, este “perguntar tudo” é visto geralmente com positividade, pois significa interesse em conhecê-lo “profundamente”, com a finalidade do esclarecimento da “origem” de sua doença: “ele não trata a consequência, ele trata a causa”, afirma uma paciente. E este conhecimento profundo visa, e os pacientes parecem sabê-lo, ao estabelecimento da terapêutica correta, isto é, à descoberta do seu remédio. Essa descoberta é vista como o fruto de um processo que demanda tempo, um tempo razoavelmente longo, que não é o da biomedicina, nem o da “produtividade” das ações de saúde. Os pacientes da medicina ocidental têm pressa, pois se encontram sempre numa situação de “último caso”; necessitando de uma resposta imediata sobre “o que têm”, a sua doença. Essa resposta é dada por uma série de procedimentos (os exames) que podem esclarecê-los, ao mesmo tempo em que tomam remédios (provisoriamente, ou por toda a vida) que “tirem a dor”, eliminem seu “sofrimento”. Sintoma, dor e sofrimento são vistos como sinônimos por pacientes da biomedicina. Essa sinonímia se atenua e quase desaparece em pacientes da homeopatia, em que a representação de desequilíbrio, mal-estar motivado por situação emocional, ou

disfunção do organismo como um todo aparece predominantemente, como vimos. Por outro lado, o fato de ter um “remédio pessoal” e um médico que os escuta transfere para o tratamento o encargo de modificar a situação de doença/adoecimento. E como o tratamento é visto como um processo que se desenvolve no tempo, a representação de saúde como um estado positivo reaparece para esses pacientes, na forma de um horizonte de cura no decorrer deste processo, através da representação de reequilíbrio.

O reequilíbrio dos pacientes da homeopatia, entretanto, deve ser entendido como a recuperação de um tempo de vida, de vitalidade. Esta vitalidade corresponde, por sua vez, para os adeptos da medicina homeopática, tanto médicos como pacientes, à recuperação de sua singularidade como pessoa face à doença e ao adoecimento. Poderíamos falar de uma recuperação do tempo interno desses pacientes, e possivelmente, como consequência, de um processo de ressubjetivação. Comparando-se com os pacientes da biomedicina, poderíamos falar num processo inverso: neste caso, há uma objetivação do tempo e dos sujeitos, que passam a se identificar com a doença que têm. Adotam a identidade da patologia de que são portadores: diabéticos, hipertensos, artríticos num primeiro momento, tornam-se progressivamente a hipertensão, a diabete, o artrismo. Seu tempo de vida passa a ser o tempo de desenvolvimento da patologia, e sua sobrevivência identifica-se com o sucesso da contenção ou do controle de sua patologia. Os exames são, neste caso, os guardiões avançados de sua saúde, pois são eles que permitem controlar de perto os recuos e avanços da doença. Os remédios, que no caso de pacientes crônicos jamais curam, apenas controlam sua doença, impedindo-a de ganhar terreno, são a segunda fileira de guardiões. Os pacientes da biomedicina vivem o que lhes resta de um tempo “objetivo” de vida na luta com a doença, reproduzindo assim o ideário bélico da racionalidade médica ocidental.

No entanto, pacientes da biomedicina portadores de doenças crônicas como a diabete, a hipertensão, as doenças reumáticas ou renais, tendem a desenvolver uma identidade grupal nos serviços públicos de saúde. Nas unidades onde há atendimento a grupos (hipertensos, diabéticos, renais), há intensa troca de experiências e

“receitas” sobre como tratar melhor seu problema de saúde, isto é, sua patologia, desenvolve-se, gerando essa identidade coletiva que tem regras próprias de interação e sociabilidade, ancoradas no partilhar da doença. Por outro lado, essa identidade coletiva pode até ir ao encontro de programas de prevenção/controle de doenças gerados institucionalmente. Um tipo novo de relação entre usuários de serviços e profissionais de saúde (pessoal de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, etc.), superando a tradicional (e conflituosa) relação médico-paciente, tende então a se estabelecer, com uma dinâmica própria específica, em que integração e conflitos seguem seu processo específico, com características de interlocução específicas, que não constituíram objeto deste trabalho.

Referências

- BOLTANSKI, J.L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- CAMARGO JR., K.R. *As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: o discurso médico e a construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumarás, 1994.
- _____. Racionalidades Médicas: a medicina ocidental contemporânea. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v.7, p. 129-150, 1995.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.
- DUPUY; KARSENTY. *L'invasion pharmaceutique*. Paris: Seuil, 1974.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ILLICH, I. *Medical Nemesis: the expropriation of health*. New York: Random House, 1976.
- LOYOLA, M.A. As Práticas da Homeopatia. In: LUZ, M.T. et al. (coord) *A questão da homeopatia*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1987 (Coleção Textos de Apoio).
- LUZ, D. A Medicina Tradicional Chinesa. In: *VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1996.
- _____. A Medicina Tradicional Chinesa. In: *VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Resultados da segunda fase. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1997.
- _____. *A Medicina Tradicional Chinesa*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 72).
- LUZ, H.S.; CAMPELLO, M.F. *Relatório Final de Atividades da Homeopatia*. Rio de Janeiro, 1995. 54p.

LUZ, M.T. *Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX*. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E MEDICINA, 4. Cuernavaca, México, junho, 1997, 27p.

LUZ, M.T. et al. (coord.). *A questão da homeopatia*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1987 (Coleção Textos de Apoio).

_____. (coord.). *VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Introdução geral aos resultados da segunda fase. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1997.

LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. *Cadernos de Sociologia*, Porto Alegre, v.7, p. 109-128, 1995.

LUZ, M.T.; CAMARGO JR. K.C.; LUZ, H.S., Homeopatia e racionalidade médica. *Revista da Associação Paulista de Homeopatia*, São Paulo, v.60, n. 3-4, p. 3-13, 1995.

LUZ, M.T.; CAMARGO JR., K.R. Comparative medical rationalities. *Curare*. Berlin, n. esp., p. 12, 1997.

MARTINEZ, D.S.; CONTE, F.T. Relatório final: medicina ocidental contemporânea. In: *VII Seminário do Projeto Racionalidades Médicas*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 1997, 35p.

SABINO, C. Relatório final de trabalho de campo medicina ocidental contemporânea, segunda fase do Projeto Racionalidades Médicas, 1997 Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 71p.



PARTE II – Práticas Integrativas em Saúde



Pesquisa e institucionalização das práticas integrativas e complementares e racionalidades médicas na Saúde Coletiva e no SUS: uma reflexão

CHARLES D. TESSER

Este ensaio apresenta reflexões e comentários a respeito da pesquisa sobre as práticas e terapias complementares e racionalidades médicas (RM)¹ no Brasil, bem como sobre sua experimentação institucional no Sistema Único de Saúde (SUS). Denominadas pela literatura biomédica e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medicinas alternativas e complementares (MAC), ou medicinas tradicionais (MT), quando inseridas em tradições culturais dos povos e países, essas práticas aqui serão referidas como práticas integrativas e complementares, abreviadas para PIC, por ser este o termo institucional que o governo brasileiro vem utilizando desde a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC (Brasil, 2006).

Como ponto de partida e contextualização do tema em termos político-sociais e epistemológicos, deve ser reconhecida a existência de uma ampla hegemonia, que beira o monopólio, na legitimidade social e acadêmica sobre quem e a partir de que tipo de conhecimento se pode validar práticas e saberes em saúde-doença. A referência

¹ Uso o termo no sentido atribuído por Luz (2000): um conjunto estruturado e coerente de cinco dimensões interligadas: uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura), embasadas em uma cosmologia, implícita ou explícita.

estabelecida de mais prestígio e poder para essa validação é a ciência biomédica ou biociência, que se concretiza através da sua “representante social”, a biomedicina (e demais profissões da saúde), em seus ramos acadêmicos e de práticas profissionais. Ou seja, são as instituições médicas corporativas e acadêmicas (e das demais profissões) os atores sociais mais respeitados como competentes para validar práticas e saberes nas instituições governamentais e privadas de saúde.

Isso não deve obscurecer o fato de que existem margens amplas de espaço para práticas e saberes de vários tipos, e mesmo outras racionalidades médicas, que persistem e são criados e/ou desenvolvidos nas sociedades, e mesmo no interior da própria biociência e da biomedicina. Porém, institucionalização mais ampla, o reconhecimento oficial de veracidade/segurança/eficácia dos saberes/práticas, e assim a sua validade (que lhes habilita a estar presentes e disseminados nos serviços de saúde), depende ou de sua incorporação pela biociência² ou de uma situação social específica que injete legitimidade social e status oficial em alguma prática/saber, relativizando, assim, exigências dos paradigmas instituídos e dos atores sociais a eles atrelados, de regra poderosos. Ou ainda de uma conjunção desses dois processos, que talvez tendam a andar juntos em alguma medida.

Como exemplo desses dois processos, posso citar para o primeiro caso a incorporação da acupuntura ao arsenal da medicina e de outras profissões. Ela foi acelerada e facilitada pela proliferação de estudos científicos sobre seus mecanismos de ação (provedores de legitimidade teórica) e de ensaios clínicos (que mostram, idealmente, eficácia) para variados problemas. Isso certamente contribuiu para sua oficialização como especialidade médica em 1995, no Brasil, em paralelo a várias outras profissões de saúde que o fizeram antes ou depois desta época. Deve-se lembrar, também, que antes disso as tentativas de oficialização da acupuntura na corporação médica foram frustradas e que, em paralelo, nas duas décadas anteriores, houve alguma experimentação social e aceitação desta técnica da

² E consequente tradução e/ou metamorfose desses saberes/práticas nos seus termos e modelos teórico-científicos vigentes.

medicina tradicional chinesa (MTC) de forma não regulamentada no país (Tesser, 2010; Nascimento, 1997).

É claro que vários fatores e circunstâncias estão envolvidos nesse processo de legitimação, institucionalização e adaptação. Estudos como o de Nascimento (1997), Moraes (2007), Souza e Luz (2009) e Carvalho (2005) apresentam o contexto social e histórico em que se dá mais ampla valorização e legitimação social das PIC e da acupuntura/MTC, discutindo aspectos socioculturais que passam pela diminuição do combate a práticas populares e ilegais de cura, pela influência tardia da contracultura (de certo modo reforçada pela crise ecológica global), pela crise de sentido, de religiosidade e de espiritualidade no Ocidente em geral, pelas crises sociais da biomedicina (quanto ao relacionamento de seus profissionais e intervenções com as pessoas), pela maior procura dessa práticas, enfim, pelas mudanças socioculturais contemporâneas gerais e no cuidado à saúde-doença. Em todo caso, parece claro que a proliferação de estudos biomédicos sobre a acupuntura facilitou sua incorporação progressiva pelas instituições, pelas profissões e pelo sistema de saúde. É também verdade que isso se deu em parte com a desconexão parcial da acupuntura de suas bases cosmológicas e “teóricas”, bem como do restante das práticas da MTC – ou, mais propriamente, da medicina clássica chinesa, conforme Souza (2008), que não a acompanharam na mesma medida no processo de socialização e institucionalização no Ocidente e na biomedicina.

Por outro lado, um exemplo do segundo caso pode ser considerado a oficialização da homeopatia como especialidade médica no Brasil. Sua introdução, experimentação e socialização no país foram muito mais antigas, já que aqui chegou no meio do século XIX (Luz, 1996). Os mesmos fatores sociais e culturais acima citados estavam presentes e convergentes para o reconhecimento da homeopatia na sociedade brasileira, na corporação médica e no sistema de saúde público, mas ela não contou com o apoio importante de estudos científicos biomédicos que lhe conferissem legitimação teórica. Esta é inexistente até hoje, apesar de algumas tentativas e hipóteses

promissoras levantadas para possíveis mecanismos de ação.³ Todavia, esses estudos, embora muito lentamente comecem a ser reconhecidos ou respeitados, são proporcionalmente muito poucos e não têm mudado em nada a dificuldade da legitimação teórica. Ao contrário, há recentes movimentos de recrudescimento contra a presença da homeopatia no ambiente institucional biomédico, baseados na sua não-fundamentação científica.

Também não houve nem há reconhecimento acadêmico consensual de eficácia clínica da homeopatia pela comunidade científica. Existem diversos ensaios clínicos e várias meta-análises, mas há polêmica sobre sua interpretação e diversos problemas e limites metodológicos (alguns adiante abordados). Resultados gerais considerados favoráveis por alguns pesquisadores e revisores (meta-analistas) não têm movido a comunidade científica de uma posição negativista e cética, alimentada pela dificuldade de enquadramento do saber e prática homeopáticos

³ Em 1988, a revista *Nature* publicou o trabalho de uma equipe de imunologistas franceses coordenados por Jacques Benveniste (1935-2004) (Davenas et al., 1988). Eles testaram em laboratório a reação de glóbulos brancos que participam das reações alérgicas (basófilos) a doses altamente diluídas (dinamizadas) de um anticorpo (IgE) (preparação homeopática). Relataram que basófilos expostos a dinamizações altíssimas de IgE (ou seja, IgE tão dissolvida a ponto de que a probabilidade de haver uma molécula é nula) também degranulam. O estudo foi replicado com sucesso em outros laboratórios de diferentes universidades. A revista *Nature* aceitou parte do trabalho e o publicou. Porém, no mesmo número, com um editorial pondo em dúvida seus resultados (Maddox, 1988), iniciou uma série de críticas que prejudicou seriamente a carreira científica de Benveniste. Outros poucos pesquisadores continuaram este tipo de pesquisa (Belong et al, 2004; Sainte-Laudy et al., 2008), corroborando achados de Benveniste. O empreendimento tem recebido pouca atenção na imprensa especializada, apesar do rigor com que foi executado e do questionamento que implica ao senso comum científico (Lima, 2002). Em recente entrevista concedida à revista *Science* de 24 de dezembro de 2010, o virologista Luc Montagnier, ganhador do prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina de 2008 pela descoberta do HIV, defendeu Benveniste, que se tornou alvo de chacota (ganhou o anti-prêmio IgNobel) e descrédito quando declarou que a diluição alta usada em homeopatia tem efeitos biológicos "Benveniste foi rejeitada por todos, porque estava muito à frente. Ele perdeu tudo - seu laboratório, seu dinheiro [...]", declarou Montagnier. "Não posso dizer que a homeopatia está certa em tudo. O que posso dizer agora é que as altas diluições estão corretas. Altas diluições de alguma coisa não são nada. São estruturas de água que imitam as moléculas originais [...] Há uma espécie de medo em torno desse tema na Europa. Disseram-me que algumas pessoas têm reproduzido os resultados de Benveniste, mas têm medo de publicá-los por causa do terror intelectual promovido por pessoas que não entendem isso," completou o virologista. Disponível na Wikipedia, em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Jacques_Benveniste). Acessado em: 08 ago 2011.

(principalmente da terapêutica e seus mecanismos de ação) no corpo teórico biomédico, que opera numa concepção de adoecimento ontológico-localista e de intervenção mecanico-causal (Camargo Jr., 2003; Almeida 2002), completamente distinta da homeopatia.

Baseado em Luz (1996), pode-se interpretar a oficialização da homeopatia, em 1980, a partir de sua antiguidade, muito maior socialização, aceitação e legitimação entre diversos estratos sociais, incluindo instituições médicas (hospitais, ambulatórios, farmácias). Os homeopatas travaram longa batalha pela oficialização de sua medicina, introduzindo-a em enfermarias e ambulatórios, criando instituições homeopáticas, introduzindo-a em diversas camadas e grupos sociais ao longo do tempo. Passando por maior processo de experimentação, aceitação e legitimação social, com altos e baixos descritos por Luz (1996), essa socialização incluiu camadas populares, frequentadores de centros espíritas e terreiros de umbanda, usuários de serviços públicos ou filantrópicos em que a homeopatia se fez presente, camadas de classe média (estudantes, universitários, técnicos, funcionários públicos, professores, psicólogos etc.), estratos de classe média alta e parte pequena da elite empresarial, artística e de profissionais liberais de renome, os quais (estes dois últimos grupos) são os maiores usuários contemporâneos da homeopatia, frequentadores dos consultórios privados. Há ainda parcelas entre os militares, historicamente já atuantes e que podem ter sido importantes ao fim da ditadura militar, quando, após algumas tentativas frustradas, a homeopatia foi reconhecida como especialidade médica pela Resolução n.º. 1000/80 do Conselho Federal de Medicina.

Isso significa que uma via de legitimação e oficialização de um saber/prática em saúde-doença pode se dar mais pela validação científica biomédica e outra via ocorrer mais por processos de natureza política e social (ainda que uma não esteja separada da outra).

Pensando nas PIC e outras RM na sua globalidade, em geral, pode-se considerar que a validação científica é um empecilho de grande monta, dada a hegemonia da biomedicina e da ciência na sociedade e no SUS. Nessa lógica, há necessidade de geração de evidências como argumento de validade e mecanismo de produção de

verdades imbuídas de poder simbólico na sociedade. Assim, a ciência acaba funcionando, dentre outras coisas, como um mecanismo de proteção do saber/prática, e suas evidências passam a ser argumentos de efetividade e segurança, e em última instância, de autoridade.

Outro aspecto que se deve considerar, pois está envolvido no tema, é a intensa disputa social por espaço de atuação entre as várias profissões da saúde e seus segmentos: médicos versus outras profissões; médicos especialistas entre si ou estes versus médicos generalistas ou da atenção primária (cuja particular esfera de atuação gerou uma especialidade, os médicos de família e comunidade); profissionais de saúde em geral versus outros praticantes (organizados ou não) e outros curadores; profissionais de saúde versus práticas sociais de cuidado e cura autônomas, disseminadas e não-reguladas. A globalização econômica e a capilarização de relações de disputa e poder dela decorrente, associadas ao processo amplo de medicalização social atual, geram um progressivo combate corporativo por campos de atuação profissional e valorização desses campos, em que a regra básica definidora das relações sociais é a disputa, o conflito por melhores posições de poder social, a dominação de determinados campos ou práticas ou procedimentos.

Isso nos remeteria a uma discussão sobre a problemática da construção social da relação entre: a) sociedade e ciência, b) sociedade e sistemas especialistas (peritos, profissões) e, como decorrência específica, c) entre o SUS e as corporações profissionais. Ou ainda, de forma mais genérica, entre a sociedade e os curadores especializados reconhecidos (oficialmente ou não) como tais. Como não é o caso de destrinchar estes complexos temas, nem é necessário aqui seu detalhamento, restrinjo-me a esboçar algumas balizamentos norteadores de uma posição baseada em Feyerabend (1991, 1982) e Boaventura Santos (2000, 1992), a partir de uma visão crítica e militante em relação ao intenso processo de medicalização social, particularmente quanto aos seus desdobramentos sócio-institucionais e jurídicos nos campos e núcleos de saber e prática profissional em saúde (entendidos na acepção de Campos, 2000), sintetizados em Tesser (2010b, p. 11-33).

Trata-se de reconhecer que as sociedades concentram saber e poder e práticas específicas em agentes especializados (Berger; Luckman, 1996), e precisam estabelecer uma relação saudável e equilibrada com eles. A hegemonia da biomedicina, no bojo da globalização capitalista desregrada contemporânea, e o processo de medicalização social progressivo vêm tornando essa relação tensa, violenta e altamente desequilibrada, no sentido de uma excessiva concentração de poder nos profissionais de saúde, dentre os quais se destacam os da profissão médica e da medicina especializada, considerando-se a vinculação dessa medicina com o chamado complexo médico-industrial. Isso no cuidado à saúde é particularmente delicado e problemático, pois há unanimidade de que a relação de cura estabelecida quando uma pessoa procura um curador para seus problemas de saúde depende de pactos de ética e confiança, compartilhamento simbólico e afetivo, projeção de poder por parte do doente, manejo da relação, interpretação e orientação terapêutica e preventiva/promocional por parte do especialista (curador). E que esse manejo deve fomentar a liberdade vivida e a autonomia do usuário, com responsabilidade e corresponsabilização pelo cuidado, numa lógica mais promotora de saúde do que controladora de comportamentos e geradora de dependência.

Também a concentração progressiva de tecnologia dura interposta no cuidado biomédico entre médico e doente e a rarefação da densidade relacional e do contato humano aí envolvido têm prejudicado em muito essa relação, mas o desenvolvimento tecnológico paradoxalmente aglutina em si mesmo cada vez mais legitimidade e poder simbólico, gerando mais dependência e consumo e heteronomia, ao mesmo tempo em que frustra os doentes que persistem esperando uma experiência com um curador que lhes entenda o sofrimento e lhes fale como pessoa, com um tanto de “coração”.

A biociência e suas partes ou frações mais duras, consolidadas e positivistas, têm sido a única instituição contemporânea a receber crédito social para produzir verdades sobre saúde-doença, e vêm monopolizando a posição de formadora de corporações de especialistas. Isso reforça a necessidade de legitimação teórica e institucionalização acadêmica, para o que as pesquisas sobre as PIC são essenciais, mas esse

caminho tende a reproduzir o padrão fragmentário e desequilibrado já relativamente bem instalado, cujas crises e desequilíbrios são, inclusive, motores da revalorização e procura social das PIC e das RM.

Segundo Feyerabend (1991), seria hora de se questionar o monopólio social e a exclusividade estatal de subsídios para com a ciência. Há quase uma relação religiosa monoteísta entre Estado (sociedade formal) e ciência. “É mais do que tempo de acrescentar a separação Estado-Ciência à separação, hoje habitual, entre Estado e Igreja” (p.337). Haveria que instaurar uma separação e “laicização” do estado: “a ciência deve ser tratada como uma tradição entre tantas, e não como parâmetro de avaliação do que é e do que não é, do que pode e do que não pode ser aceito” (p.52). Assim, “as sociedades democráticas deveriam atribuir igualdade de direitos a todas as tradições, e não apenas igualdade de oportunidades” (p.54), que em geral se restringem à igualdade de acesso a uma tradição em particular. “Nas democracias ocidentais a “igualdade de oportunidades” tem por norma a última aceção, sendo a tradição privilegiada um misto de ciência, liberalismo e capitalismo” (p.53). Com isso, o autor defende simultaneamente uma liberdade para e uma liberdade das ciências:

Afirmo não existirem razões “objetivas” para preferir a ciência e o racionalismo ocidental a outras tradições [...]. É verdade que a ciência ocidental contaminou agora todo o mundo como uma doença contagiosa e muitas pessoas aceitam incondicionalmente os seus produtos (intelectuais e materiais) – mas a questão subsiste: tratou-se do resultado de uma discussão (na aceção dos defensores da ciência ocidental), isto é, foi cada passo do progresso justificado por razões que estão de acordo com os princípios do racionalismo ocidental? Será que a contaminação melhorou a vida daqueles em que tocou? A resposta a ambas as perguntas é não. A civilização ocidental ou foi imposta pela força, não que os argumentos revelassem a sua veracidade, ou aceite porque produziu melhores armas [...] e o seu progresso, conquanto algo benéfico, causou também enormes danos (p.346).

Essa posição polêmica reforça a possibilidade de que se revalorize a segunda opção de legitimação e oficialização social das PIC, um

tanto na direção do que foi discutido para a homeopatia nas linhas acima. Talvez, por hipótese, outras tradições e corpos de saber/prática, com outros valores, cosmovisões e concepções de homem, outras tecnologias presentes nas PIC/RM, sejam o que há de maior valor e novidade, de maior contribuição das PIC e das outras RM ao momento contemporâneo de busca por melhores modos de cuidar da saúde-doença (Palmeira, 1990). E isso pode ser colocado em risco no processo de estudo, adaptação, processamento e legitimação delas pela vertente hegemônica da biociência.⁴

Como desdobramento dessa proposta, aparece uma série de desafios sociais e políticos, mas também acadêmicos: que tipos de PIC e quais racionalidades médicas valorizar, apoiar, fomentar, reconhecer e institucionalizar de alguma forma no SUS? Que instituições formadoras reconhecer, se é que existem, ou criar e fomentar, se não existem? Que tipo de práticas e cuidados são desejáveis de se ter, legitimar, financiar com os recursos do SUS? Que tipo de pesquisas fazer com o dinheiro público das universidades brasileiras e órgãos de fomento? Que tipo de ciência e de pesquisa fazer para conhecer, compreender, valorizar e validar as PIC e outras racionalidades médicas (RM)?

Pontos de partida

A partir de Boaventura Santos (2000, 1982) e de um distanciamento crítico inspirado em Feyerabend (1991, 1990, 1982, 1985), pode-se pensar inicialmente numa relação cautelosa para com a ciência, considerando que ela, no geral e nos seus aspectos hegemônicos na área da saúde, é necessária e indispensável, porém inadequada e

⁴ Embora isso enriqueça a biomedicina, diversificando sua técnicas terapêuticas, preventivas e promotoras, pode significar a desqualificação, e, no limite, o afastamento ou extinção da prática social de algumas técnicas de PIC ou de racionalidades médicas, que ficariam metamorfoseadas em um novo procedimento biomédico monopolizado por alguma(s) corporação(ões) profissional(is). A acupuntura é um bom exemplo desse caso: embora ela ainda esteja majoritariamente associada, no seu exercício, à teoria e técnica da MTC, sua adaptação e estudo científico já vem dando margem a um movimento de construção de uma acupuntura científica que desconsideraria as características da racionalidade médica da MTC (afastando ideias ou noções “teóricas” tradicionais como *yin* e *yang*, pontos de acupuntura, meridianos, “*qi*” etc.).

perigosa.⁵ E isso vale para o processo de legitimação, compreensão e validação de práticas/saberes em saúde-doença. Por outro lado, há que se considerar que a não-ciência, outras tradições, práticas, saberes, valores e processos sociais são valiosos e talvez sejam também indispensáveis no cuidado em saúde-doença e na valorização e validação das PIC/RM. Todavia, isso não está bem estabelecido na sociedade nem no SUS, senão de forma genérica e no aspecto jurídico, com a PNPIC. É relativamente incipiente no Brasil uma valorização e presença institucional das mesmas nos serviços públicos de saúde, em que pese algum aumento da pequena presença de algumas delas (De Simoni; Benevides; Filice, 2008).

Embora a ciência seja em grande parte inevitável, em outra parte dos processos ela possivelmente nem sempre será necessária ou desejável. E quando necessária, há ainda que se considerar que ela não é um bloco homogêneo, inclusive na saúde,⁶ mas comporta distintas tradições de pesquisa e pensamento, nas suas distintas áreas, com variados métodos, teorias, enfoques e perspectivas.

As metodologias e enfoques qualitativos, referenciadas nas ciências humanas e sociais (inspiradas em variadas disciplinas como a história, a filosofia e a epistemologia, a sociologia, a antropologia, etc.), com seus múltiplos referenciais teóricos, ainda que grandemente minoritários na saúde, podem contribuir tanto para a compreensão dos processos sociais e políticos de legitimação e validação de saberes e práticas quanto para abastecê-los de argumentos científicos e de outras naturezas. Ou seja, podem ter tanto uma ação social e política quanto científica no processo social de conhecimento, significação, valorização,

⁵ Fazendo pequenas adaptações a situação pode ser resumida com as palavras de Feyerabend (1991, p.337): “A ciência [biomedicina] é apenas um dos muitos instrumentos inventados pelo homem para fazer face à circunstância [ao adoecimento e à doença]. Não é o único, não é infalível e tornou-se demasiado poderoso, dinâmico em demasia, excessivamente perigoso para ser abandonado a si mesmo”.

⁶ Apesar de haver grandes hegemonias dentro da ciência e da biociência. A presença dos paradigmas, segundo Kuhn (1985, 1989) constituem hegemonias (tanto no sentido coloquial como no sentido mais específico de Gramsci (1987), de que beiram o monopólio e sustentam afirmativas genéricas como as dos primeiros parágrafos deste texto.

legitimação e validação das PIC/RM. Isso é particularmente relevante na Saúde Coletiva, uma área híbrida em termos de tradições, teorias e metodologias de pesquisa. Porém, também a própria biomedicina vem valorizando, lentamente, mas progressivamente, tais tipos de pesquisas e enfoques mais qualitativos, se bem que de forma amplamente subalterna (em relação aos métodos hegemônicos).

Isso permite vislumbrar duas frentes principais de trabalho e pesquisa com as PIC/RM no sentido de seu estudo, compreensão, valorização e possível legitimação-institucionalização. Uma primeira seria abordá-las dentro e através da ciência, o que já está em curso, lentamente e com fortes vieses advindos da hegemonia metodológica centrada em metodologias quantitativas tipo ensaios clínicos (para avaliar eficácia – a famosa medicina baseada em evidências) e estudos “de laboratório” (para modelização, “verificação” experimental e legitimação teórica). Obviamente, trata-se aqui de fazer mais pesquisa científica sobre as PIC/RM, nos moldes laboratoriais e dos ensaios clínicos.

A segunda frente de trabalho e pesquisa, diferentemente, orienta-se no sentido de construir “sabedoria social” para valorizar o que não é ciência – quebrar o privilégio da ciência de dizer o que é e o que não é importante, quais tradições de cura e quais instituições e curadores e práticas são ou não seguras, efetivas, desejáveis ou não de se fazer presentes no SUS. Isso se faz eminentemente com ação política, social, institucional, fomentando redes de práticas sociais, leigas, especializadas e profissionais, nas instituições públicas e privadas e fora delas. Todavia, esse processo social-político pode e deve ser estudado pela ciência, e aqui novamente outras frentes de pesquisa são abertas. Além disso, a própria condição de cientistas e pesquisadores na área das PIC pode habilitar e legitimar pessoas para que tenham maior visibilidade e ação social e política, o que ressalta a função social das pesquisas com as PIC.

Para essas duas grandes frentes de pesquisa, que tipo de ciência é necessário? Que tipo de pesquisa é a mais desejável? Quais as frentes de trabalho mais promissoras? Longe de querer responder a essas questões, esboço algumas reflexões e menciono algumas

possibilidades de abordagem das PIC/RM em pesquisa,⁷ um tanto telegraficamente, começando com algumas rápidas ponderações sobre as pesquisas com enfoques e metodologias quantitativas, que buscam de regra um caráter explicativo e de “comprovação”, clínica (eficácia) ou laboratorial (explicação dos modos de ação).

Esse tipo de pesquisa produz conhecimentos e argumentos fortes que muitas vezes se impõe e calam outros, de outras naturezas, ou outras vozes. Seu uso pode ser politicamente poderoso, sua ênfase muitas vezes é a produção de argumentos com grande poder de persuasão. Parafraseando Habermas (1989), estas pesquisas podem ter uma perspectiva mais estratégica e instrumental, podem inclusive ser usadas como maquiagem científica para atos de puro poder. Na área da saúde e em relação aos cuidados profissionais médicos, elas estão vinculadas a estruturas sociais estabelecidas e regulam disputas entre atores poderosíssimos, como as indústrias e laboratórios farmacêuticos (Angel, 2007). Podem ser sintetizadas e estão institucionalizadas nas pesquisas clínicas contra-placebo (Pignarre, 1999), necessárias para legalização de medicamentos.

Nos comentários que seguem, não tratarei das pesquisas laboratoriais, pois estas são um dos carros-chefes do paradigma biomédico hegemônico⁸, que vão de “vento em popa”, desenvolvendo-se no detalhamento dos mecanismos materiais fisiológicos e fisiopatológicos, com tecnologias nanométricas e de imagem sofisticadas, aumentando os detalhes dos modelos existentes de funcionamento do corpo e de várias “doenças” e suas “peças” (moléculas, gens, etc).⁹ Esse avanço gera também novos modelos e teorias, alguns questionadores e inovadores, e pesquisas “de ponta”

⁷ Também deixo para outro momento a discussão sobre ação social e política propriamente dita, a construção de redes de práticas sociais e a divulgação de saberes e práticas de variadas PIC e RM em si mesmas.

⁸ Uso aqui o termo paradigma conforme Kuhn (1987, 1989).

⁹ Vale lembrar que mesmo aqui há uma proliferação fértil de pesquisas laboratoriais sobre técnicas e práticas de PIC, com grande número de pesquisas sobre vários tópicos e temas, em geral dispersas pelas publicações científicas, que não serão abordados neste texto. Como um pequeno exemplo desse universo, ver o estudo criativo de Wirth (1990).

vão aos poucos aumentando a complexidade dos modelos e mostrando suas falhas e anomalias, mas isso não tem gerado algo como uma situação de pré-revolução paradigmática na biomedicina.¹⁰

Finalizarei o ensaio comentando possibilidades de pesquisa com metodologias qualitativas, com enfoque mais compreensivo, comumente mais ligadas as Ciências Humanas e Sociais, que podem gerar um saber mais comunicativo (no linguajar de Habermas, 1989), mas cujo potencial político não deve ser subvalorizado.

Legitimar as PIC/RM via pesquisas clínicas

As pesquisas clínicas em geral e sobre as PIC/RM têm se orientado pelos chamados ensaios clínicos aleatorizados, considerados padrões-ouro para avaliação de eficácia de intervenções na biomedicina. Uma boa discussão introdutória sobre o seu uso no estudo das PIC é encontrado em Kaptchuck et al. (2001). Trata-se da comparação entre grupos de pessoas com problemas semelhantes que são submetidos a tratamentos diferentes e cujos resultados são comparados, de modo a se especificar a dimensão da eficácia específica do tratamento proposto, distinguindo-a da eficácia inespecífica de outras forças ou fatores ou variáveis intervenientes (agrupadas na etiqueta de efeito placebo). De regra, eles comparam tratamento *x* nada, tratamento *x* tratamento, tratamento *x* placebo (ou simulação). Os ensaios clínicos podem ser classificados em dois tipos polares, sendo o primeiro o mais clássico chamado por Kaptchuck et al. (2001) de metódico, e o segundo chamado de pragmático, cujas características diferem dos primeiros em alguns aspectos. Há muitas possibilidades de intermediários entre os dois, misturando características de um e outro.

Os ensaios clínicos metódicos são aqueles em que se pressupõe que seja possível e desejável separar a ação e eficácia específicas do tratamento proposto e a eficácia do efeito placebo, dos efeitos inespecíficos, da

¹⁰ A resistência das concepções biomédicas hegemônicas - bem sintetizadas por Camargo Jr. (2003) - aos avanços da própria biociência e as tendências das pesquisas biomédicas, que persistem centradas nessas concepções, digamos, quase "ultrapassadas", e nas suas tecnologias consagradas e estabelecidas são fatos complexos - científicos e sociais - que estão além do escopo deste ensaio.

evolução natural, dos mecanismos naturais de defesa e regulação, dos efeitos da interação cuidador-doente. Esses ensaios almejam medir o quanto da eficácia obtida se deve ao efeito específico da intervenção. Eles buscam controlar variáveis inespecíficas diferentes da intervenção que propõem.¹¹ Tentam estabelecer relações causais e simulam um controle quase “laboratorial” da situação de tratamento, usando para isso de grande detalhamento e sofisticação metodológica estatística (controle do máximo de variáveis de confusão, do acaso, dos vieses, etc.).

Os estudos metódicos são mais bem realizados com dados claros e objetivos (doenças com “autossuficiência ontológica”), que são mais raras e mais graves. Geralmente as PIC/RM (e a clínica generalista em geral, especialmente da atenção primária à saúde [APS]) lidam com adoecimentos e queixas profundamente enraizados em mudanças na percepção, no automonitoramento e no conhecimento dos pacientes. O conhecimento científico atual sobre as PIC derivado de ensaios clínicos metódicos provém de quatro fontes principais, em que a abordagem metódica não funciona bem: 1) doenças com componentes altamente subjetivos (dor crônica, cefaleia, alergia, insônia, dor lombar, ansiedade); 2) doenças crônicas com cursos flutuantes e também altamente sensíveis a estados subjetivos (artrites, asma, osteomusculares); 3) doenças somáticas relacionadas a percepção (fadiga crônica, hipoglicemia, etc.); 4) doenças autolimitadas e sem gravidade (Kaptchuck et al., 2001, p.46). É uma ironia que o universo abarcado nessas fontes responda pela imensa maioria, se não a quase totalidade (se a eles somarmos as doenças crônicas metabólicas e cardiovasculares – hipertensão, diabetes, etc.) dos adoecimentos.

Outra característica dos ensaios clínicos metódicos é que eles exigem alta homogeneidade e total adesão à classificação biomédica dos adoecimentos, bem como ao pressuposto de que os tratamentos

¹¹ Os ensaios clínicos aleatórios e controlados com placebo passaram a ser considerados fundamentais somente quando se tornou óbvia a onipresença de efeitos inespecíficos nos primeiros experimentos clínicos, e só se tornou preeminente para a biomedicina e para os órgãos governamentais após os problemas com a talidomida na década de 60 (Kaptchuck et al., 2001, p.39). Antes da segunda guerra os resultados clínicos eram suficientes para demonstrar eficácia. Depois, os controles com placebo visavam garantir que a eficácia devia-se à intervenção “ativa” e não a quaisquer efeitos inespecíficos (id.).

sejam específicos às doenças, tendo como corolário que todas as pessoas classificadas da mesma forma deverão receber o mesmo tratamento. Ou seja, o tratamento é padronizado por doença, supondo que as individualidades pessoais, biológicas, psíquicas e sócio-existenciais não têm suficiente importância que mereça tematização ou inclusão no tratamento ou nos estudos (o que é compreensível, pois isso não é homogeneizável e imporiam restrições severas aos métodos estatísticos utilizados e seus pressupostos). O caráter *standardizado, massificado e* mesmo “industrial” das classificações e tratamentos biomédicos se impõe com total força nestes ensaios, que praticamente excluem outras formas de interpretar e cuidar dos adoecimentos, mais individualizáveis. Eles comparam tratamentos para “doenças biomédicas” em grupos o mais homogêneos possível. Mesmo assim, vários estudos desse tipo realizados avaliando alguma PIC ou algum tratamento de outra racionalidade médica apresentaram resultados positivos, favoráveis,¹² mas não são muitos e vários deles controversos. Comparativamente, são muito minoritários em relação aos estudos sobre ação de fármacos.

Por outro lado, os ensaios clínicos pragmáticos partem da inseparabilidade dos efeitos específicos e inespecíficos, já que muitos estudos mostraram, nas últimas quatro décadas, relevante inseparabilidade entre eles, que “interagem de formas marcantes e significativas” (Kaptchuck et al., 2001, p.47). Esses ensaios não tentam distingui-los, nem controlar o máximo de variáveis; buscam comparar tratamentos em condições o mais próximas possíveis da vida real. Isso flexibiliza os desenhos metodológicos, mas também impõe limitações, já que várias respostas (em termos de relações causais) antes procuradas deixam de poder ser respondidas. Por outro lado, pode-se considerar que isso pouco importa, quando o que se quer é apenas comparar tratamentos em termos de segurança, iatrogenia e efetividade. A situação dos estudos sobre quiropraxia enquadra-se parcialmente nessa situação: os estudos clínicos mostram-na como superior em eficácia ao tratamento convencional e ao placebo, e ela está regulamentada na Inglaterra com a facilitação dessa demonstração, mesmo que vários problemas metodológicos (os ensaios são híbridos

¹² Ver vários exemplos em Ernst (2001).

entre metodologia pragmática e metódica) e várias respostas sobre várias questões permaneçam desconhecidas (id., p.52).

Obviamente, os ensaios clínicos pragmáticos parecem ser os mais promissores na avaliação das PIC/RM, porém são uma pequena minoria dos ensaios – a maioria tende a ser metódica ou híbrida. Eles também permitem algumas adaptações dos estudos clínicos aos pressupostos teóricos e técnicos das diversas PIC ou RM, o que é outro problema grave deste tipo de metodologia.

Na biomedicina, normalmente se compartilham pressupostos paradigmáticos que implicam na adoção de uma classificação científica dos adoecimentos, usadas como critérios para os ensaios clínicos (que entram nos critérios de inclusão e exclusão, parâmetros de evolução, melhora e piora etc.). No estudo das PIC e das RM, particularmente destas últimas, isso não é possível nem desejável, uma vez que elas têm critérios classificatórios de adoecimentos, “causação” (“fatores e mecanismos patogênicos”) e evolução muitas vezes diferentes da biomedicina, por vezes altamente artesanais e individualizantes, tanto na avaliação diagnóstica quanto no tratamento. Situação que gera tratamentos singularizantes, vinculados à pessoa e mutáveis no tempo, para os “mesmos problemas” do ponto de vista biomédico. Isso, inclusive, pode explicar uma parte dos inconclusivos ou frustrantes resultados obtidos nos ensaios clínicos metódicos sobre alguma terapêutica de uma PIC ou RM.

Essa situação implica a necessidade de redesenhar os ensaios clínicos para adaptá-los às características teóricas e técnicas das PIC e RM, incluindo neles um diálogo entre diferentes formas de classificação e interpretação, no que os ensaios pragmáticos são muito mais flexíveis e possivelmente os únicos viáveis. Isso está começando lentamente a ser feito (alguns exemplos podem ser obtidos em Souza [2008], quanto à medicina tradicional chinesa). Até onde sei, no Brasil ainda não existem pesquisas de porte desse tipo. Embora os ensaios clínicos tenham várias limitações na sua aplicação nas PIC e RM, o desenvolvimento de novos desenhos pragmáticos faz deles uma frente potencial importante de pesquisa, que está toda por ser desenvolvida no Brasil.

A tendência recente da biomedicina e da biociência é pautar-se por evidências. Todos os ensaios clínicos, e mesmo outras fontes de informações, como opiniões de especialistas, uso popular consagrado, coerência e significação teórica (restrita aos modelos aceitos cientificamente no momento), entram como evidências, de modo hierarquizado. Sem dúvida que os grandes ensaios clínicos aleatorizados são os considerados padrões-ouro, mas mesmo estudos de outras naturezas podem produzir evidências, o que também é estrategicamente importante, e a isso retornarei adiante. Por outro lado, todos os ensaios clínicos (metódicos ou pragmáticos) visam a avaliar a eficácia de alguma intervenção, mas as pessoas ao procurarem tratamento fazem muito mais que se submeter a um procedimento especificado de qualquer natureza: buscam consolo; buscam curadores que as ouçam e entendam; buscam novas compreensões; buscam respostas para questões existenciais; interpretações que ajudem a dar sentido ao seu sofrimento, sua angústias, seus medos e dores; estão movidas por esperança, valores morais, sentimentos, crenças, fé, buscas mais ou menos conscientes, dores, desejos de viver e “ser mais”, angústias e sintomas por não poder viver e “ser mais”.

Ao encontrarem um curador (profissional ou não, ortodoxo ou complementar) elas interagem com ele, suas emoções e orientações e isso as muda e aos seus conhecimentos e às suas crenças, esperanças, emoções e percepções. Isso tudo pode alterar e comumente altera em alguma medida seu estado de saúde e o curso de seus problemas.

Ainda que estejamos numa sociedade cada vez mais medicalizada (Tesser, 2010), em que cuidados com saúde-doença, autônomos e heterônomos, estão cada vez mais protocolados, padronizados e industrializados, as pessoas ainda são e provavelmente continuarão em algum grau a ser protagonistas de seus cuidados e da busca de cuidado heterônimo, e tudo isso é precisamente o que é excluído, na sua maior parte, pelos ensaios clínicos, que silenciam e substituem avaliação e a participação ativa das pessoas pelos resultados estatísticos de intervenções heterônomas. Se por um lado, os ensaios clínicos são valiosos e são reguladores oficiais instituídos de segurança e eficácia, por outro lado também são silenciadores da voz dos doentes, dos

curadores não oficializados e mesmo dos profissionais de saúde. Esse efeito silenciador, ao lado de outros efeitos colaterais (Tesser, 2007), se não é todo poderoso, não deve ser subestimado.

Esse mundo silenciado e sua potência terapêutica é o que Kaptchuck et al. (2001) chamam de eficácia performática. Nela está incluído um universo complexo comumente desvalorizado através de sua redução à noção de efeito placebo (então utilizado somente para realçar a efeito específico de intervenções padronizadas pontuais reprodutíveis). As relações de confiança, os significados e sentidos que as palavras, gestos, relações e cuidados assumem e proporcionam, as reinterpretações e a segurança advinda do contato com um curador e um sistema de símbolos especializado que pode orientar a vivência do adoecimento e do tratamento explorando neles os aprendizados e significados inesgotáveis e múltiplos que os humanos e suas tradições criam, recebem, herdaram e transformam, “intervenções” e cuidados pontuais ou múltiplos e complexos das mais diversas naturezas associados a essas relações simbólicas, existenciais e pessoais, tudo isso faz diferença para quem adoece e é altamente relevante para as instituições de saúde e os profissionais, mas essa questão é ainda muito desconhecida e subvalorizada.

Aparentada da noção pioneira de eficácia simbólica cunhada por Lévi-Strauss (1976), a eficácia performática é ainda uma noção desconhecida da maior parte da literatura, das instituições e dos profissionais de saúde. A biomedicina tende a reduzir a eficácia performática ao subvalorizá-la como faz (na prática) com o efeito placebo e ao manejá-la no sentido de concentrar em si mesma toda a produção de significado (relacionado e restrito às suas teorias das doenças, como descrito por Camargo Jr., 2003, de cunho altamente biologicista) e toda a produção de intervenções (altamente padronizadas). Nessa lógica, cabe ao doente a adesão e a participação como corresponsável num processo que está definido alhures, tecnicamente, pela ciência. A margem de participação e o “tamanho” da eficácia performática são reduzidas ao cumprimento das prescrições terapêuticas, preventivas e promotoras, e é estritamente a esse cumprimento (à sua eficácia específica) que é atribuído o possível sucesso terapêutico. E a produção dessa verdade avaliativa

de atribuição de sucesso ou insucesso também está alhures, além dos sujeitos, radicando-se nos critérios cientificamente estabelecidos.

Por outro lado, as PIC e particularmente as outras RM tem sido reconhecidas como mais equilibradas e mais estimuladoras da participação dos doentes. Nas relações terapeuta-doente, essas formas de cuidado permitem melhor, precisam, sugerem e algumas vezes estimulam a eficácia performática,¹³ respeitando a almejando ajudar o doente no seu caminho. Por vezes, oferecem saberes, técnicas, valores e direções para o caminho existencial e o tratamento do doente, ou alguma sabedoria para sua construção. Além disso, são também especialmente reconhecidas por buscar ativar mecanismos autóctones de autocura, regulação e equilíbrio (Levin; Jonas, 2001), o que converge com a eficácia performática. Esse tipo de experiência é em grande medida impermeável aos ensaios clínicos, independente da racionalidade envolvida. Isso nos leva as pesquisas de tipo qualitativas.

Pesquisas qualitativas

Todas as pesquisas sobre as PIC/RM, sejam de caráter puramente teórico-conceitual, sejam empíricas, cabem neste tópico. Pela diversidade desse universo e pela sua heterogeneidade, são múltiplas as formas de tematizar essas pesquisas. Envolvem desde pesquisas clínicas como estudos de casos, típicos da medicina e de outras profissões, até pesquisas puramente teóricas, passando pelas mais diversas metodologias empíricas. As ciências sociais e humanas são as maiores fornecedoras de ancoragem teórico-metodológica deste tipo de pesquisa. Há aqui uma infinidade de abordagens, e tentarei desviar do problema das disciplinas envolvidas (clínica, medicina, filosofia, epistemologia, sociologia, história, antropologia, psicologia, etc. etc.) e das metodologias possíveis, também diversas. As PIC têm

¹³ Mesmo a biomedicina e seus profissionais, lentamente e progressivamente, reconhecem essa necessidade, mas ela vive num universo simbólico e cultural próprio em que as doenças e seus mecanismos materiais de ação e intervenção têm tanta proeminência, a cultura é tão bélica e o poder de ação é tão heteronômico e independente da vida e dos sujeitos que ela têm desafios imensos, muito maiores que outras racionalidades médicas, a meu ver, para avançar na exploração e no estímulo da eficácia performática (que parece ser cada vez mais importante devido ao envelhecimento populacional e as proeminências das doenças crônicas).

sido muito estudadas no mundo e não me deterei em escrutinar ou comentar as tendências ou as maiores produções dessas pesquisas. Ao contrário, comentarei algumas frentes de trabalho que considero promissoras, algumas já exploradas, outras menos, visando contribuir para o desenvolvimento futuro desse campo, ainda muito tímido na Saúde Coletiva e nas profissões da saúde no Brasil, embora crescente. Vislumbro algumas frentes de trabalho amplas e férteis e mencionarei alguns trabalhos apenas como ilustração, sem, portanto, pretender esgotar o universo dos estudos e certamente omitindo outros.

Uma primeira menção merece ser feita aos estudos gerais, introdutórios das PIC e das RM, exploradores de suas potencialidades e afinidades com a Saúde Coletiva e o SUS, os seus valores e os seus princípios, em termos de suas convergências e das potenciais contribuições das PIC/RM para o cuidado no SUS, apresentando-as ao universo acadêmico brasileiro e da saúde Coletiva. Dada sua marginalização histórica e sua situação de grande exterioridade em relação aos serviços de saúde e às instituições acadêmicas, esses estudos, que já vem sendo realizados, precisam ser aprofundados e ampliados (vide, por exemplo: Andrade, 2006; Nascimento, 2006; Araújo, 2008; Barros; Nunes, 2006; Luz, 2005; Tesser; Luz, 2008; Tesser; Barros, 2008; Tesser, 2009; Basques, 2009; Andrade; Costa, 2010). Isso vale para as PIC em geral e para as RM, e provavelmente por muito tempo serão necessários desses estudos para atenuar os preconceitos, os medos e as desconfianças de grande parte dos profissionais, gestores e acadêmicos, que tendem a ser recuados e acanhados nos momentos de decisão acadêmica e institucional sobre o tema (apesar de muitos ou a maioria deles ser usuário de alguma PIC/RM).¹⁴

¹⁴ Durante um projeto de pesquisa e extensão, participando de uma reunião entre gestores de distritos sanitários de uma cidade, pude presenciar uma situação quase paradoxal, em que a conversa estava sendo dominada por um clima de resistência à introdução das PIC na APS local, girando em torno das dificuldades institucionais e políticas e de validação, de modo que a maioria dos gestores presentes parecia ser antipática e contrária às PIC. Todavia, em um momento seguinte, motivados pelo depoimento de um dos presentes, quase todos revelaram, num tom um tanto confidencial, que eram não só simpáticos mas também usuários, para si e seus familiares, de várias PIC, deixando claro sua simpatia para com a “causa”, mas mantendo um postura dura quanto as propostas em discussão na instituição.

A categoria “racionalidade médica”, desenvolvida por Luz (1996, 2000), e suas dimensões constitutivas são uma especial plataforma de pesquisa que pode e deve ser preservada e desenvolvida. Ela permite e facilita estudos, analíticos, descritivos e comparativos, que buscam conhecer e compreender, na medida em que a linguagem e a razão permitem, os saberes acumulados e desenvolvidos pelas tradições de cura e cuidado que podem ser consideradas racionalidades médicas existentes, em sua articulação com práticas de cura, cuidado e promoção da saúde.

Essa matriz analítica contribui para construção de epistemologias comparadas, como queria Fleck (2010) já na década e 1930, numa vertente histórico-constructivista de estilos de pensamento especializados e suas práticas que podem ter valor e validade/veracidade de forma amplamente independente da biociência. Isso contribui para a construção da estratégia social e política (antes mencionada) de construir sabedoria social e acadêmica para reconhecer verdades e eficácias de forma independente da biomedicina, ou seja, pautadas em seus próprios critérios (exteriores à ciência), através de uma abordagem científica que busca distanciamento e relativização da medicina oficial. Os alunos, orientandos e colaboradores do grupo de Madel Luz vem produzindo nessa direção e esse parece constituir uma frente de pesquisas altamente promissora ainda apenas começada.

Esses estudos podem ser descritivos e comparativos, compreendendo e explorando as várias dimensões das RM, em si mesmas ou relacionando-as com temas ou problemas específicos, ou comparando-os entre racionalidades distintas. Eles são especialmente preciosos para a descrição e análise de outras racionalidades médicas menos conhecidas. Às racionalidades médicas, como objeto, podem ser aplicadas diversas abordagens, antropológicas e sociológicas, envolvendo curadores e profissionais de saúde, instituições públicas e privadas, práticas organizadas e ou institucionalizadas, ou não. Cabem desde análises mais sociais, políticas, institucionais e “externalistas” (tipo estudos de caso institucionais, avaliações de implantação de serviços, políticas, programas etc., análises de experiências de serviços e instituições, públicas ou privadas, de prática e ou ensino

de alguma RM) até análises mais “internistas”, envolvendo estudos das concepções, cosmovisões, saberes e técnicas dessas RM; análises de representações sociais, opiniões, experiências pessoais e coletivas, concepções de profissionais e usuários, etc., bem como análise dos significados e vivências desses sujeitos (por exemplo, pesquisas usando antropologia da experiência, relato e análise de experiências, abordagens fenomenológicas, etc.). Estudos desses tipos foram feitos no Brasil e vem lentamente aumentando, embora ainda poucos.

Pensando nas PIC de forma genérica, também incluindo estudos sobre as RM, pode-se visualizar uma série de possibilidades de abordagens e pesquisas, dentre as quase destacarei algumas que me parecem já iniciadas e outras que foram ainda pouco tentadas. Abordagens antropológicas dos curadores e práticas de saúde-doença, dentro ou fora do SUS, em situações mais ou menos institucionalizadas, podem trazer à luz os significados e experiências vividas e construídas por esses praticantes e seus usuários, e vem sendo desenvolvidos mais nas pós-graduações sob orientação de pesquisadores do campo da antropologia ou com inserção nesse campo. Isso significa, em certo sentido, uma restrição, pois envolve longo treinamento e certa especialização, demanda tempo relativamente grande de fase de campo, ficando relativamente restritas as possibilidades de estudos desse tipo às pós-graduações com grande interface com antropologia. Outra dificuldade é a origem e a necessidade de mudança de olhar nos pesquisadores envolvidos nessa abordagem, pois eles o necessitam quando são profissionais de origem biomédica, quando são nativos de alguma PIC e também quando são antropólogos, cada um tendo que aprender a relativizar a sua origem e o seu ponto de vista e os dos outros no processo de pesquisa, interpretação e socialização do conhecimento produzido.

Além disso, um dos desafios dos estudos antropológicos voltados para a saúde-doença é que a antropologia de regra desenvolve um olhar e uma posição próprios, por uma necessidade situacional e acadêmica, que é muito diversa e distante dos pontos de vista e das posições dos profissionais de saúde, que estão na posição de curadores e devem permanecer nela.

Se pensarmos que os pesquisadores da saúde coletiva e das demais profissões voltados para as PIC e RM podem e devem ter contato com seus colegas profissionais de saúde (de formação biomédica), e que isso inclusive é estratégico para que as PIC e RM deem sua contribuição para o mundo profissional contemporâneo, é necessário que esses estudos e seus autores almejem superar a distância/diferença entre a posição do antropólogo e a do nativo (profissional, curador), para que o profissional possa aprender as ricas lições que a abordagem antropológica possibilita. Isso fica mais fácil se o pesquisador for um profissional de saúde, mas aí o seu desafio é deixar de ser para se tornar antropólogo, para voltar a ser nativo. Ou seja, trata-se de processos complexos, que levam tempo, e que necessitam de esforços, reflexões e inovações teórico-metodológicos.

Muitas das PIC mais comuns no país e mesmo nos serviços públicos estão ainda em grande medida por serem estudadas. Um dos exemplos é o Reiki, uma prática relativamente comum nos serviços do SUS, nos municípios que referiram ter alguma PIC na primeira pesquisa do Ministério da Saúde sobre o tema, ocupando o primeiro lugar entre todas (Brasil, 2006, p.80). O Reiki está esperando por ser apresentado para a comunidade acadêmica e do SUS por estudiosos que a ele se dediquem.

Outra situação semelhante a esta é o uso de plantas medicinais, provavelmente a mais antiga e tradicional terapêutica popular e especializada em todas as culturas. Embora mais estudada, ainda são poucos os estudos sobre a fitoterapia, sendo mais numerosos e crescentes os estudos sobre o tema com enfoque e objetivo etnobotânico e farmacológico. As plantas medicinais e a fitoterapia, merecem um cuidado especial, pois elas são objetos de múltiplos interesses e tendências por vezes contraditórias entre si: elas são ao mesmo tempo recurso terapêutico de uso popular autônomo, com uma lógica própria (Araújo, 2000), recurso terapêutico de curadores populares tradicionais (raizeiros, benzedeiros), de centros de cura de natureza religiosa e ou espiritual (centros espíritas, médiuns, terreiros de umbanda, candomblé) e são também usados por profissionais de saúde (Leite; Schor, 2005; Pontes; Monteiro; Rodrigues, 2006). As

plantas são matéria-prima para produtos terapêuticos manufaturados artesanalmente em casa e em farmácias de manipulação.

Por fim, as plantas medicinais e o conhecimento leigo e particularmente especializado (dos curadores) sobre elas são as principais, mais rápidas, mais seguras e mais baratas fontes de saber e matéria-prima para o desenvolvimento tanto de fitoterápicos industrializados quanto de princípios ativos a se transformarem em medicamentos quimicamente purificados pela indústria farmacêutica. Os estudos etnobotânicos servem tanto para esclarecer os usos populares leigos e especializados (de curadores) das plantas como para acelerar o processo de produção de novos fármacos pela indústria. O ponto nevrálgico desta situação está em que os usos das plantas nas formas não industrializadas são muito mais frágeis e vem sendo substituídos progressivamente pelo uso de fármacos sintéticos e pela fitoterapia industrializada, apesar de serem mais baratos, mais acessíveis nos locais de origem das plantas e considerados amplamente seguros, ressalvados os perigos de toxicidade que todo uso de produtos terapêuticos envolve, tanto de fármacos ou fitoterápicos industrializados quanto de plantas ou de partes delas in natura ou manipuladas, em casa ou na farmácia. Programas televisivos recentes e informações midiáticas, além de pressões institucionais e políticas, tendem a amedrontar a população e a desqualificar ou tornar mais perigoso do que é uso de plantas medicinais, uma vez que há boa convergência, no geral, entre o uso popular leigo e especializado e os conhecimentos/indicações de fundo científico.¹⁵

As recentes regulamentações nacionais sobre plantas medicinais no país vêm incentivando seu estudo e a implantação de farmácias vivas e hortos de plantas medicinais, mas parece haver tendência de priorização de formas profissionalizadas de uso das mesmas, o que exige mais recursos de vários tipos e desvia o enfoque do seu uso no SUS para a produção de remédios fitoterápicos manipulados profissionalizados ou industrializados, ao invés de estimular e orientar a difusão do conhecimento relativamente seguro e simples do uso

¹⁵ Ressalvadas os ocasionais perigos de toxicidade, que estão presentes no uso de qualquer substância medicinal, química ou vegetal.

popular e profissional das plantas nativas das diversas regiões in natura ou com manipulação artesanal local (profissionalizada ou não), para profissionais de saúde (especialmente da atenção primária à saúde) e para a população. As plantas medicinais ainda são envolvidas em movimentos sociais, como a pastoral da saúde (Guizardi; Pinheiro, 2008), que estimulam a difusão e o uso solidário das informações e das mudas das plantas, que merecem maior estudo e podem vir a ser objeto de parceria e trabalho conjunto com as equipes de APS. Certamente, devido ao imenso manancial de biodiversidade de plantas medicinais brasileiras, este tema merece uma consideração especial pelos pesquisadores da Saúde Coletiva e das PIC.

Em relação a movimentos sociais, são dignas de nota as experiências de difusão da homeopatia para além de seu uso profissionalizado (médico), o qual atualmente se dá sobretudo em consultórios particulares. Essa difusão vem gerando usos populares ou por curadores não-médicos, que desde muito existem através de médiuns em centros espíritas, mas que mais recentemente se configuram como movimentos laico.¹⁶

A homeopatia é uma RM cuja presença parece ter crescido menos no SUS e sua presença social parece ser relativamente elitizada e restrita, estando mais presente na medicina privada. Com uma melhor organização da APS, valorizando a longitudinalidade do cuidado e a adscrição de clientela das equipes, e o SUS provendo os medicamentos homeopáticos, serão muito melhoradas as condições para o crescimento da prática homeopática, embora sejam relativamente poucos os profissionais especialistas que atuam na APS. Todavia, boa parte deles não pratica homeopatia, o que pode ser revertido com melhor estruturação dos serviços e existência de estímulo institucional para a capacitação e especialização dos profissionais.

¹⁶ Veja-se a experiência do grupo da Universidade Federal de Viçosa (UFV), que ministra cursos de extensão universitária de homeopatia com o objetivo de tornar o conhecimento da homeopatia acessível para o público em geral (mais informações: <<http://www.homeopatias.com/>>. Acesso em: 17 ago. 2011). Há também movimento nesse sentido no interior do Brasil, veja-se a Associação Brasileira de Homeopatia Popular, que anuncia o 3º Congresso Brasileiro de Homeopatia Popular para 25 agosto de 2011. (ver: <http://abhpopular.com.br/?paged=2>. Acessado em: 17 ago 2011).

Quiropraxia, manipulações vertebrais ou massagens de vários tipos, toque terapêutico, meditações de variados tipos e práticas corporais também diversificadas (ioga, *tai chi chuan*, *liang gong*, biodança, etc.) estão presentes como formas terapêuticas, preventivas e promotoras de saúde na sociedade civil e no SUS, mas ainda têm sido relativamente pouco estudadas. Essas práticas podem ser individuais e coletivas e costumam ser bem e aceitas e valorizadas nos serviços do SUS e de APS, pelos profissionais e usuários, contribuindo para atividades terapêuticas e de educação em saúde de caráter participativo (Freire, 1993; Sousa; Vieira, 2005; Tesser, 2009). A análise dessas experiências sob vários pontos de vista é uma tarefa crucial para estabelecer as contribuições reais, para além das potenciais, que essas práticas fornecem ao cuidado no SUS.

Outra frente de estudos das PIC são os profissionais de saúde. A literatura internacional vem mostrando progressivo interesse dos mesmos (mais das enfermeiras, mas também dos médicos) pelas PIC, e poucos estudos foram realizados no Brasil (vide, por exemplo, Barros, 2000; Manzini, Martinez e Carvalho, 2008; Thiago e Tesser, 2011; Queiroz, 2000; Nagai e Querioz, 2011). Seria importante averiguar qual a visão dos profissionais sobre as PIC e seu relacionamento com o tema de uma forma mais disseminada. Também os gestores merecem estudo, e o único estudo de porte recente de que tenho notícia é o de Salles (2008) e Salles e Schraiber (2009), sobre a visão de profissionais e gestores não-homeopatas sobre a homeopatia em serviços do SUS e de universidades que a oferecem. Nesse sentido, algumas pioneiras experiências de ensino das PIC nos cursos de graduação da saúde e em pós-graduações e residências ainda são pouco tematizadas. Artigos e livros analisando e investigando o ensino das PIC/RM têm sido realizados, mostrando que os cursos sobre PIC na saúde ainda são tímidos no Brasil nesse ensino, mas aos poucos vão aparecendo (Corrêa; Leite, 2008; Galhardi; Barros, 2008; Barros et al., 2011).

Também a visão e a experiência dos usuários das várias PIC/RM merecem pesquisas, que já vem sendo realizadas (Monteiro; Iriart, 2007; Spadacio; Barros, 2008), mas ainda em pequeno número. Isso

se deve, talvez, a relativa pequenez da presença das PIC no SUS. Em geral, os resultados corroboram a literatura internacional quanto a satisfação dos usuários e aos motivos para essa satisfação.

Outro mundo de fenômenos e estudos ainda por ser expandido e construído dentro da Saúde Coletiva e das profissões da saúde (visando pesquisa e o ensino) é das relações entre espiritualidade e saúde, espiritualidade e cuidado, entendida a espiritualidade de forma ampla envolvendo todas as suas formas de apresentação e expressão social e cultural, coletiva e individual. Estudos na Saúde Coletiva, como, por exemplo, os de Valla (2000, 2003), discutem a espiritualidade popular e a religiosidade das camadas pobres e periféricas das grandes cidades, na sua relação com a saúde. Vasconcellos (2006) também se dedicou ao tema, relacionando-o à educação popular em saúde. Porém, esse tema é muito pouco valorizado e não ganhou maior volume de estudos na Saúde Coletiva, exceção feita a alguns antropólogos, que há mais tempo o valorizam e a ele se dedicam, mas de uma forma muito restrita a comunidade acadêmica antropológica especializada (e alguma abordagem do tema pela enfermagem). Já parece ser tempo de as escolas formadoras de profissionais de saúde e os pesquisadores da Saúde Coletiva darem mais atenção ao fenômeno, em suas várias dimensões e aspectos, tanto para melhorar a formação dos profissionais quanto para melhor entender os usuários e as vivências do cuidado. A minha hipótese é que as PIC/RM são um campo fértil para o desenvolvimento desses estudos devido ao fato de que elas não padeceram das clivagens e cisões ocorridas na cultura científica entre corpo e mente, espírito e matéria, orgânico e psicológico, nem da redução do espiritual ao psicológico, estando as medicinas tradicionais por vezes imersas em universos “espiritualizados” (à sua maneira), em conformidade com suas cosmovisões e visões do homem.

Outro caminho de pesquisas, particularmente facilitado pelos impactos da PNPIC, é o estudo, análise e avaliação da implantação e oferta de serviços de PIC, que está ainda muito pouco explorado. Ele é importante para análise e divulgação das experiências e para que os que estão iniciando possam aprender com as experiências mais antigas (Tavares, 2002; Nagai; Queiroz, 2011; Cintra; Figueiredo, 2010).

Estudos sobre formas de implantação, sobre formas de divulgação e capacitação de profissionais e de inserção de especialistas em PIC no SUS e particularmente na APS, através, por exemplo, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Brasil, 2008), são necessários para avaliação e análise das experiências em curso de implantação das PIC, particularmente na APS, mas também em outros serviços. Há algumas experiências no país com serviços de referência em PIC, bem como algumas delas encontram-se entre especialidades médicas, sendo não raro ofertadas em ambulatórios de especialidades, como homeopatia e acupuntura. Os dados apresentados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) mostram que a maior presença é na APS (em torno de 70%), mas a sua presença em serviços especializados é relevante, e deve-se registrar que apesar da PNPIC priorizar a implantação de PIC na APS, os próprios profissionais da Saúde da Família não podem registrar suas atividades em algumas PIC, como acupuntura e homeopatia, pois estas atividades não constam como atividades possíveis para os profissionais da Saúde da Família, nas formas atuais de registro e classificação do Ministério da Saúde.

Metodologias de aproximação com o universo institucional das PIC no SUS, tipo pesquisa-ação, avaliação de caráter participativo, etc., podem também contribuir para uma maior visibilidade e desdobramento institucional local das pesquisas, além da produção de conhecimento e sua circulação acadêmica.

Por fim, a produção de conhecimento sobre as PIC e as RM sob vários enfoques e em seus múltiplos aspectos geram evidências qualitativas que, com o acúmulo desses estudos, podem confluir para um maior peso de evidência junto à comunidade acadêmica e da Saúde Coletiva, dos profissionais e dos gestores. A produção internacional de conhecimento científico sobre as PIC é grande e crescente. A brasileira é bem menor, mas também crescente. A reunião e análise desse conhecimento é uma frente de trabalho que introduz o tema e atualiza a comunidade acadêmica brasileira, mas poucos têm sido os esforços nesse sentido (vide, por exemplo, Spadacio et al., 2010).

Para finalizar, vale comentar que o campo de estudos sobre as PIC e RM está aberto e poucos pesquisadores e estudantes tem se voltado para ele, talvez pela relativa marginalidade do mesmo na

Saúde Coletiva¹⁷ e na academia em geral, nas profissões da saúde. Parece que quase tudo está ainda por fazer, mas alguns passos iniciais estão sendo dados.

Referências

- ALMEIDA, E.L.V. *As Razões da Terapêutica: empirismo e racionalismo na medicina*. Niterói: EDUFF, 2002.
- ANDRADE, J.T. *Medicinas alternativas e complementares: experiência, corporeidade e transformação*. Salvador: EDUFBA: EdUECE, 2006.
- ANDRADE, J.T.; COSTA, L.F.A. Medicina complementar no SUS: práticas integrativas sob a luz da Antropologia médica. *Saude soc.*, v.19, n.3, p.497-508, 2010.
- ANGEL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.
- ARAÚJO, E.C. Homeopatia: uma abordagem do sujeito no processo de adoecimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.13, p.663-671, 2008.
- ARAÚJO, M.A.M. Bactrins e quebra-pedras. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v.4, n.7, p.103-110, 2000.
- BARROS, N.F.; NUNES, E.D. Medicina Alternativa e Complementar no Brasil: um conceito e diferentes significados. *Cad. Saúde Pública*, v.22, n.10, p.2023-2028, 2006.
- BARROS, N.F.; SIEGEL, P.; OTANI, M.A.P. (org.). *O ensino das Práticas Integrativas e Complementares: experiências e percepções*. São Paulo: Hucitec, 2011.
- BASQUES, M. Ciência e metafísica na homeopatia de Samuel Hahnemann. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v.13, n.30, p.229-233, 2009.
- BELON, P. et al. Histamine dilutions modulate basophil activation. *Inflammation Research*, v.53, n.5, p.181-188, 2004.
- BERGER, P.L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- BARROS, N.F. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

¹⁷ Em busca sistemática realizada em 2010 nos 22 periódicos de Saúde Coletiva do Portal Capes, no período de janeiro de 2000 a maio de 2010 (quase 10 anos), com os descritores a seguir: terapia(s) alternativa(s), terapia(s) complementar(es), terapia(s) holística(s), medicina(s) alternativa(s), medicina(s) complementar(es), homeopatia, acupuntura, fitoterapia (plantas medicinais), práticas corporais, termalismo social (crenoterapia), medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa, foram encontrados apenas 43 trabalhos em 11 periódicos, sendo que destes apenas 35 abordavam diretamente o tema.

CAMARGO Jr. K.R. *Biomedicina, ciência & saber: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CARVALHO, A.C.D. *Feiticeiros, burlões e mistificadores: criminalização e mudança das práticas populares de saúde em São Paulo de 1950 a 1980*. São Paulo: EdUNESP, 2005.

CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. Acupuntura e promoção de saúde: Possibilidades no serviço público de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v.14, n.32, p.139-154, 2010.

CORRÊA, A.D.; LEITE, S.Q.M. Ensino da homeopatia na graduação em farmácia: concepções e práticas pedagógicas em instituições do estado do Rio de Janeiro. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v.12, n.25, p.267-280, 2008.

DAVENAS, E. et al. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature*, v.333, n.6176, p.816-8, 1988.

DE SIMONI, C.; BENEVIDES, I.; FILICE, N.B. As práticas integrativas e complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, ano IX, ed. especial (maio 2008). Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p.70-76.

ERNST, E. (ed.) *Medicina complementar: uma avaliação objetiva*. São Paulo: Manole, 2001.

FEYERABEND, P. *Adeus à razão*. Lisboa: Edições 70, 1991.

_____. *Contra o método*. 2ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1985.

_____. *Diálogo sobre el metodo*. Madrid: Cátedra, 1990 (Colección Teorema).

_____. *La ciencia en una sociedade libre*. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1982.

FLECK, L. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactun, 2010.

FREIRE JR., M.B. Conheça-te a ti mesmo: uma proposta de educação popular para a saúde. *Saúde em Debate*, n.41, p.4-8, 1993.

GALHARDI, W.M.P.; BARROS, N.F. O ensino da homeopatia e a prática no SUS. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v.12, n.5, p.247-266, 2008.

GUIZARDI, FL.; PINHEIRO, R. Novas práticas sociais na constituição do direito à saúde: a experiência de um movimento fitoterápico comunitário. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.*, v.12, n.24, p.109-122, 2008.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus, 1989.

KAPTCHUK, T.J.; EDWARDS, R.A.; EISENBERG, D.M. Medicina complementar: eficácia além do efeito placebo. In: ERNST, E. (ed.). *Medicina complementar: uma avaliação objetiva*. São Paulo: Manole, 2001. p.39-64.

- KUHN, T.S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.
- _____. *A tensão essencial*. Lisboa: Edições 70, 1989.
- LEITE, S.N.; SCHOR, N. Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais da saúde. *Saúde em Debate*, v.29, n.69, p.78-85, 2005.
- LEVIN, J.S.; JONAS, W.B. (ed.). *Tratado de medicina complementar e alternativa*. São Paulo: Manole, 2001.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. 2ed. São Paulo: Cia Editora Nacional, 1976.
- LIMA, A.M.C. Estilo de pensar no ensino de Medicina homeopática. Tese(Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Ciências da Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- LUZ, M.T. *Arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. 1ed. São Paulo: Dynamis, 1996.
- _____. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.15, supl., p.145-176, 2005.
- _____. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A.M. (org.) *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec, 2000, p.181-200.
- _____. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1996 (Série Estudos em Saúde Coletiva, 62).
- MADDOX, J. Can a Greek tragedy be avoided? *Nature*, v.333, n.6176, p.795-7, 1988.
- MANZINI, T.; MARTINEZ, E.Z.; CARVALHO, A.C.D. Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.1, n.2, p.304-314, 2008.
- MONTEIRO, D.A.; IRIART, J.A.B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.8, p.1903-1912, 2007.
- MORAES, M.R.C. *A reinvenção da acupuntura: estudo sobre a transplantação da acupuntura para contextos ocidentais e adoção na sociedade brasileira*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2007.
- NAGAI, S.C.; QUEIROZ, M.S. Medicina Complementar e Alternativa na Rede Básica de Serviços de Saúde de Campinas: uma aproximação qualitativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.16, n.3, p.1793-1800, 2011.
- NASCIMENTO, M.C. (org.). *As duas faces da montanha: estudos sobre medicina chinesa e acupuntura*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- _____. *Da panaceia mística à especialidade médica: a construção do campo da acupuntura no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____. De panaceia mística a especialidade médica. A acupuntura na visão da imprensa escrita. *História, Ciência e Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. mar/jun, p. 99-113, 1998.

PALMEIRA, G. A acupuntura no Ocidente. *Cad.Saúde Pública*, v.6, n.2, p.117-128, 1990.

PONTES, R.M.F.; MONTEIRO, P.S.; RODRIGUES, M.C.S. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças atendidas em um centro de saúde do Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, v.17, n.2, 2006.

PIGNARRE, P. *O que é o medicamento?* Um objeto estranho entre ciência, mercado e sociedade. São Paulo: Ed. 34, 1999.

QUEIROZ, M.S. O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.16, n.2, p.363-375, 2000.

SAINTE-LAUDY, J.; BOUJENAINI, N.; BELON, P. Confirmation of biological effects of high dilutions. Effects of submolecular concentrations of histamine and 1-, 3- and 4-methylhistamines on human basophil activation. *Inflammation Research*, v.57, suppl.1, p.27-28, 2008.

SALLES, S.A.C. *Homeopatia, Universidade e SUS: resistências e aproximações*. São Paulo: Hucitec, 2008.

SALLES, S.A.C.; SCHRAIBER, L.B. Gestores do SUS: apoio e resistências à Homeopatia. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.1, p.195-202, 2009.

SANTANNA, C.; HENNINGTON, E.A.; JUNGES, J.R. Prática médica homeopática e a integralidade. *Interface – saúde, educ., comunic.*, v.12, n.25, p.233-246, 2008.

SANTOS, B.S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. 2ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. Campus: Rio de Janeiro, 1982.

SELL, R.P.S. Em Busca da Ciência Médica: a medicina homeopática no início do século XX. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

SOUZA, I.M.C.; VIEIRA, A.L.S. Serviços públicos de saúde e Medicina Alternativa. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.10, supl., p.255-266, 2005.

SOUZA, E.F.A.A.; LUZ, M.T. Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *Hist. cienc. Saúde Manguinhos*, v.16, n.2, p. 393-405, 2009.

SOUZA, E.F.A.A. *Nutriendo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

- SPADACIO, C. et al. Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese. *Cad. Saúde Pública*, v.26, n.1, p.7-13, 2010.
- SPADACIO, C.; BARROS, N.F. Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas. *Interface – saúde, educ., comunic.*, v.13, n.30, p.45-52, 2009.
- _____. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, v.42, n.1, p.158-164, 2008.
- SILVA, M.B.B. Notas de uma pesquisa sobre redes de suporte social: a terapia comunitária no sistema municipal de saúde mental de Sobral, Ceará. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.82, p.298-307.
- THIAGO, S.C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. *Rev. Saúde Pública*, v.45, n.2, p.249-257, 2011.
- TAVARES, F.R.G. A diversidade da rede terapêutica alternativa no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.325-344, 2002.
- _____. Legitimidade terapêutica no Brasil contemporâneo: as terapias alternativas no âmbito psicológico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.13, n.2, p.321-342, 2003.
- TESSER, C.D. (org.) Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010b.
- _____. (org.) *Medicinas complementares: o que é necessário saber* (homeopatia e medicina tradicional chinesa/acupuntura). São Paulo: EdUNESP, 2010a (Saúde e cidadania).
- _____. A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.465-484, 2007.
- _____. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cad. Saúde Pública*, v.25, n.8, p.1732-1742, 2009.
- TESSER, C.D.; BARROS, N.F. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.42, n.5, p.914-920, 2008.
- TESSER, C.D.; LUZ, M.T. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.13, n.1, p.195-206, 2008.
- VALLA, V.V. Educação e saúde: discutindo as formas alternativas de lidar com a saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 362-378.
- _____. Redes sociais, poder e saúde à luz das classes populares numa conjuntura de crise. *Interface – saúde, educ., comunic.*, v.4, n.7, p.37-56, 2000.
- WIRTH, D. The effect of noncontact therapeutic touch (NCTT) on the healing rate of full thickness dermal wounds. *Subtle Energies*, v.1, p.1-20, 1990.

Bases da sociologia das medicinas alternativas, complementares e integrativas no campo da saúde

NELSON FILICE DE BARROS

Introdução

Um projeto sociológico, em geral, não é uma ação que se resolve de um só fôlego, pois é composto de etapas e passos. Nele se entrecruzam temas, que se desenvolvem em diferentes problemas, referentes às políticas de regulamentação e organização das profissões, das disciplinas e das práticas que o constituem.

Ainda sobre o projeto, em geral, pode ser exclusivamente teórico ou prático, mas, também, teórico-prático. Além disso, pode se orientar, exclusivamente, na perspectiva coletiva, direcionando seu desenvolvimento em termos macrossociais, ou em termos mais individuais, com enfoque em análises microssociais; no entanto, há também a possibilidade de orientar-se de maneira macro-microssocial, exatamente por ser um projeto e não apenas uma ação.

O projeto da sociologia no campo da saúde é de tipo complexo, dado que se desenvolve em uma rede de conceitos macro-microssociais, de caráter teórico-prático. Essa construção se deu pela análise de conjuntos específicos de questões do âmbito da saúde, para tratar: dualidades saúde-doença, normal-patológico, público-privado; e os temas da relação entre médico e paciente, do papel social do profissional da saúde, do seu status, poder e assalariamento etc. Estes são debates que já vêm sendo trabalhados no projeto sociológico da saúde desde a década de 1950, porém, com o abrir da década de 1980, essas questões foram colocadas sob a perspectiva dos limites do modelo

biomédico, promovendo reflexões em torno do desenvolvimento de práticas alternativas de diagnóstico, cuidado e cura.

Visualizando o campo (Bobbio, 1993; Bourdieu, 1994a, 1994b, 1990) da saúde nas últimas décadas, percebe-se que tem havido a diferenciação das medicinas alternativas, complementares e integrativas (MACI), passando as tensões dos espaços gerais para outros específicos, ou seja, compreendendo a criação de corpos dentro do campo (Russo, 1991). Esse aspecto instituinte das MACI tem expressão em diferentes espaços do campo da saúde, e para compreendê-lo é necessário diferenciá-lo nas dimensões do movimento, na qual se identifica a articulação de um conjunto de políticas e instituições; do pensamento, que garante uma visão de mundo; e da teoria, na qual se reflete sobre o agir e pensar no interior do campo (OMS, 2001). Dessa forma, as antigas questões não deixam de ser debatidas no campo, mas são inseridas em um movimento mais amplo, onde as dúvidas estão colocadas ao nível do paradigma de sustentação da racionalidade biomédica, com ampliação para os debates sobre as novas práticas de caráter alternativo, complementar e integrativo.

O movimento das MACI no campo da saúde

A definição de movimento que assumimos neste texto está próxima da definição de movimento social e mais especificamente dos novos movimentos sociais, destacando-se sua importância por abrirem novos espaços cognitivos e sociais (ampliando o âmbito do que se pode pensar e fazer), criarem novos papéis sociais e categorias profissionais, transformarem as “regras do jogo” da sociedade em que atuam e desaparecem em um processo de difusão/institucionalização (Russo, 1991).

Especificamente, em relação ao movimento social das MACI no campo da saúde, destaca-se, em primeiro lugar, que tem sido muito mais mobilizador que outras formas de ação político-social baseadas em participação voluntária. Como cada base de seu poder não está garantida pela institucionalização tem de buscar constantemente o apoio ativo dos membros da sociedade. O que mobiliza e constitui esse fenômeno social são as contradições e tensões em torno do valor econômico, simbólico e resolutividade da prática biomédica e outros fatores dessa ordem.

Em segundo lugar, o movimento das MACI tem promovido a identificação e a construção de identidades sociais. Existem pelo menos três conjuntos de atores: os que se opõem e lutam contra, os que se identificam e defendem e os que ainda estão/são indiferentes. Ao identificar os atores, ficam claras as disputas no interior do campo, pois nesse movimento emergem os grupos contra quem lutam, especifica-se quem representam e em nome de que valores gerais o fazem.

Por não se tratar de um episódio de protesto coletivo espontâneo, cria-se, além de um forte sentimento de pertencimento, um alto nível de integração simbólica, de forma que os que são a favor chegam a distinguir-se dos que estão contra por sua vestimenta, formas de trato pessoal, símbolos políticos, traços linguísticos etc. No entanto, seus limites são imprecisos, pois há várias transições entre a composição pessoal (ativistas que trabalham simultaneamente ou sucessivamente em movimentos diferentes) e conteúdos (temas que abordam dois ou mais movimentos de perspectivas diferentes). Em geral, desenvolve-se baixo grau de especificação dos papéis sociais, pois as formas de participação são múltiplas e mutáveis, e apenas recentemente passa a existir algo como a militância formal. No entanto, mesmo esses “profissionais” mantêm afinidade com formas não convencionais de ação individual e coletiva, pensando e atuando de outro modo, dado que ainda têm o caminho institucional bloqueado e ações diretas são necessárias.

Em terceiro lugar, em relação ao movimento das MACI é possível identificar seu caráter histórico, pois tem se desenvolvido em forma de redes de redes, muito diferente do que foram os sindicatos e corporações. Assim, criam formas de comunicação e mobilização próprias e agem com maior racionalidade na determinação e eleição desses fins. Obviamente, por mais que se aspire à transformação da totalidade social, em realidade tem se perseguido seletivamente certos fins, descuidando de outros. Assim, o movimento das MACI esteve orientado para a dimensão cultural, tentando transformar o indivíduo e as relações sócio-culturalmente. Todavia, os documentos publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) são a expressão de que o movimento tem buscado outra orientação, tentando, agora, introduzir mudanças nos subsistemas político e socioeconômico.

Em quarto lugar, o movimento das MACI está em plena fase de normalização, pois no seu início, nos anos de contracultura, assumiu uma perspectiva de protesto, de rejeição frontal de muitos traços do modelo de prática médica oficial. É importante destacar que esse foi o momento da medicina alternativa. Atualmente, procura apontar a imagem de uma sociedade saudável, com outras formas de viver, relacionar-se e trabalhar, além de novos modos de produção, convivência e consumo. Por isso, seu número de membros, capacidade de mobilização, força política etc., tem sido pujante. Nesse aspecto, destaca-se a criação da medicina complementar e integrativa e o risco atual de que as bases da alternativa de então sejam institucionalizadas e não alcancem as transformações que se propunha.

Essas características singulares do movimento social das MACI expandem sua importância quando a OMS as toma como referência para construir documentos que pretendem fortalecer ações, estabelecendo-se estratégias e fundando uma dimensão de pensamento no campo da saúde.

O pensamento das MACI no campo da saúde

Nesta parte, reflete-se sobre a forma como se tem pensado os diferentes aspectos das MACI, para se identificar o processo de abstração, complexo de análises e sínteses, que quando completo leva à construção de conceitos e símbolos e quando incompleto ou parcial produz pré-conceitos e diferentes representações sociais.

As reflexões sobre o pensamento das MACI no campo da saúde serão desenvolvidas a partir de diferentes materiais: primeiro, a produção oficial da Organização Mundial da Saúde denominada “[e] *estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*”; segundo, pela *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*, do Ministério da Saúde brasileiro; terceiro, pelo livro *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context* (Tovey et al., 2004); quarto pelo material que compõe o curso “*Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*”, desenvolvido pela *Open University*, da Inglaterra.

Existe grande volume de livros e artigos de jornais que poderiam compor as discussões sobre o que está instituído e o que é instituinte

no campo da saúde atualmente, mas a escolha desse material deve-se: à sua importância no campo da saúde, na medida em que seus autores trabalham com o tema das MACI em países e instituições diferentes; o conjunto dos debates sobre aspectos como o consumo, o mercado, o trabalho, a pesquisa, o financiamento das MAC e outros fatores; e como alerta Turner (Tovey et al., 2004): “*what is evident, however, is that the growth of CAM represents a major transformation of the relationship between doctors and their patients, and between doctors and the larger scientific community*”.

Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005

A justificativa para a produção desse documento é de duas ordens: primeira, a constatação de que o uso de práticas não biomédicas atinge até 80% da população em países africanos e até 70% e 75%, respectivamente, no Canadá e na França. Segunda, relativa à necessidade de precisão terminológica, pois se sabe da diferença de acesso entre essas populações. Assim, a OMS propõe que se use para as populações da África, América Latina e Sudeste Asiático, medicina tradicional (MT), entendida como “práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medecinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades” (Perlstadt, 1998). Para populações da Europa, América do Norte e Austrália, deve-se utilizar a nomenclatura Medicina Alternativa e Complementar (MACI),¹ conceituada como “aquele conjunto de práticas que não são comumente ensinadas nas escolas médicas ou executadas nos sistemas de saúde nacionais” (Perlstadt, 1998).

Essa classificação não chega a atingir seu objetivo de facilitar a denominação, sobretudo porque cria outra dificuldade quando pretende que “*en países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el*

¹ A OMS, nesse documento publicado em 2002, não utilizou o conceito de medicina integrativa, embora reconheça a sua existência e importância. Para maior aprofundamento sobre o conceito, consultar Otani e Barros (2008).

sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina 'complementaria', 'alternativa' o 'no convencional' (Perlstadt, 1998).

Muitas outras questões podem ser discutidas a partir deste documento, dado que colabora na construção de elementos históricos do campo da saúde e das identidades individuais e coletivas a favor e contra a essas medicinas. No entanto, o mais fundamental é o marco de trabalho que delineia, expressando o *estado da arte* do movimento das MACI no interior do campo da saúde.

Nesse marco do movimento, o primeiro aspecto a ser focado é o da *construção de políticas e leis que integrem as MACI nos sistemas nacionais de saúde*. De acordo com o levantamento feito até a data da publicação do documento, em 2002, apenas 25 dos 191 Estados Membros da OMS havia desenvolvido uma política nacional das MT/MAC. Por isso, no documento discute-se a

definición del papel del gobierno en el desarrollo de la MT/MAC; provisión para asegurar la seguridad y calidad de las terapias y productos de la MT/MAC; provisión para la creación o expansión de la legislación relacionada con los proveedores de MT/MAC y legislación de las medicinas con base de hierbas; provisión de educación y formación de los suministradores de MT/MAC; provisión de promoción del uso correcto de la MT/MAC; provisión para elaborar capacidad de recursos humanos de MT/MAC, incluyendo distribución de recursos económicos; provisión de cobertura por parte de la seguridad social; consideración de los temas sobre la propiedad intelectual (Perlstadt, 1998).

O segundo aspecto de destaque no documento da OMS é da necessidade de *investigações sobre a sua segurança, eficácia e qualidade*. Sabe-se que grande parte dos argumentos contrários a essas medicinas encontra-se nesse aspecto, pois a Racionalidade Biomédica estruturou sua prática diretamente na lógica científica laboratorial, que, supostamente, é única depositária de segurança, eficácia e qualidade.

De acordo com a OMS, para se assegurar esses três elementos nas práticas das MACI, deve-se garantir:

legislación y registro nacional de medicinas con base de hierbas; control de seguridad para las medicinas con base de hierbas y otras MT/MAC; apoyo para las investigaciones clínicas en el uso de la MT/MAC para el tratamiento de problemas sanitarios comunes del país; pautas, directrices

técnicas y metodología nacionales para valorar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MAC; farmacopea nacional y monografía de plantas medicinales nacionales; acceso a los conocimientos existentes sobre la MT/MAC a través del intercambio de información precisa y redes; compartir los resultados de las investigaciones en el uso de la MT/MAC para el tratamiento de enfermedades y condiciones sanitarias comunes; base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de los productos y terapias e la MT/MAC (Perlstadt, 1998).

Afirmam os signatários do documento que muitas mortes ainda ocorrem por falta de acesso aos serviços de saúde. Além disso, na mesma linha de raciocínio de Alma-Ata, na Conferência de Atenção Primária em Saúde, em 1978, afirmam que é possível garantir “Saúde para todos”, principalmente, se for aumentada a disponibilidade e exequibilidade da MT/MAC, por meio de:

identificación de las terapias y productos más seguros y eficaces de la MT/MAC (incluyendo: evidencia de que las terapias eficaces, evidencia de que la terapia es segura; evidencia de que la terapia es costo-eficaz); estudio de tratamiento seguro y eficaz de MT/MAC para enfermedades que representan las mayores cargas, en particular para las poblaciones más pobres; reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MAC a la hora de proporcionar atención sanitaria en los países en vías de desarrollo; optimizar y actualizar las habilidades de los practicantes de MT en los países en vías de desarrollo; protección y preservación del conocimiento indígena sobre MT; cultivo sostenible de las plantas medicinales (Perlstadt, 1998).

O último aspecto destacado no documento e que assume lugar central no movimento, é sobre o uso racional das MACI. Diferente de algumas décadas passadas, atualmente há uma revalorização do uso dessas práticas, sobretudo, pelos profissionais com formação biomédica. Todavia, muito ainda necessita ser esclarecido sobre os seus provedores e consumidores, pois há trabalhos que identificaram a dificuldade dos usuários relatarem o uso de outras práticas aos seus médicos alopatas⁵. Essa barreira de comunicação deve ser superada e para isso pretende-se estimular:

directrices de formación para las terapias de la MT/MAC más comunes utilizadas; fortalecimiento y aumento de la organización

de los proveedores de MT/MAC; fortalecimiento de la cooperación entre los suministradores de la MT/MAC y los médicos alopáticos; información fiable de los consumidores sobre el uso correcto de las terapias y productos de la MT/MAC; mejora de la comunicación entre los médicos alopáticos y sus pacientes concerniente a los usos más recientes de la MT/MAC (Perlstadt, 1998).

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde

A Política, de caráter nacional, recomenda a implantação e implementação de ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de garantir a prevenção de agravos, a promoção e a recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, além de propor o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde, contribuindo com o aumento da resolubilidade do sistema, com qualidade, eficácia, eficiência, segurança, sustentabilidade, controle e participação social no uso (Barros et al., 2007).

É fundamental destacar as diretrizes doutrinárias da Política. A primeira considera a *estruturação e fortalecimento da atenção em práticas integrativas e complementares (PIC) no SUS*, mediante: inserção em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica; desenvolvimento em caráter multiprofissional; estabelecimento de mecanismos de financiamento; elaboração de normas técnicas e operacionais para implantação; e articulação com as demais políticas do Ministério da Saúde. A segunda *propõe o desenvolvimento de estratégias de qualificação em PIC, em conformidade com os princípios da Educação Permanente*. A terceira incentiva a *divulgação e a informação dos conhecimentos básicos das PIC para profissionais de saúde, gestores e usuários*, mediante: apoio técnico ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais da área de informação, comunicação e educação popular; elaboração de materiais de divulgação; inclusão na agenda de atividades da comunicação social do SUS; apoio a informação e divulgação em diferentes linguagens culturais; e apoio a experiências de educação popular. A quarta estimula *ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral*. A quinta *propõe o fortalecimento da participação social*. A sexta ressalta o *provimento do acesso e ampliação*

da produção pública de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, mediante: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; e cumprimento das boas práticas de manipulação. A sétima garante o acesso aos demais insumos estratégicos das PIC, com qualidade e segurança das ações. A oitava incentiva a pesquisa em PIC com vistas ao aprimoramento da atenção à saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança dos cuidados prestados. A nona propõe o desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das PIC. A décima promove a cooperação nacional e internacional nos campos da atenção, educação e pesquisa. Por fim, a décima primeira garante o monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Em relação aos objetivos da PNPIC para o SUS, foram enfatizados: (i) a prevenção de agravos e a promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde; (ii) a contribuição ao aumento da resolubilidade e a ampliação do acesso, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso; (iii) a promoção e racionalização das ações de saúde; (iv) o estímulo das ações de controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

O último conjunto de informações veiculado pela Portaria n. 971, de 2006, que criou a PNPIC, é sobre as responsabilidades institucionais dos diferentes níveis de gestão do SUS. Em comum, prevê-se para todos os gestores responsabilidades, como: elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede de saúde; definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da PNPIC; promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; implementar a educação permanente em consonância com a realidade loco regional; estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da Política; acompanhar e coordenar a assistência farmacêutica com plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos homeopáticos; exercer vigilância sanitária e incentivar estudos de farmacovigilância e farmacoepidemiologia; apresentar e aprovar proposta de inclusão da PNPIC nos Conselhos de Saúde.

As implicações da PNPIC para o campo da saúde são várias, pois veicula informações com caráter formativo fundamental, pois, além de aprofundar conhecimentos específicos sobre Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura, Fitoterapia e Crenoterapia, conduz o leitor pelo processo de construção social de uma política de saúde no Brasil. Assim, por um lado, apresenta o histórico dos atos formais relativos às *práticas complementares*, e, por outro, deixa ver o processo de passagem de *movimento social à política nacional*.

Nacionalmente a política implica em mais um exercício de democracia, suporte à pluralidade e respeito ao usuário, na medida em que veicula informações claras, precisas e atuais, referentes aos tipos de terapias e racionalidade disponíveis para o cuidado. Internacionalmente, a PNPIC-SUS traz implicações que reforçam a visão de que o sistema público de saúde brasileiro, modelo mundial em relação a várias ações, segue competente na defesa da construção de um *“paradigma prudente para uma vida decente”* (Barros, 2006; Barros et al., 2007).

The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context

Este livro foi publicado pela Elsevier, em 2004, e conta com artigos de cientistas sociais e profissionais da saúde que investigam as MACI em diferentes países e continentes. Ele está constituído por três partes denominadas: *“Consumption in Cultural Context”*, *“The Structural Context of the State and the Market”* e *“Boundary Contestation in the Workplace”*. Os organizadores chamam atenção para o fato de que as partes trazem tópicos, fundamentalmente interconectados, pois *“consumption is only possible in the presence of provision, that provision is influenced by political policy and so on”* (Tovey et al., 2004).

A primeira parte procura identificar os novos padrões de crenças e comportamentos criados pela cultura das MACI. Certamente, um dos mais complexos conceitos das Ciências Sociais é o de cultura, dada sua riqueza de significados e definições, e como os autores, não vamos nos aprofundar nesse tema. No entanto, o que os dois capítulos dessa parte procuram apresentar é a formação de uma cultura de suporte para o novo padrão de consumo e de responsabilidade pelos

produtos e serviços de saúde. Segundo Goldner (Tovey et al., 2004), os valores que a cultura das MAC veicula podem ser reconhecidos em alguns *slogans*, como: “*you are responsible for your own health*”, “*health is more than the absence of disease*” and “*a good practitioner must care for the whole person*”.

Na medida em que há o suporte desses valores, torna-se possível a crença de que não é preciso seguir um líder ou instituição para tomar parte do movimento. Assim, as ações desenvolvem-se individualmente, com fluidez no cotidiano e com o forte sentimento de pertencimento. Por certo, um dito significativo para explicar essa crença seja “pensar globalmente e agir localmente”. Veiculando essa crença, cada consumidor, ao: usar alguma técnica das MACI, discutir sobre os seus benefícios, exigir a sua introdução nos sistemas nacionais de saúde e responsabilizar-se pelo seu processo de adoecimento e cura etc., dá sustentação à cultura da MACI.

O aspecto da saúde como responsabilidade individual é especialmente tratado no segundo capítulo desta primeira parte. De acordo com Hughes (Tovey et al., 2004), as formas como os indivíduos tornam-se responsáveis por seus processos de saúde-doença são: procurando e participando do tratamento; tomando seu próprio tempo ao comprometer-se com o processo de auto-cuidado; tendo fé, acreditando e confiando no tratamento, a partir de mudanças no estilo de vida, comportamento, auto-percepção e consciência corporal; re-definindo os critérios de sucesso do tratamento (para os profissionais biomédicos o sucesso é medido pelo desaparecimento do sintoma ou doença, para os profissionais da MACI a medida do sucesso é, principalmente, o auto-conhecimento e a responsabilidade do paciente pelo tratamento); e redimensionando o tratamento (o objetivo das MACI é produzir autonomia e criar condições para o indivíduo responsabilize-se por iniciar, negociar, gerenciar e encerrar o seu próprio tratamento).

A segunda parte do livro, “*The Structural Context of the State and the Market*”, discute algumas tendências da MACI no campo da saúde. O primeiro capítulo apresenta uma discussão com a Medicina Baseada em Evidências (MBE). Ambos são assuntos muito novos no campo da saúde, sendo que a MBE transcende as dualidades, como prática ortodoxa e não-ortodoxa. Os autores discutem a implicação

dos métodos da MBE para as MACI e concluem que o “padrão ouro” da primeira, estudos controlados e randomizados, quase sempre é impróprio para avaliar a segunda, dado que sua prática centra-se sobre a doença e não sobre o doente. Concluem, também, que a crescente aceitação de algumas práticas das MACI no sistema nacional de saúde australiano e neozelandês não aconteceu por causa dos critérios da MBE e sim pelo testemunho clínico dos pacientes. Embora Willis e White²⁶ não concluam nesses termos, deixam espaço para que seja feita a crítica de que a MBE é mais uma forma de reducionismo alopático, dado que excluem as evidências obtidas com o paciente em suas dimensões psíquicas e sociais.

O segundo capítulo da segunda parte apresenta uma reflexão localizada, mas que é representativa do pensamento das MACI no campo da saúde. Dew (Tovey et al., 2004) investigou o processo de legitimação e regulação da quiropraxia na Nova Zelândia, avaliando os embates desses profissionais com a categoria médica. O autor demonstrou que os quiropráticos, mesmo com legitimidade entre os pacientes e com o desenvolvimento adequado de sua prática clínica, obtiveram reconhecimento legal do Estado apenas para o tratamento de problemas de coluna. E, também, que na prática cotidiana nada mudou, pois os médicos não deram a eles acesso aos hospitais.

O reconhecimento e inclusão das MACI no campo da saúde é um debate conhecido por qualquer profissional que lide com essas práticas, quer na academia, nos serviços públicos ou privados. Possivelmente é o tema mais caro da dimensão do pensamento das MACI, pois estão em debate reflexões fundamentais da sociologia das profissões, como: definição de profissão, processo de profissionalização, prática, licença, certificação, regulação, acreditação, remuneração e outros. Cada um desses conceitos representa um lugar social para as práticas e seus praticantes, pois refletem as tensões e o suporte que têm da opinião pública, do mercado público e privado e das leis do Estado.

No terceiro capítulo da segunda parte, é desenvolvida a relação entre o mercado e o crescimento das MACI. Como o capítulo anterior, esse também transcende a especificidade com seus dados, pois, embora a autora tome o mercado australiano como foco de análise, sua conclusão de que o mercado privado tem sido o responsável pela introdução das

MACI no campo da saúde pode ser generalizada. Suas considerações são importantes porque, por um lado, explicitam como no desenrolar dos tratamentos a complementaridade de técnicas e racionalidades é possível e, por outro, indicam como o mercado privado adiantou-se ao público para gerar valor de troca para as MACI, passando de uma “*cottage industry*” para um “*mature market*”.

Esse processo de criação de corpos no campo pode ser compreendido de maneira internacional, ou como fundamento da globalização das MACI. Dele emergiram implicações importantes para a produção de políticas de saúde, pois se identificam dois distintos mercados: o das Medicinas Tradicionais, feitas em menor escala, com menor regulação e com referências mais paroquiais e o das medicinas alternativas, complementares e integrativas, “*big business*”, com maior regulação e com referências mundiais. A questão que se coloca é como gerenciar essas diferenças no setor público para países como o Brasil, que tem um sistema nacional de saúde público recente e com um conjunto de necessidades muito distintas, de parte da população que não tem acesso a nenhum serviço e de outra parte da população que tem a necessidade específica de algumas práticas das MACI.

A terceira parte do livro, “*Boundary Contestation in the Workplace*”, é constituída de quatro capítulos, o primeiro orientado para uma discussão epistemológica e os outros três escritos a partir de investigações realizadas com diferentes profissionais do campo da saúde.

No primeiro capítulo, Coulter (Tovey et al., 2004) desenvolve importante reflexão sobre as possibilidades da integração de diferentes paradigmas no campo da saúde. Entre várias questões, destaca-se a diversidade na compreensão da integração, pois para aqueles mais orientados pelo mercado, a razão é simplesmente econômica; para outros, cuja orientação está mais próxima dos pacientes, a defesa se dá porque usualmente eles não comunicam aos seus médicos alopatas o uso de outras práticas; e para outros o que justifica a integração é o fato da maior resolubilidade. Após aprofundar sobre os fundamentos dos paradigmas que se pretende integrar, o autor conclui sobre a incomensurabilidade dos paradigmas e que a questão é muito mais ampla, pois, necessariamente, a integração acarreta violência simbólica. No entanto, com um forte espírito histórico-sociológico, Coulter (Tovey

et al., 2004) conclui afirmando que “*the history of medicine has shown an extraordinary ability to convert yesterday’s heresy into today’s healthcare*”.

Enquanto os capítulos anteriores transcendem suas referências tocando em questões do debate internacional do pensamento das MACI no campo da saúde, os três capítulos que finalizam essa parte apresentam elementos específicos de diferentes lugares do mundo. Boon et al. (Tovey et al., 2004), investigam o processo de profissionalização de naturopatas, homeopatas e acupunturistas, em Ontário, no Canadá. Sua pesquisa é mediada pelos conceitos de auto-regulação e regulação jurídica, que passam, necessariamente, pela relação com o Estado. Demonstram que os três grupos procuraram construir elementos de autorregulação de suas práticas, mas fica dificultado seu reconhecimento pelo Estado porque não conseguem demonstrar uma coesão interna nas práticas.

O capítulo seguinte explora as representações de um grupo de clínicos gerais ingleses sobre sua prática integrativa. Além disso, Adams (Tovey et al., 2004) discute cuidadosamente como esses profissionais, que têm sido bastante investigados por serem fundamentais para o sistema de saúde inglês, demarcam sua identidade e prática, em relação aos terapeutas não-médicos situados no setor privado de saúde. Para o autor, os médicos constroem várias fronteiras, entre elas: a percepção do estilo da prática, a constituição do núcleo central da prática, a noção de segurança e risco, a noção de restrição e expansão relacionadas à lógica alternativa e complementar, a ação direcionada ao outro e a questão do acesso.

O último capítulo do livro é o resultado de uma pesquisa realizada por Tovey e Adams (Tovey et al., 2004), sobre a relação entre a sociologia da enfermagem e das MACI. Na primeira parte do capítulo, os autores desenvolvem a sociologia da enfermagem, por meio de reflexões sobre: “*intra-world process*”, “*inter-world process*” e “*status and participation of different world members and their interaction*”. Na segunda parte, apresentam as reflexões a partir do material empírico, 80 artigos, retirados de quatro revistas de enfermagem, entre 1995 e 2000, sobre a relação desses profissionais com as MACI. As suas conclusões são: primeiro, existe um vazio de análise sobre o tema, e segundo, o material permite a construção de uma sociologia das MACI na enfermagem.

Perspectives on Complementary and Alternative Medicine

O curso da *Open University* está constituído pelos livros *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine: a reader* e *Complementary and Alternative Medicine: Structures and Safeguards*, que foram publicados em 2005, na forma de coletânea de textos e com carácter complementar. A *Open University* tem campus em diferentes lugares do Reino Unido e é especializada no ensino a distância. Por isso, os materiais utilizados nos cursos são organizados em formas de livros ou apostilas, para que os alunos possam ter acesso imediato a todo o curso.

O primeiro livro é constituído por seis partes, quais sejam: “*CAM in context*”, que procura contextualizar as MACI no campo da saúde, para que se possa compreender sua emergência e proliferação; “*Users, practitioners and health beliefs: the healing relationship in CAM*”, que apresenta ênfase na natureza da relação de cuidado e cura (relação terapêutica), procurando explicitar vantagens e desvantagens das práticas não convencionais para o cuidado de pacientes; “*CAM in different settings*”, relaciona ao trabalho com as práticas no primeiro (público), segundo (privado) e terceiro setores sociais (privado com fins públicos); “*Regulation, professionalism and education: change and diversity*”, discute as bases do nascimento e desenvolvimento dos conselhos profissionais, bem como sua importância no processo de legalização e legitimação das MACI; “*Evidence and efficacy*”, apresenta questões latentes no debate das MACI, como: placebo, evidência, segurança, eficácia e pesquisa científica; e “*CAM in practice: diversity, integrations and development*”, que discute os usos de práticas específicas para tratamentos em que a alopatia tem oferta restrita, como: a maternidade, saúde mental, cuidado paliativo.

O segundo livro é complementar ao primeiro, sobretudo porque aprofunda em apenas dois aspectos. O primeiro dá nome à primeira parte do livro chamada “*CAM Organisation: safety and Standards*”, traz cinco capítulos que situam no campo da saúde as questões relativas ao processo de produção de conhecimento, formação e regulação das MACI. A segunda parte do livro, denominada “*Researching CAM*”, formada por quatro capítulos, introduz o que se compreende por pesquisa científica e como essa metodologia pode ser utilizada para pesquisar e avaliar as intervenções das MACI em tratamentos específicos.

Esses dois livros continuam sendo a base do curso à distância sobre as MACI, da *Open Univesity*, o qual pode ser feito por estudantes de diferentes carreiras da saúde, sem o pré-requisito do cumprimento de outros cursos.

A teoria das MACI no campo da saúde

A teoria, em sentido geral e filosófico, apresenta-se em complementaridade à prática e modifica a realidade do mundo moral, na medida em que avança em relação aos automatismos e análises espontâneas. No entanto, em sentido específico, a teoria “determina” as reflexões, representações, modelos, conceitos, hipóteses etc., do núcleo mais operacional da prática científica. Em relação às MACI no campo da saúde existe uma dimensão metodológica e uma epistemológica que garantem a compreensão da teoria.

A epistemologia das MACI no campo da saúde

O estudo da epistemologia, da sociologia do conhecimento e da história da ciência encontrou sua maior fertilidade nas últimas décadas. Dado que se tem uma “crise” do modelo científico, em diferentes áreas do conhecimento, muitos pesquisadores de diferentes formações têm refletido, filosoficamente, o seu fazer em ciência. Entre vários autores, destaca-se Boaventura de Souza Santos que propõe um paradigma “prudente para uma vida decente”, que afirma:

[...] que a natureza da revolução científica que atravessamos é estruturalmente diferente da que ocorreu no século XVI. Sendo uma revolução científica que ocorre numa sociedade ela própria revolucionada pela ciência, o paradigma a emergir dela não pode ser apenas um paradigma científico (o paradigma de um conhecimento prudente), tem de ser também um paradigma social (o paradigma de uma vida decente) (Santos, 1995, p. 36-37).

Esta imagem-objetivo produzida por Santos (1995; 2000) deve ser alcançada, no mínimo, quando se cumprirem as rupturas epistemológicas e a escavação sociológica que resgate o “epistemicídio” promovido pela ciência. Para o autor, a primeira ruptura epistemológica é a passagem do senso comum para a ciência e a segunda é a volta

do conhecimento científico para o senso comum modificado. Trata-se de uma verdadeira conversão de valores e práticas, pois na primeira passa-se da ordem pouco estruturada ao exercício sistemático, e na segunda do sistematizado em conceitos e linguagem cifrada, para o conhecimento qualificado, porém não codificado.

De acordo com o autor é importante o retorno ao senso comum, porque, em sua complexidade, ele: *“faz coincidir causa e intenção: subjaz-lhe uma visão do mundo assente na ação e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais; é prático e pragmático: reproduz-se colado às trajetórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência se afirma de confiança e dá segurança; é transparente e evidente: desconfia da opacidade dos objetos tecnológicos e do esoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência linguística; é superficial porque desdenha das estruturas que estão para além da consciência: por isso, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas; é indisciplinar e imetódico: não resulta de uma prática especificamente orientada para o produzir; reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida; O SC aceita o que existe tal como existe: privilegia a ação que não produza rupturas significativas na relação; é retórico e metafórico: não ensina, persuade (Santos, 1995, p. 56).*

O segundo processo que produzirá uma “vida decente” é o resgate dos vários conhecimentos banidos ou sucumbidos pela racionalidade científica. Quando efetivada essa ação o conhecimento será ampliado e, então, ciência, religião e filosofia serão igualmente importantes para a vida humana. Em outras palavras, o autor propõe que se permita o “reencantamento do mundo”, a partir dos mitos produzidos por outros conhecimentos além do científico.

Sem dúvida, entre as várias leituras epistemológicas da atualidade essa privilegia o desenvolvimento da dimensão da teórica das MACI no campo da saúde, pois, além dos aspectos tratados anteriormente, ela desenvolve a tese de que

o desassossego que experienciamos nada tem a ver com lógicas de calendário. Não é o calendário que nos empurra para a orla do tempo, e sim a desorientação dos mapas cognitivos, interacionais e sociais

em que até agora temos confiado. Os mapas que nos são familiares deixaram de ser confiáveis. Os novos mapas são, por agora, linhas tênues, pouco menos que indecifráveis. Nesta dupla desfamiliarização está a origem do nosso desassossego (Santos, 2000, p. 41).

A Metodologia das MACI no Campo da Saúde

A metodologia da pesquisa científica pode ser quantitativa ou qualitativa, exclusivamente, ou ainda quali-quantitativa. No campo da saúde há ainda a prevalência da metodologia quantitativa, com métodos matemáticos e estatísticos e técnicas de coleta de informações bastante reducionistas do sujeito e sua produção no contexto.

Não apenas para desenvolver a crítica, mas buscando ampliar o espectro de percepção sobre os problemas relacionados aos temas da saúde e da doença, tem-se desenvolvido a metodologia qualitativa, com métodos fundamentados, sobretudo, no *distanciamento social* (permite a descoberta daquilo que se tomava por natural em nós e de fato é cultural, e daquilo que era evidente e é infinitamente problemático); no *estranhamento social* (permite experimentar a perplexidade provocada pelo encontro das culturas e que vai levar a uma modificação do olhar que se tinha sobre si mesmo); na *alteridade* (permite ver aquilo que nem se teria conseguido imaginar, dada a dificuldade em fixar a atenção no que é habitual, familiar, cotidiano e evidente, e entender as relações entre o diferente e o semelhante e como se dá a articulação entre esses dois níveis); no *descentramento radical* (promove uma ruptura com a ideia de que existe um “centro do mundo”) (Laplantine, 1996).

Uma das maiores dificuldades do trabalho com a metodologia qualitativa é a sua variedade de fontes, isto é, tradições e orientações que propõem métodos e técnicas diferentes. Em geral, cada tradição foca um conjunto de questões específicas e orienta-se, também, para objetos específicos. Entre as diferentes filiações teóricas produtoras de métodos e técnicas qualitativas pode destacar-se o projeto denominado Racionalidades Médicas (RM), da professora Madel Luz e seus colaboradores.

O ponto de partida para a construção do conceito de RM foi o estudo da cosmologia que comporta cada forma racional, ou seja, do “conjunto organizado e definido de visão de mundo e conhecimento que suportam suas concepções, premissas e corolários decorrentes, leis e todo o conjunto de procedimentos que executa no exercício

de sua arte de curar”. Esta dimensão torna-se importante na medida em que os modelos médicos analisados são distintos em seu contexto de produção cultural e temporal. Ou seja, enquanto a medicina chinesa e a medicina ayurvédica remetem-se a milênios, a medicina ocidental e a homeopática, embora com base na escola de Hipócrates, desenvolvem-se, prioritariamente, nos últimos quatro séculos.

Após a construção da cosmologia, a próxima categoria desenvolvida foi a da doutrina médica. Nela são apresentadas as teorias que dão suporte a cada racionalidade, respectivamente: a da causalidade da doença, para a medicina ocidental; da energia ou força vital, para a medicina homeopática; do *ying / yang*, para a medicina chinesa; e a das cinco fases e dos cinco elementos e das constituições humorais, para a medicina ayurvédica.

A terceira categoria é da morfologia de funcionamento do corpo humano. Nela encontramos na mesma ordem de apresentação dos modelos médicos da categoria anterior: a morfologia dos sistemas orgânicos; do organismo composto por uma dimensão material e outra energética; dos corpos sutil e orgânico; e a morfologia dos vários corpos (ou a teoria dos sete corpos, ou dos corpos denso e sutil) e dos tecidos vitais dos órgãos e dos tecidos.

A quarta categoria é a da fisiologia ou da dinâmica vital e, assim como a quinta, referente aos sistemas diagnósticos, ambas exploram a explicação do funcionamento das diferentes concepções corporais e a forma de encontrar respostas, por meio das diferentes semiologias e anamneses, para as queixas. E a sexta categoria é a do sistema terapêutico de cada modelo. A diferença entre uma RM e uma terapêutica é fundamental, na medida em que se pode definir que uma racionalidade pode conter diferentes terapêuticas.

Para resumir, apresentamos o quadro composto por Luz (1993, p. 32), no qual se encontram as análises referentes aos diferentes modelos de Racionalidades Médicas analisados pela autora e seus colaboradores. Porém, antes é necessário lembrar que na dimensão da teoria as questões desdobram-se, pois nela são construídas “verdades” sempre relativas. Nesse espaço cada pesquisador, profissional ou leitor deve optar segundo sua perspectiva individual e coletiva, pois cada tradição foi produzida e produziu um *habitus*, funcionando no campo científico como uma estrutura estruturada e estruturante.

Quadro-resumo comparativo das racionalidades médicas

Racionalidades Médicas	Cosmologia	Doutrina Médica	Morfologia	Fisiologia ou Dinâmica Vital	Sistema Diagnóstico	Sistema Terapêutico
Medicina Ocidental Contemporânea	Física Newtoniana (clássica) implícita	Teoria da causalidade da doença e seu combate	Morfologia dos sistemas (macro e micro) orgânicos	Fisiopatologia e Fisiologia dos sistemas	Semiologia; anamnese; exame físico e exames complementares	Medicamentos, cirurgia, higiene
Medicina Homeopática	Cosmologia Ocidental Tradicional (alquímica) e clássica (Newtoniana) implícita	Teoria da energia ou força vital e seus desequilíbrios nos sujeitos individuais	Organismo material (sistemas) força (ou energia) vital animadora	Fisiologia energética (implícita) Fisiologia dos sistemas; Fisiopatologia do medicamento e adocimento	Semiologia, anamnese do desequilíbrio individual. Diagnóstico do remédio e da enfermidade individual	Medicamentos Higiene

Medicina Tradicional Chinesa	Cosmogonia Chinesa (geração do microcosmo a partir do macrocosmo)	Teoria do “Ying-Yang” e das cinco fases (ou elementos) e seu equilíbrio (harmonia) nos sujeitos individuais.	Teoria dos “canais” meridianos e dos pontos de acupuntura (“corpo sutil”) Teoria dos órgãos e das vísceras (“corpo orgânico)	Fisiologia dos “sopros vitais” (Qi) Fisiologia dos órgãos Dinâmica Ying-Yang no organismo e com o meio ambiente	Semiologia; anamnese do desequilíbrio Ying-Yang. Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos.	Higiene Exercícios (artes marciais, meditação etc.) Dietética, fitoterapia, massagens Acupuntura e Moxa-bustão
Medicina Ayurvédica	Cosmologia indiana (geração do microorganismo a partir do macroorganismo)	Teoria dos cinco elementos e das constituições humorais (“Tridosha”) nos sujeitos individuais	Teoria dos vários corpos (“denso e sutis”) Teoria da constituição dos tecidos vitais, dos órgãos e dos sentidos	Fisiologia “energética” (circulação do Prana e das demais energias nos “corpos”) Equilíbrio do “Tridosha”	Semiologia; anamnese do desequilíbrio do “Tridosha” “Sistema de observação dos oito pontos” Diagnóstico do desequilíbrio dos sujeitos	Dialética Técnicas de eliminação e purificação. Exercícios (loga, meditação etc.) Massagens Fitoterapia Medicamentos (vegetais, minerais e animais)

Fonte: Luz (1993).

Considerações finais

Por compreender que tanto a medicina ortodoxa quanto as não-ortodoxas não são monolíticas, que os debates são necessários e não se desenvolvem por uma medicina contra uma outra, ou contra a medicina, por uma ausência de medicina; por identificar importantes referências do movimento, do pensamento e da teoria das MACI, além da sua complexidade conceitual e caráter teórico-prático, conclui-se que existe no campo da saúde uma consistente sociologia das medicinas alternativas, complementares e integrativas

Em palavras conclusivas, pode-se afirmar que esse objeto ainda instituinte do campo da saúde, deve já ser reconhecido: pela potência de realizações no campo da saúde, apoiadas em ações transformadoras, epistemologia e metodologia específicas; pelo crescente desenvolvimento de conhecimento que vem sendo estabelecido nas últimas décadas; e, finalmente, pelas importantes implicações em relação à dimensão econômica, técnica, política e cultural, internas e externas às questões da saúde.

Muito ainda precisa ser construído para que as práticas não ortodoxas sejam aceitas e utilizadas com a mesma importância das convencionais, do ponto de vista técnico e simbólico. No entanto, com este texto desejamos reforçar a existência de uma cultura de suporte e de grupos de referência para quem vê o potencial das medicinas alternativas, complementares e integrativas para o campo da saúde.

Referências

- BARROS, N.F. *A construção da medicina integrativa: um desafio para o campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008
- _____. *Medicina complementar: uma reflexão sobre o outro lado da prática médica*. São Paulo: Annablume, 2000.
- _____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. *Ciênc. saúde coletiva*. V.11, n.3, p.850-850, 2006.
- BARROS, N.F.; SIEGEL P.; SIMONI, C. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.12, p.3066-3067, 2007.
- BOBBIO, N. *Dicionário de Política*. 5ed; Brasília: Ed UNB, 1993.

- BOURDIEU, P.; ORTIZ, R. (org.). *Coleção Grandes Cientistas Sociais*. São Paulo: Ática, 1994a.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1994b.
- _____. *Questões de Sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- _____. *Coisas ditas*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- EISENBERG, D.M. et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of the follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, v.280, n.18, p.1569-75, 1998.
- LAPLANTINE, F. *Aprender antropologia*. 9 ed. São Paulo: Brasiliense, 1996.
- LEE-TREWEEK, G. et al. (org.). *Complementary and Alternative Medicine: structures and safeguards*. London: Routledge, 2005
- _____. (org.). *Perspectives on complementary and alternative medicine: a reader*. London: Routledge, 2005.
- LUZ, M.T. *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993.
- _____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- NUNES, E.D. Conferência Saúde Coletiva: História de uma ideia e um conceito. In: Mesa-redonda *O campo da saúde coletiva: evolução e transformações históricas*. São Paulo: FUNDAP, 17-19 ago 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Estratégia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra: OMS, 2001.
- PERLSTADT, H. Accreditation of Sociology Programs: a bridge to a broader audience. *Canadian Journal of Sociology*, v.23, n.1, p.195-207, 1998.
- RIECHMANN, J.; BUEY, F.F. *Redes que dan libertad: introducción a los nuevos movimientos sociales*. Barcelona: Paidós; 1995.
- RUSO, J.A. *O corpo contra a palavra*. As terapias no campo psicológico dos anos 80. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Rio de Janeiro, 1991.
- SANTOS, B de S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. *Introdução a uma Ciência Pós-Moderna*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- _____. O Estado, a sociedade e as políticas sociais: o caso das políticas de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n. 23, set 1987.
- _____. *Um discurso sobre as ciências*. 7ªed. Porto: Afrontamento, 1995.
- TOVEY, P.; EASTHOPE, G.; ADAMS, J. *The mainstreaming of complementary and alternative medicine: studies in social context*. London: Routledge, 2004.

As outras medicinas e o paradigma energético

PAULO HENRIQUE MARTINS

Introdução: epistemologias do bem e do mal

O contexto atual deste século XXI vem revelando importantes embates epistêmicos vinculados com a organização dos discursos sobre a vida e a morte. No plano do poder este embate revela, por um lado, as resistências da biomedicina cartesiana ou da clínica médica que, segundo Foucault, teve um lugar determinante na arquitetura do conjunto das ciências humanas modernas, por ser ela o discurso mais próximo da disposição antropológica que sustenta o conjunto de disciplinas humanas da modernidade (Foucault, 2000, p. 201); por outro, o atual contexto testemunha a emergência de um conjunto de saberes, práticas e tecnologias muito variadas em termos de lógicas, de origens históricas e geográficas e de relação com o transcendental que ameaçam o monopólio pretendido pelo discurso médico hegemônico moderno e eurocêntrico. Este segundo grupo que oferece certo caráter multicultural ganha crescente aceitação no Ocidente, ocupando espaços de práticas que pretensamente havia se tornado monopólio exclusivo da biomedicina ocidental. Por conseguinte, para algumas associações médicas oficiais e, também, para muitos dos médicos diplomados nos cursos regulares universitários (que valorizam o saber alopático), aquele conjunto de sistemas terapêuticos que aqui chamaremos de

outras medicinas,¹ seguindo M. Luz (1997), apresentariam uma ambivalência que incomodaria os rigores científicos e metodológicos propagados nos cânones médicos oficiais.

Neste texto, vamos tentar explorar este embate entre narrativas variadas presentes no campo da saúde, procurando demonstrar que a desumanização das práticas de cuidado que foram radicalizadas com os investimentos na área do capitalismo biomédico, estão gerando resistências e mobilizações importantes desde vários lugares (Martins, 2003), abrindo perspectivas para uma mudança de paradigmas sobre os cuidados e sobre a enunciação racional da relação entre vida e morte. O discurso oficial, canonizado pelos cursos de medicina e pelas associações médicas, sustenta que faltaria a essas “outras terapias” a exatidão e precisão científica dadas pela pesquisa em laboratórios; também faltaria a elas a legitimidade científica fornecida pela carreira profissional, pelo diploma de “doutor” e pelo credenciamento oficial dos conselhos científicos. Para o discurso oficial, as Outras Medicinas não tendo como provar esta perspectiva da legitimidade científica, não poderiam se aceitar como verdadeiras – no máximo sendo incorporadas como “complementares” em função de sua funcionalidade técnica. Assim, para as associações médicas, um acupunturista com vários anos de prática, mas sem o diploma médico, não deveria exercer a

¹ Vamos chamar aqui de Outras Medicinas este conjunto de práticas e saberes sobre cuidados e “curas” que se reproduzem fora do sistema canônico oficial, mais conhecido como Biomedicina ocidental e cartesiana. Considerando a variedade dessas práticas e saberes, fica difícil denominá-las por um título único. Assim, alguns as chamam de Terapias Alternativas quando se tem em mira sua importância para a crítica teórica do modelo biomédico hegemônico. Outros as denominam de Complementares – quando se procura articular lógicas diversas de cuidado com vistas a se organizar as políticas públicas em saúde. Há ainda aqueles que preferem chamar de Tradicionais para deixar claro que há saberes que são muito mais antigos que os da Biomedicina eurocêntrica como é o caso da acupuntura (mas aqui o termo não pode ser generalizado, pois há várias práticas que foram constituídas recentemente como é o caso, por exemplo, dos florais de Bach ou a massagem sueca). E outros as chamam de Energéticas aludindo à presença de uma lógica vital diferente da lógica mecânica do biocartesianismo. Mas, como o dissemos em outra oportunidade (Martins, 2003), as diferenças de lógicas e tradições são tão variadas no interior deste conjunto de práticas terapêuticas e de cuidado que a única coisa que as une, de fato, é não serem aceitas como a racionalidade médica central. Finalmente, neste texto propomos chamar esta diversidade de práticas vistas como periféricas à ciência biomédica pela oportuna expressão usada por M. Luz há alguns anos atrás, Outras Medicinas, que no nosso entender ajuda a evitar a eternização do debate sobre o melhor termo a ser usado.

profissão, embora, no lado contrário, um médico diplomado, mesmo sem experiência com a acupuntura, está legitimado a exercer o ofício. Este exemplo não é fictício, mas muito comum quando se conversa com representantes da medicina oficial.

Com a Medicina Biocartesiana, a relação interpessoal passou a ser vista como tecnicamente desaconselhável para o sucesso da “cura”, o que levou a certa indiferença sentimental do profissional com o padecer do enfermo. Nos dias atuais, com a penetração do capitalismo especulativo no setor, o argumento técnico passou a ser substituído por um jogo pragmático no qual vale mais a possibilidade de se ganhar dinheiro com consultas e cirurgias em um tempo mais curto que se dar tempo para o cuidado com o outro. A apropriação dos bens da vida, isto é, das “energias” que fazem circular a vida, por uma minoria motivada por interesses utilitários e mercantis reflete-se no plano cultural pelo enfraquecimento da solidariedade coletiva e pelo favorecimento do individualismo dentro e fora da organização hospitalar.

Esta disputa no campo das práticas em saúde é complexa e não tem solução simples. Há motivos corporativistas, econômicos e religiosos a considerar quando se deseja aprofundar o entendimento deste poder simbólico (Bourdieu, 1998) e das múltiplas racionalidades médicas (Luz, 1988 e 1997), e quando se propõe analisar a perspectiva de mudança de paradigmas no campo da saúde. Em primeiro lugar, é compreensível lembrar as regras de direito, ou seja, todo grupo profissional necessita para se estruturar profissionalmente de regras que devem ser obedecidas coletivamente para a organização funcionar adequadamente. Foucault nos explicou com muita clareza como se formam estes discursos de verdade no *O nascimento da clínica* (Foucault, 2000). Batas brancas, diplomas e títulos, protocolos hospitalares, postulados científicos não surgem do acaso, mas de estratégias de poder e de controle social. Em segundo lugar, temos que considerar os motivos econômicos. Como já dissemos em outra oportunidade, a Biomedicina Cartesiana de base funcional e mecânica que serviu para organizar o imaginário do corpo, da saúde e da doença nos dois últimos séculos, foi capturada progressivamente pelo capitalismo médico nas últimas décadas. O sistema capitalista

descobriu que morte e doença poderiam ser recursos muito importantes para a acumulação intensiva do capitalismo industrial, financeiro e especulativo, o que significou investimentos crescentes no setor da saúde. Esta tendência da privatização da biomedicina com vistas à acumulação econômico-financeira já estava embutida no modelo da saúde empresarial norte-americana, mas se expandiu fortemente desde os anos 80 em outros lugares e também na América Latina pelas indústrias farmacêutica e de equipamentos, pelos planos de saúde e pelos hospitais privados (Martins, 2003).²

Em terceiro lugar, devemos lembrar o elemento religioso que tem uma importância crucial neste embate entre racionalidades médicas diferentes. De fato, como nos explicou também Foucault, foi decisivo para a cultura ocidental que o primeiro discurso científico do indivíduo moderno passou pela morte e pela separação da doença com relação à metafísica do mal, que tinha uma elaboração simbólica forjada pela religião cristã, na Europa. Como consequência se organizou um mundo técnico e positivo que conjurou o tempo infinito da morte para eleger a medicina como a arquitetura do conjunto das ciências humanas (Foucault, 2000, p.200-202) Ora, aqui se estabeleceu necessariamente uma importante disputa no plano dos simbolismos na medida em que as Outras Medicinas, constituídas historicamente não pela recusa do invisível mas pela valorização de uma metafísica do bem, passaram a constituir uma ameaça concreta ao edifício da modernidade médica eurocêntrica. Na medida em que as Outras Medicinas propõem

² Neste momento em que o utilitarismo se expande na prática médica – mediante a medicina mercantil ou pela definição de metas utilitárias para a aplicação de recursos orçamentários em hospitais privados e também públicos – é preocupante observarmos a diminuição do número de médicos tidos como clínicos gerais. Estes que tradicionalmente são os guardiões de uma prática mais humana e de proximidade passam a sofrer a concorrência desleal de especialistas menos preocupados com a pessoa em sofrimento que com os ganhos utilitários da profissão; especialistas que cada vez sabem menos sobre a doença e sobre o cuidar, precisando crescentemente de máquinas e conselheiros de laboratórios para formularem seus diagnósticos e tratamentos. Na concepção utilitarista dominante na medicina oficial moderna, cura e cuidado são as mesmas coisas. Representam o ato de apropriação dos recursos da vida e da saúde com vistas a legitimar a acumulação do capitalismo médico, no sentido amplo, e a assegurar uma profissão bem remunerada para a medicina liberal privada, no sentido restrito. Nesta perspectiva a doença é uma mercadoria a ser transformada em dinheiro e o doente um consumidor de produtos da indústria médica. A eficácia da transação depende essencialmente do pragmatismo do especialista, toda a aproximação afetiva e sentimental sendo considerada indesejada.

ser ao mesmo tempo modernas e tradicionais, sagradas e profanas, ocidentais e não-ocidentais, funcionais e interpessoais, pós-coloniais e anticoloniais, elas não poderiam se subordinar ao simplismo dos testes de validade dados pela repetição controlada das experiências, como se faz comumente nos laboratórios. Mas na medida em que elas se abrem a outros critérios como a intuição ou a fé, que são vistos como atitudes suspeitas pela biomedicina ocidental, elas correm o risco de serem desacreditadas. Para alguns esta ambivalência simbólica das “Outras” entre o discurso científico e o discurso simbólico seria mesmo a prova de charlatanismo, ao contrariar os cânones da biociência médica moderna. Aquelas que conseguem construir um discurso técnico relativamente coerente como a homeopatia ou acupuntura são toleradas. Mas as que fazem apelo mais forte ao elemento mágico como o *reiki* e a cura xamânica com ervas ou rezas são vistas com suspeição por extrapolarem os limites da racionalidade instrumental e laica predominante no seio do campo oficial.

A filosofia predominante na modernidade não foi nem a hermenêutica nem a fenomenologia, mas o cartesianismo que se funda num pensamento da simplificação e da separação (Morin, 1997) e que propõe a separação do sujeito e do objeto da história humana. A crítica do dualismo cartesiano apenas apareceu com nitidez a partir do momento em que o sentido linear e evolutivo da Filosofia da História foi contestado pelos acontecimentos da Segunda Guerra Mundial (holocausto, bomba atômica etc.), levantando suspeitas sobre os mitos do progresso e da sociedade industrial. Neste momento todas as crenças sobre a modernidade como uma experiência de “ordem” e de “progresso” foram postas por terra, assim como as pseudocertezas a respeito de uma ação humana que se inscreveria numa certa evolução universal linear. Como diz Merleau-Ponty “aquilo que por séculos apareceu aos olhos dos homens com a solidez de um sol se revela frágil; o que era nosso horizonte predestinado se tornou perspectiva ilusória” (Merleau-Ponty, 1982, p.146).³ No lugar de uma Filosofia da História fundada na ordem e no controle surgiu uma Filosofia da

³ *"Ce qui, pour des siècles, avait eu aux yeux des hommes la solidité d'un sol s'avère fragile; ce qui était notre horizon prédestiné est devenu perspective provisoire"* (Merleau-Ponty, 1982, p.146).

Errância fundada na incerteza, no paradoxo e na ambivalência entre ordem e desordem (Balandier, 1997).⁴ Neste momento, ampliaram-se os esforços de sistematização de uma nova perspectiva cultural da medicina que resgate o lugar da experiência, revalorizando as contribuições da fenomenologia e do pragmatismo e de autores como Williams James (1991) e Edmund Husserl (2000). A revalorização da experiência se mostrou pouco a pouco como o recurso epistêmico mais importante para o enfrentamento de um mundo marcado pela desvalorização da experiência direta.

Pode-se então falar do surgimento de certa consciência coletiva sobre a ambivalência metodológica não como um acaso, mas como uma categoria constitutiva do real, como uma forma de viabilização da copresença da ordem e do caos nos modos concretos de percepção da ação social. A ambivalência metodológica aponta para um novo lugar de compreensão do mundo e do objeto social que não mais se identifica nem com a tradição cartesiana da visão metafísica nem com aquela pós-cartesiana do objetivismo empirista (estas duas visões que são idealistas por se referirem não a um mundo concreto e vivido, mas a um mundo idealizado seja pela reificação do sujeito, seja pela do objeto).

A ambivalência metodológica permite se compreender que a Filosofia da Errância, lembrada por M. Maffesoli (1997) não segue um destino preestabelecido como acontecia com a Filosofia da História. Ela se abre, a cada instante, a diferentes possibilidades temporais e espaciais, para frente e para trás, para um lado e para outro, pois nada está assegurado, sendo a sociedade e os seus membros obrigados a aceitar e a conviver com a incerteza congênita do sistema-mundo atual. Esta incerteza estrutural gera efeitos práticos sobre a ação social que se traduz necessariamente por incertezas e riscos conjunturais que escapam às tentativas de previsão formuladas por atores e instituições. Daí, o campo de trabalho fenomenal que se abre para os estudos

⁴ Sobre a natureza deste saber de errância, esclarece Michel Maffesoli que o paradoxo é a marca essencial desses momentos cruciais, em que aquilo que está em estado nascente tem dificuldades para se afirmar face os valores estabelecidos: “ Nossa época não escapa a este tipo de situação... Nós nos acomodamos da riqueza exibida e da miséria exposta. A segurança crescente tem como inverso um sentimento de insegurança difuso” (Maffesoli, 1997, p.19)”.

fenomenológicos e para a valorização da experiência vivida. Pois na experiência do cotidiano a estrutura abstrata do dualismo metodológico da ciência ocidental se rompe para liberar sujeito e objeto ou alma e corpo como sistemas interativos e dinâmicos que constituem os dois aspectos de uma mesma realidade.

A fenomenologia e também a hermenêutica ajudam a revalorizar o sujeito da ação não como um evento metafísico, mas como uma experiência projetiva, mimética e identificatória que se realiza no mundo da vida antes mesmo que esta experiência seja projetada para os sistemas organizacionais complexos. No dualismo metodológico cartesiano o sujeito aparecia como um evento abstraído da realidade empírica, como uma idealização reduzida da prática. Este reducionismo também era reproduzido pelo pensamento positivista que por estar prisioneiro à crença das pretensas leis objetivas das instituições humanas era incapaz de perceber o nexos anterior que vincula os sujeitos e os objetos e que é a base de rotinas e ordens coletivas. No método fenomenológico, ao contrário, temos uma significação ampliada de um sujeito que se refere de modo ambivalente ao mundo vivido e que constrói suas representações de mundo a partir de um sentir ativo e intencional, de um desejo que se transforma em ação consciente e em prática política e institucional, enfim, em objeto.

Mas antes de avançar sobre as perspectivas de um novo paradigma que signifique a síntese das várias tendências teóricas e práticas presentes no contexto atual, aprofundemos mais um pouco o entendimento do dualismo cartesiano para refletirmos sobre seus limites e sobre as possibilidades de sua superação.

Paradigma hegemônico: dualismo metodológico, objetivismo e ilusão empiricista

O paradigma hegemônico no Ocidente continua sendo o biocartesiano exatamente por ele se fundar na busca de um discurso positivo e objetivista sobre a saúde que se amparou na separação do campo científico e do campo religioso. De fato, o nascimento da moderna clínica médica no século XIX, exprimindo a busca do disciplinamento das práticas médicas (Foucault, 2000), reflete este processo avançado da secularização em que o Estado e o Direito

assumem funções legitimadoras e reguladoras de um novo sistema científico de ambição cientificista e de inspiração colonial.

O objetivismo é um discurso que toma a hipótese questionável da doença como uma realidade substantiva externa ao indivíduo, que é proveniente da tradição alopatá, como um dogma científico que balizaria a existência da ciência médica ocidental e eurocêntrica como universal. Claro, tal discurso tem uma dimensão de poder importante, pois seu pretensão universalismo se fez sobre a depreciação de outras racionalidades médicas (Luz, 1997). Este “universalismo” também se realizou sobre a depreciação da experiência do sujeito humano com relação à sua capacidade de perceber o mundo em que vive e se adaptar a ele. Pois, ao delimitar um território restrito de observação e de compreensão da realidade fundado numa percepção predominantemente visual e idealizada que separa o observador (caracterizado pelo cientista no laboratório) do observado (o experimento-coisa), este discurso objetivista gera, fatalmente, uma representação dualista da ação social. Passa-se a impressão – errônea – de que a realidade é fundada sobre um dualismo metodológico, sobre dois elementos essencialmente diferentes: de um lado, o sujeito, dotado de um olhar clínico e científico, de outro, o objeto, visualizado por um corpo mecânico que não seria capaz de refletir adequadamente sobre si mesmo.⁵ Esta falsa impressão teria sido resultado da ação arbitrária de Descartes ao separar no conjunto do aparelho sensorial aquela função representada pela visão, das demais funções, a saber, o olfato, o paladar, a escuta e o tato, teria cometido uma arbitrariedade metodológica.

⁵ Lembremos, a propósito, que este dualismo metodológico se transformou ao longo dos séculos, seguindo o movimento de secularização cultural e de passagem do controle do poder temporal da Igreja para a Ciência e para o Estado. Enquanto num primeiro tempo, com Descartes, a nova ciência apresentava um alto grau de idealismo – ao se atribuir a origem do conhecimento à inteligência de uma figura divina escondida por trás do olhar calculador do cientista –, num segundo tempo, a perspectiva se inverteu. Não é mais o sujeito transcendental quem inspira o conhecimento, mas o próprio objeto que se apresenta sensualmente ao conhecimento através do que o empirismo sustenta ser a evidência empírica do objeto. Mas tal evidência é apenas aparente, pois ela se funda, como o demonstrou Le Breton (1990), num tipo de tecnociência empirista fundada na valorização do olhar em prejuízo dos demais dispositivos sensoriais, em particular aquilo que Merleau-Ponty (1945) define como a capacidade de “sentir total” a realidade.

As diferenças entre os métodos objetivista positivo e o fenomenológico são importantes para a compreensão das relações entre a medicina oficial e as não-oficiais. O primeiro, o objetivista, nega a presença de um sujeito que articule uma ação intencional na medida em que valoriza preferencialmente a sensação do olhar enquanto ato concreto de conhecer, como se esse olhar existisse fora de um movimento mais amplo de sentir a vida como uma experiência integral. Embora significando uma revisão importante do método cartesiano, este objetivismo empirista reproduz aquilo que é mais caro em Descartes: a desvalorização da experiência vivida como fonte de conhecimento da realidade em benefício de uma metodologia dualista que limita a compreensão da realidade a uma observação externa ao objeto. Uma abordagem simplificadora que o mundo pudesse ser reduzido a uma realidade objetivada, algo a ser analisado, pesado e julgado desde uma posição exterior ao mundo.

Ressalte-se que o pensamento objetivista não rompeu com o abstracionismo cartesiano, ele apenas inverteu este procedimento: não sou Eu (o Ego) quem olha, mas os objetos que estão dentro da sala que se apresentam para mim definindo o sentido e o percurso do meu olhar. Deste modo, os vários enunciados sugeridos pelo objeto – seja este o corpo ou a própria ciência médica – aparecem não como criação de um sujeito aberto a uma experiência vivida que é um fenômeno de troca com outros indivíduos e com a natureza, em geral, mas, diversamente, como uma autopresentação do próprio objeto. O pensamento fenomenológico busca romper com este dilema dualista entre sujeito e objeto, sociedade e indivíduo, alma e corpo ao questionar as bases do método cartesiano. Ao assim proceder, redimensiona a relação entre natureza e cultura, entre mente e corpo, integrando uma nova e interativa compreensão da realidade.

Por isso, este reducionismo não é apenas metodológico, mas, também teórico, pois apresenta como uma figura mecânica e separada, algo – o sistema perceptivo –, que, de fato, é unido, dinâmico e fluido. Estudos recentes vêm confirmando o “erro de Descartes”. A biologia dos sistemas morfogênicos, por exemplo, vem demonstrando que por trás das aparentes oposições sugeridas pelos dois termos da equação – o sujeito e o objeto –, existe uma profunda conexão entre o observador

e o observado (Sheldrake, 2003) e tal novidade impacta sobre o reconhecimento de uma diversidade de possibilidades de organização da saúde na encruzilhada imaginária da vida e da morte. Por isso, para Merleau-Ponty, a experiência ativa do objeto pelo sujeito exige uma transformação do campo mental para poder se desenvolver a atitude da atenção sobre o fenômeno: “para reatar (a atenção) à consciência seria preciso mostrar como uma percepção desperta a atenção, depois como a atenção a desenvolve e enriquece. Seria preciso descrever uma conexão interna, e o empirismo somente dispõe de conexões externas...” (Merleau-Ponty, 1945, p.35). Pensando no debate em curso, diríamos que a Biomedicina moderna se coloca do lado de uma fenomenologia redutiva ao valorizar os discursos do objeto - sobretudo da tecnociência e do capital mercantil - na constituição da realidade. No lado oposto, as Outras Medicinas se apoiam numa fenomenologia ampliada, que valoriza as experiências vividas, reflexivas e singulares, e as narrativas dialógicas construídas pelos indivíduos e grupos sociais ao longo de suas trajetórias, experiências que não são dadas antecipadamente, mas no momento da ação social.

O dualismo metodológico biocartesiano esconde um intelectualismo que pende de maneira incerta entre o idealismo e o empiricismo, revelando que o pretense “objetivismo” expressa um problema metodológico: a incapacidade de este discurso de articular adequadamente sujeito e objeto, de imaginá-los como componentes de um processo comum e contínuo que, segundo Merleau-Ponty, teria sido devidamente registrado por Heider ao afirmar que “O Homem é um sensorium comum e perpétuo que é tocado tanto de um lado como de outro”. Para melhor especificar este continuum heideriano, o autor de “Fenomenologia da percepção” sugeriu a noção de “esquema corporal”. Esta noção facilitaria, diz, se entender não somente a unidade do corpo, mas descrevê-la de um modo novo, se compreendendo a unidade do sentido e a unidade do objeto: “Meu corpo é a textura comum de todos os objetos e ele é, ao menos com relação ao mundo percebido, o instrumento geral de minha compreensão” (Merleau-Ponty, 1945, p.271).

Para a variável sensualista do pensamento empiricista e objetivista moderno, refletir é um movimento de objetivação das sensações,

sobretudo daquelas sensações visuais, para fazer aparecer um sujeito vazio cujo olhar percorre passivamente o objeto, aprendendo a descrevê-lo passivamente, chegando mesmo no limite de designar o objeto como se fosse um sujeito. Para a “fenomenologia da percepção”, ao contrário, a tarefa de uma reflexão radical, isto é, daquela que quer se compreender a si mesma, consiste, de uma maneira paradoxal, a reencontrar a experiência irrefletida do mundo, “para substituir nela mesma a atitude de verificação e as operações reflexivas, e para fazer aparecer a reflexão como uma das possibilidades do meu ser” (Merleau-Ponty, 1945, p.279). Existe na realidade do senso comum uma série de experiências a serem trazidas à reflexão, o que depende, em última instância, das capacidades dos indivíduos ou grupos de simbolizar o vivido pelas expressões estéticas e religiosas como de nomear as coisas pelas narrativas de vida, como lembra (Good, 1998, p.277). Ou seja, a pluralidade de motivos presentes nos contatos coletivos com a complexidade do corpo, com a delicadeza do sistema vital e com o apelo metafísico colocado pela finitude da vida impõe necessariamente a ambivalência intrínseca ao vivido como uma categoria instituinte de um viver que não se explica apenas causalmente.

Assim, a ambivalência das tecnologias de “cura” atuais não é necessariamente um evento exclusivo das Outras Medicinas e que seria estranho para os adeptos da medicina ocidental moderna. Não é verdade. Também no campo da biomedicina ocidental há dissidências como o provam o importante desenvolvimento da Psicossomática no século XX e a sobrevivência da “medicina de família”, dissidências que se abrem para uma observação atenta com as exigências intersubjetivas no mundo da vida. De fato, os profissionais destes campos de ação não acreditam que a ciência médica se justifica apenas pelo teste de laboratório e não aceitam se reduzir o cuidado médico a lógica da intervenção cirúrgica ou aplicação de substâncias por receitas carimbadas. Para estes “quase dissidentes” há outros indicadores confiáveis para garantir a cientificidade do saber médico e que devem ser assinalados como: a) a qualidade dos cuidados na relação médico-paciente e o tipo de participação do “paciente” na construção da “cura”; b) a aceitação

de outros métodos de validação do saber, como, por exemplo, aquele produzido pela experiência vivida no próprio corpo.⁶

Uma hipótese provável é que a ambivalência das tecnologias de “cura” estaria revelando a porosidade do sistema médico ocidental em face da influência crescente de outros sistemas terapêuticos mais abertos para construir outra ordem de discursos científicos sobre fatores emocionais, afetivos e mágicos que escapam ao discurso biopositivo da ciência médica moderna. O surgimento de outras ordens de discursos que aparecem pelas “Outras” revelam de fato uma cientificidade aberta à ambivalência e à pluralidade experimental. Assim, pode-se dizer que as práticas emergentes são tradicionais quando valorizam as dimensões mágicas e transcendentais da saúde herdadas de medicinas não-ocidentais e xamânicas. Por outro lado, elas se propõem ser modernas quando reivindicam a cientificidade dos novos sistemas de “curas”, apoiando-se em pesquisas experimentais corporais e energéticas que são aceitas pelo senso comum mesmo que não possam ser verificáveis em laboratórios. Essas pesquisas ganham crescente legitimação por darem sentido à presença importante de doenças psicossomáticas não diagnosticadas corretamente pela biomedicina ocidental que restringe o entendimento do sintoma quase sempre a explicações biológicas e fisiológicas do corpo humano.

Assim, o sucesso de novas políticas de saúde geradas na expansão do Sistema Único de Saúde (SUS), como os programas oficiais de práticas integrativas, está diretamente ligado às possibilidades de articular nas ações de saúde territorializadas o saber alopático e outros saberes, alternativos, complementares e populares. Há, assim, a emergência irrecusável, apesar de sua diversidade, de um novo e

⁶ Nesta perspectiva, é crescente o número de médicos clínicos que recomendam a seus “pacientes” caminhar todos os dias e obedecer a uma dieta alimentar balanceada para ajudar na diminuição das taxas de colesterol e triglicérides. Eles o fazem sem compreender claramente suas “razões científicas”, desobedecendo, logo, a uma regra clara da medicina científica ocidental, o domínio do cientista médico sobre as bases teóricas e metodológicas do experimento medicamentoso. Há então uma contradição do ponto de vista formal no interior do sistema biomédico pois os novos discursos clínicos muitas vezes contradizem o método clínico. Por outro lado, tais recomendações simples do dia a dia (dieta, caminhar, nadar, relaxar) refletem experiências práticas que vêm sendo processadas e acumuladas no inconsciente social através das relações dos profissionais com os “pacientes”, ou melhor, com “usuários impacientes” e também sendo estimuladas por “Outras Medicinas”.

complexo campo de saúde que tem impacto social inegável e que defende o valor da pluralidade científica, mesmo que tal pluralidade aponte para novos saberes e técnicas que se confrontam com o paradigma biomédico dominante.

Fenomenologia, percepção e cuidado: elementos para a mudança de paradigmas

Ao se fazer a crítica do pensamento objetivista pela “fenomenologia da percepção” compreende-se a razão que levou Descartes e seus seguidores a firmarem uma filosofia reducionista. Para o pensamento cartesiano a percepção pelo olhar sugeria a impressão ilusória de que o mundo existiria fora do observador e, por conseguinte, este mundo poderia ser controlado e regulado por regras de classificação e de separação. Enfim, sem ferir a hegemonia do Deus cristão preocupado com a ordem do mundo, a Ciência cartesiana nascente se via como um instrumento deste Deus ajudando-o a por ordem no mundo do homem, a começar pelo corpo físico-orgânico deste mesmo homem (Descartes, 1999). Mas a separação dos elementos constitutivos da percepção sensorial é apenas um recurso explicativo que não tem fundamento no modo de funcionar da percepção humana. Separar o olhar, do tocar, do cheirar, do escutar constitui um método explicativo de base algébrica, mas que não esgota a complexidade sistêmica do modo de aparecer do sujeito humano na vida. Assim, as experiências fornecidas isoladamente pelos sentidos, como, por exemplo, pela visão ou pelo tato, levam a significações fragmentadas: “a experiência não os apresenta como equivalentes: parece-me que a experiência visual é mais verdadeira que a experiência tátil, ao recolher nela mesma sua verdade anexando-a, porque sua estrutura mais rica me apresenta modalidades do ser que são insuspeitas para o tocar” (Merleau-Ponty, 1945, p.270).

Em um texto sobre a relação entre filosofia e sociologia, Merleau-Ponty, com o objetivo de defender o valor da experiência vivida para a sociologia, explica que o objetivismo esquece que apenas podemos dilatar nossa experiência das relações sociais e formar a ideia de relações sociais verdadeiras por analogia ou pelo contraste com aqueles com quem vivemos (Merleau-Ponty, 1960, p.100). De fato, na leitura fenomenológica, a questão do sujeito sempre está presente

como reflexão radical mais ampla que engloba o objeto de forma interdependente, não por uma operação intelectual visando abstrair o mundo para valorizar o olhar racionalista e calculador, mas por uma operação centrada no interior do mundo e da vida:

Tudo o que sei do mundo, mesmo pela ciência, eu o sei a partir de um olhar próprio ou de uma experiência de mundo sem a qual os símbolos da ciência nada significariam. Todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido e se nós quisermos pensar a própria ciência com rigor, e apreciar exatamente seu sentido e alcance, precisamos primeiramente despertar esta experiência do mundo com relação à qual a ciência constitui uma expressão secundária” (Merleau-Ponty, 1945, II, III).

Por seu lado, B. Good lembra que não se pode fazer antropologia médica sem se prestar “uma atenção renovada sobre a experiência humana, sobre o sofrimento e sobre as significações e interpretações, sobre o papel da narrativa e da historicidade, assim que ao papel das formações sociais e das instituições, no estudo do que significa essencialmente ser humano em uma cultura ou em outra” (Good, 1998, p.69). A compreensão simbólica do corpo, da doença e da cura implica, pois, na consideração da ideia de um fato social total que apenas pode ser reduzido às partes para efeitos didáticos mas não científicos. No plano simbólico as operações que reduzem, por um lado, o sujeito-racional a um olhar controlador e calculador e, por outro, o objeto-corpo a um dispositivo mecânico, são arbitrárias e não permitem se compreender que corpo e alma são partes ativas do que Heider chama um “continuum”, o qual as Outras Medicinas trazem pela metáfora da energia.

O entendimento da importância da percepção na constituição da realidade social é obscurecido pelas dificuldades de compreensão das sensações fora dos modos tradicionais como ela é definida pela psicologia e pela fisiologia. Neste sentido, a contribuição da Fenomenologia da Percepção (Merleau-Ponty, 1945) nos pareceu decisiva por permitir a crítica ampliada deste reducionismo metodológico no momento de aprofundamento da Filosofia da História, que foi aquele da Segunda Guerra mundial. De uma parte, simplificou-se a questão filosófica relativa à capacidade do homem conhecer a

realidade, supondo-se que as sensações são disposições separadas entre si – como pressupõe a psicologia –, como se fosse possível se separar na prática a visão, a audição, o olfato, o tato e o paladar.

Mas as sensações não são um conjunto de elementos separados. Elas constituem uma unidade que funciona de forma integrada fazendo vibrar o corpo e permitindo uma experiência integrada do sentir o mundo. Noções como olhos e ouvidos são apenas culturais e passam a ser ambíguas se consideradas isoladamente, pois não permitem a distinção entre excitação corporal e percepção propriamente dita (Merleau-Ponty, 1945, p.19). Dizer que os olhos veem e que as mãos tocam não traduz a experiência verdadeira do sentir. Esta apenas aparece através de certa qualidade do sentir nascida de uma atitude de curiosidade e de observação que são apenas possíveis por uma reflexão, “uma visão segunda ou crítica que procura se conhecer na sua particularidade” (Merleau-Ponty, 1945, p.246). Esta reflexão desfaz a atitude natural e displicente da visão e do espetáculo ao propor uma atenção mais intencionalmente direcionada para certos aspectos do campo, destacando certas particularidades: “a qualidade, a sensorialidade separada se produz logo que eu quebro esta estruturação total de minha visão, logo que eu cesso de aderir a meu próprio olhar e que em vez de viver a visão eu me interrogo sobre ela, eu quero tentar minhas possibilidades, eu desfaço o vínculo de minha visão com o mundo, comigo mesmo e com minha visão, para destacá-la e descrevê-la” (Merleau-Ponty, 1945, p.264).

O modo como as percepções se articulam através de uma “atenção precisa” sobre o corpo constitui um elemento diferenciador central entre a Biomedicina e as Outras Medicinas. Enquanto a Biomedicina fixa-se na compreensão visual e abstrata do corpo, as terapias não-convencionais ampliam o campo perceptivo integrando a escuta,⁷ o

⁷ A psicanálise de Freud teve papel decisivo para a alteração da percepção do sujeito ao introduzir a escuta como dispositivo de observação e compreensão do sintoma. A valorização da escuta nesta disciplina foi tão importante que permitiu uma mudança completa na forma de compreensão do sujeito que passa a ser representado sobretudo pela sua dimensão simbólica. Joel Birman nota que esta operação simbólica do descentramento se verifica em Freud em três níveis: descentramento da consciência para o inconsciente; b) descentramento do eu para o outro; c) descentramento da consciência, do eu e do inconsciente para as pulsões (Birman, 1997, p.20).

toque, o olfato e o gosto como dispositivos igualmente acionados na percepção integral de um corpo que possui múltiplas significações e que é aberto à circulação de diferentes possibilidades de entendimento da realidade vivida. Por este corpo percebido como fenômeno integral, o invisível se torna visível e vice-versa, já que ele é o próprio sujeito/objeto em ação. As Outras Medicinas trabalham, então, com um corpo-carne que não é mera abstração passiva, mas significação ativa na organização do mundo pelo fato de ser corpo-simbolização, construção que apenas emerge quando o sujeito é o objeto de sua própria reflexão e compreensão.

O discurso científico proposto pelas Outras Medicinas tem várias facetas. Mas, pessoalmente, a partir das nossas observações de campo, cremos ser possível propor que elas constituem a expressão de um novo paradigma na saúde, cuja definição mais exata é a de um paradigma energético. Seguindo as observações de T. Kuhn (1975) relativas às propriedades de um novo paradigma,⁸ diríamos que este é um campo de conhecimento novo que se afirma a partir de suas próprias regras e códigos de reconhecimento. Como todo paradigma este não se referencia apenas na validade técnica. Ao contrário, falamos de paradigma justamente porque existe um fundamento cultural, político e social que inspira o surgimento e a expansão de tal campo descolonizador no interior do mundo ocidental colonizador. O centro deste paradigma se chama a experiência vivida e se funda em experiências e memórias destituídas, abandonadas ou recriadas;

⁸ O conceito de paradigma remete necessariamente à célebre obra de Thomas Kuhn, *A estrutura das revoluções científicas* (1975), na qual ele sugere que, num sentido forte, o termo paradigma dominante traduz uma visão de mundo particular do campo científico: um conjunto de generalizações simbólicas revelando a cultura própria de uma dada comunidade científica a qual se expressaria por metáforas, figuras e analogias. Esse conceito de paradigma vincula a ideia de ciência àquela de sociedade e, em particular, ao modo de reinvenção das crenças científicas por meio das instituições sociais e culturais. Para Kuhn, a ciência não evolui numa lógica de progresso contínuo, indo das técnicas primitivas àquelas avançadas, mas a partir do que, num certo momento, aparece para a comunidade científica como a representação de uma ciência normal e legítima. Nessa perspectiva, a mudança de paradigmas na medicina significa a perda do poder da “clínica moderna”, de bases alopáticas, que foi hegemônica nos dois últimos séculos. Esta quebra da hegemonia da “clínica médica” não é acidental, mas responde à complexidade atual da fenomenologia da doença e da necessidade imperativa de se resgatar a pluralidade de sistemas médicos.

daí ele ser de muito interesse para uma sociologia fenomenológica e esta experiência nos traz necessariamente a discussão sobre novas percepções do corpo humano.

É o caso da introdução da noção de corpo simbólico que contribui para desfazer a dualidade metodológica ilusória entre corpo e alma levando a se repensar a doença não como um fator orgânico, mas como um fenômeno multifatorial, isto é, que é determinado por diversos fatores sociais, culturais e psíquicos que se integram de modo ambivalente. A ideia do corpo não como mera massa biológica, mas como sistema simbólico⁹ que impregna a “carne” significa dizer que estamos em face de um fenômeno social por excelência que busca ancorar seus pontos de contato, de passagem e ressignificação social e cultural. M. Mauss compreendeu cedo que as técnicas corporais eram um fenômeno social e que as maneiras de andar, nadar e outras eram específicas de cada sociedade, explicando que o que se ressalta claramente disso é que nos deparamos em todos os lugares com montagens fisio-psicossociológicas de séries de atos. “Esses atos são mais ou menos habituais e mais ou menos acidentais na vida do indivíduo e na história da sociedade” (Mauss, 1999d, p.384).

Emergência do paradigma energético

Sociólogos e antropólogos estudiosos das Outras Medicinas e da cultura New Age associam, em geral, o termo energia a um discurso de natureza mística e religiosa. Para F. Champion expressões como energia, holismo, pensamento positivo entre outros devem ser entendidos como elementos de um vocabulário que serve a facilitar a comunicação da experiência e a integrar o iniciado no que ela denomina de nebulosa místico-esotérica (Champion, 1990: 35). Por sua vez, M. Carozzi afirma que o termo energia esta associado à emergência de um novo marco interpretativo no qual é enfatizado o papel da natureza como agente de transformação do adepto (Carozzi, 1999: 165). Enfim, para F. Tavares o principio energético constitui um elemento discursivo que serve como referência unificadora de

⁹ O símbolo, diz Caillé, "deve ser entendido na sua etimologia primeira. Ele é primeiramente o que (re)úne o que estava separado, então o símbolo é o próprio dom" (Caillé, 1998d, p.131-132).

todas as diferenças verificadas na prática terapêutica. Para ela, trata-se de uma expressão com múltiplas variações, mas que se refere, em última instância, à ideia de energia cósmica e de certa “consciência holística” (Tavares, 1999: 118).

No nosso entender, todas essas interpretações são válidas, mas insuficientes. Dando ênfase corretamente a um entendimento que tem inspiração “mística”, essas leituras deixam de lado, porém, outra dimensão da questão: a de que o termo energia é antes de tudo um símbolo, uma metáfora relativa à interação vital, pois “nosso vivido é a resultante da interação permanente de diversos mecanismos internos (celular, metabólico, nervoso) e externos (climático, geocósmico, cronobiológico, psicoafetivo, sócio-profissional...” (Guash, 1986, p.142). Nesta perspectiva, não existe uma oposição entre, de um lado, o corpo simbólico articulado pela metáfora energética e, de outro, o corpo orgânico. Na perspectiva aqui adotada o que denominamos de corpo orgânico também é simbólico, mesmo que esta dimensão imaginária constitutiva da vida humana tenha sido voluntariamente esquecida em favor de uma interpretação positivista dada pelo cartesianismo. Mas ao aproximarmos as lentes da realidade vivida, estas abstrações desaparecem para mostrar que a biomedicina não tem como escamotear esta discussão do valor simbólico do corpo e da vida, mesmo que na organização de seu discurso e de sua prática a biomedicina tente minimizar os fatores extrabiológicos. Por exemplo: nas faculdades de medicina, em disciplinas como fisiologia, biofísica e bioquímica, a energética médica é ensinada sob o título de “bioenergética”. Esta abertura disciplina é todavia tímida, pois a Medicina Oficial, na busca de um conhecimento empírico objetivado pelo controle visual do corpo, não pode integrar um conceito que na cura médica alternativa se percebe por um “sentir total” que conhece o sujeito face a um objeto que, por sua vez, tende a envolver o próprio sujeito.

Deve-se ressaltar que a “nova física”, primeiramente com Albert Einstein nos inícios do século XX e, depois, com outros cientistas famosos estudiosos da física atômica, como Niels Bohr e Werner Heisenberg, contribuiu enormemente para a demonstração do corpo como equação energética, ou seja, de que partículas e ondas são um e mesmo fenômeno (embora o olhar cartesiano não o possa

apreender com seus instrumentos clássicos). Deste modo, um físico conhecido do grande público, F. Capra, conclui – o que tem paralelo com a lógica maussiana – que “o mundo apresenta-se, pois, como um complicado tecido de eventos, no qual diferentes espécies se alternam e se sobrepõem ou se combinam, e desse modo determinam a contextura do todo” (Capra, 1992, p.75). À luz destas inovações no campo da física somos levados a reconhecer que a Biomedicina Cartesiana de tanto reivindicar a verdade científica a partir de um postulado mecanicista, terminou prisioneira de um cientificismo materialista desatualizado “que opõe ainda matéria e energia quando as pesquisas de ponta demonstram que todo universo conhecido é feito de estados diferentes de energia” (Guasch, 1986, p.146).

A tradução de energia como uma simbólica necessária à figuração de um novo sistema de “curas” e cuidados que funcione a partir de um princípio relacional e total, que é aquele da sociedade e da vida em geral, é fundamental na emergência do paradigma energético. Ao conectar o corpo e a alma, ou então, o homem com os outros homens e o homem com o meio ambiente, a energia aparece como um dom, fazendo circular a vida através de movimentos de reciprocidades e de ambivalências, de alianças e conflitos, de solidariedades e oposições. Neste sentido, tomamos de empréstimo a definição de B. Karsenti do dom como um “operador simbólico” que é relevante para se entender por analogia a energia como expressão desse dom no campo da prática de cura. Diz o autor: “se o dom se infiltra na totalidade da vida social, independentemente dos níveis que se pretenda, é que ele é precisamente o operador simbólico que permite a esses diferentes níveis de se comunicar e de se agregar em uma unidade social pela qual é desde logo possível se traçar os contornos de uma cultura própria” (Karsenti, 1994, p.97). Assim, ao propormos que energia é o termo pelo qual o dom aparece como um operador estratégico na configuração do corpo como uma significação simbólica central na organização da vida, estamos sugerindo que o paradigma energético não se reduz a um tema específico da física, mas que é parte da compreensão sociológica do mundo. Trata-se de um novo paradigma que se forja nas experiências de fronteira, marcadas pela dor e pela esperança, pelo fim e pelo começo, pela vida e pela morte.

Energia é, logo, uma palavra-chave na cura terapêutica, por se referir a um fenômeno integrativo do ponto de vista social e cultural. Ela é o vórtice que reunifica a unidade sistêmica perdida pelo excesso de formalização e de especialização disciplinar da Medicina Cartesiana e, também, com o efeito depredador do capital médico sobre os usos do corpo. A construção imaginária deste conceito estruturante das Outras Medicinas como sistemas de cuidados plurais é um empreendimento difícil já que no seio deste bloco a expressão conhece diferentes polissemias. Assim, enquanto algumas modalidades terapêuticas ocidentais entendem energia como um movimento biomagnético (reichianos e bioenergéticos), outros compreendem energia como um circuito elétrico integrado (acupunturistas), e terceiros como fenômeno extra-planetário, uma energia de cura cósmica (reikianos). Do ponto de vista dos usos operacionais, o termo energia também se oferece a uma pluralidade de usos como atesta Tavares (1999, p.119).¹⁰ As possibilidades de definição e classificação são amplas sendo o mais importante a compreensão da dinâmica simbólica de uma Nova Medicina que é eminentemente paradoxal: abrindo-se para a vivência simultânea do sagrado e do profano, do tradicional e do moderno e obedecendo a uma multiplicidade de lógicas instituintes.

No que concerne o modo como o termo energia vem sendo utilizado contemporaneamente, é possível distinguirmos algumas modalidades-chaves. Uma primeira e mais tradicional é a taoísta, pela qual energia é definida como uma polaridade em movimento (as energias yin e yang) que funciona, dizem os taoístas, em três planos: o do céu, o da terra e o do homem.¹¹ Esta concepção está na base tanto da

¹⁰ Tavares classificou os seguintes desdobramentos possíveis da categoria-base: 1) aprisionamentos energéticos; 2) bloqueio/desbloqueio energético; 3) campos energéticos; 4) catalisação energética; 5) circulação energética; 6) condição energética; 7) equilíbrio/desequilíbrio energético; 8) fluxo energético; 9) homeostase energética; 10) intermediação energética; 11) limpeza energética; 12) privação energética; 13) processo de reorganização de energias; 14) verdade energética; (Tavares, 1999, p.119).

¹¹ Na segunda parte do *Livro das Mutações*, conhecido como *I Ching*, um documento milenar que tinha para os chineses a mesma importância que a Bíblia de Jerusalém para os ocidentais, explicam-se esses três movimentos do seguinte modo: “Os santos sábios da antiguidade compuseram o *Livro das Mutações* da seguinte maneira: tinham como meta seguir a ordem da lei interna e do destino. Constataram, então, o Tao do céu e o chamaram de o obscuro e o luminoso. Constataram o Tao da terra e o chamaram de o maleável e o rígido. Constataram o Tao dos homens e o chamaram: o amor e a justiça” (WILHELM, 1996, p.204).

tradição chinesa (da acupuntura, da alimentação natural e de práticas de harmonização corporal como o *t'ai chi chuan*) como da tradição sincrética japonesa (na meditação zen e no *reiki*, técnica de cura com imposição das mãos que teria sido sistematizada pelo monge católico japonês Mikao Uzui em fins do século XIX). Nestas perspectivas taoísta e zen-budista, verificamos que a ideia de energia tem a ver tanto com certa força elétrica que atravessa o corpo humano através de certas linhas denominadas de meridianos, como igualmente com a ideia de uma força cósmica inteligente que liga o homem e a vida e, por essa via, com as forças organizadoras do universo (Martins, 2003).

Uma segunda definição de energia bastante difundida atualmente nas terapias modernas de cura, com usos de respiração e de movimentos para a liberação de tensões físicas, emocionais e psíquicas, está relacionada com as pesquisas de Wilhelm Reich (célebre discípulo de Freud), e de Alexander Lowen (fundador da Bioenergética, sendo, por sua vez, o principal discípulo de Reich). Para este último, a noção de energia tem a ver com as pulsões biomagnéticas e a cura psíquica exige um trabalho adequado de liberações de emoções represadas (medos e raivas) no corpo e que impedem a boa circulação da energia e, por conseguinte, do prazer no corpo. Explica Lowen que o organismo vivo não pode ser reduzido a uma máquina e que todas as atividades humanas requerem energias: da batida do coração, aos movimentos peristálticos do intestino, do caminhar, falar e fazer sexo. Deste modo, para ele, por estar a energia envolvida em todos os movimentos da vida, e também nos pensamentos e nos sentimentos, é importante se compreender os fluxos e as descargas energéticas, o que pode ser bem observado num indivíduo deprimido: “Apesar de a reação de uma pessoa deprimida resultar de uma interação de complicados fatores físicos e psicológicos, um ponto não admite dúvidas: a pessoa deprimida está também energeticamente deprimida” (Lowen, 1982, p.42-43).

A terceira definição do termo energia nos é fornecida pela ciência física moderna e pelas conclusões teóricas que os estudos sobre os átomos e materiais invisíveis vêm produzindo a respeito da emergência de uma medicina quântica (Capra, 1983). Provavelmente, a física das partículas atômicas foi a grande responsável pela popularização do

termo e pelo seu reconhecimento, já que a expressão ganhou foro reconhecidamente científico. O primeiro cientista a destacar esta ideia da vida como energia foi Albert Einstein, nos inícios do século XX, sendo seguido nas décadas seguintes por físicos importantes como Heisenberg, Planck, Bohr, Pauli, entre outros.

Mas na perspectiva de humanização do termo energia, neste contexto contemporâneo, deve-se destacar a ideia sustentada por alguns biólogos de que o planeta Terra constitui um ser vivo, Gaia, a antiga deusa-mãe (Thompson, 1990). Ou, então, por físicos como Fritjof Capra que procura introduzir uma nova compreensão da realidade e dos sistemas vivos a partir da emergência de um novo paradigma, o da ecologia profunda (Capra, 1998).¹² Estes e outros estudiosos da física e da biologia contemporânea reforçam uma compreensão humanística da energia capaz de integrar de modo complexo os diferentes sistemas da ordem humana, planetária e cósmica. Na visão racionalista antropocêntrica, o mundo era estático e o progresso histórico seria resultado da maestria racional do homem sobre o mundo. O importante seriam as grandes instituições que assegurassem este controle: a Ciência positiva, o Estado e o Mercado, por exemplo. Na visão energética cosmocêntrica, tudo é vida e tudo está em movimento, sendo a ordem das coisas obtida por um princípio vital que os liga, a energia. As instituições de destaque são, por conseguinte, os movimentos visando a mudança social e cultural (feminista, ecológico, pacifista etc.) e o movimento simbólico interior (a meditação, a subjetividade etc.).¹³

¹² Esta mudança de paradigmas estaria ocorrendo não apenas no âmbito da ciência, mas da sociedade como um todo diz Capra. O termo profundo se definiria contra uma ecologia rasa, aquela antropocêntrica e centrada no ser humano. A ecologia profunda não separa seres humanos do meio ambiente natural. Ela vê o mundo não como uma coleção de objetos isolados, mas como uma rede de fenômenos que estão fundamentalmente interconectados e são interdependentes, sendo a expressão de um novo paradigma. “A ecologia profunda reconhece o valor intrínseco de todos os seres vivos e concebe os seres humanos apenas como um fio particular na teia da vida” (Capra, 1998, p.25-26).

¹³ No que concerne especificamente à sistematização deste termo dentro da construção do novo sistema de cura médica, o sentido da palavra Energia pode ser mais bem compreendido se entendermos o significado mais amplo da passagem de um imaginário antropocêntrico moderno para o imaginário cosmocêntrico pós-moderno já lembrado (Martins, 1999c). No caso do imaginário antropocêntrico, este se funda na ideia de que o Homem é o centro do

Nas entrevistas com os terapeutas fundadores do movimento “alternativo” na cidade do Recife,¹⁴ observa-se claramente esta preocupação com o caráter científico do termo energia, o que confirma nossa tese sobre um cosmocentrismo pós-moderno inspirado na ideia de totalidade humana (Martins, 1999c). Em grande parte, os entrevistados recorrem aos avanços da física quântica moderna para legitimarem seus argumentos, como podemos perceber nos depoimentos abaixo:

Hoje, já existem médicos com a visão que os místicos indianos tinham há 4,5 mil anos atrás, de que tudo o que a gente vê é simplesmente aparência; que o mundo físico é ilusório. Hoje, os físicos já chegaram a esta conclusão. A questão da energia atômica, por exemplo (instrutora de ioga).

Estão começando a estudar os florais na ótica da física quântica. Ela é o caminho para explicar a Terapia Floral com todos seus conceitos de energia, onda, luz, etc. (terapeuta floral).

A acupuntura esta para a ciência médica assim como a matemática está para a física; ela é a ciência exata da medicina e tem um poder de resolutividade muito grande; resolve em poucas aplicações um problema de anos (médico acupunturista).

mundo e da vida, tudo o mais é secundário: os outros seres vivos, a natureza mineral etc. Nesta perspectiva, o ser humano aparece como uma inteligência privilegiada que necessita dominar os outros seres vivos e o mundo cósmico em geral para afirmar seu poder e sua cultura. Daí a necessidade de organização de técnicas capazes de operar e instrumentalizar o mundo externo visto como hostil (porque seria irracional e caótico). Estas técnicas classificatórias são a própria razão da vida cultural e social. No segundo caso, o do imaginário cosmocêntrico pós-moderno, diferentemente, a imagem fundadora é a do cosmo, isto é, do movimento da vida e da ordem geral das coisas como sendo o centro do mundo. O homem, no caso, não é a peça central, mas um componente entre outros de um mundo vivo que o cerca e que o envolve. Diferentemente das culturas animistas tradicionais, este novo imaginário cosmocêntrico procura integrar um aspecto da modernidade que é vital, o da reflexividade do *self* (Martins, 1999c). Não se trata mais de reinstaurar as antigas práticas místicas, mas de valorizar a mística de um sujeito reflexivo e que é capaz de compreender crescentemente o mundo do qual ele é parte integrante e ativa, e não um ser exterior de natureza anímica diversa. Neste segundo caso, o do modelo cosmocêntrico pós-moderno, a ideia de Energia aparece como central, constituindo o princípio que liga a vida em geral (humana, mas também ecológica, planetária, cósmica), uma espécie de inteligência potencial doadora que une os diversos sistemas existentes.

¹⁴ Os dados empíricos aqui usados foram extraídos da pesquisa sobre “Terapias Alternativas”, desenvolvida entre os anos de 1995 e 2000 e que foi a base do livro que escrevemos, intitulado *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas* (Petrópolis: Vozes, 2003). Apesar de as informações terem sido coletadas há alguns anos atrás elas continuam muito atuais, como pode o leitor observar.

Assim, esta ideia de um sistema de “cura” que considera a totalidade do ser humano e que funda esta nova compreensão médica num operador simbólico bem visível - a energia (do dom) - ganha legitimidade à medida que o termo também é integrado por certas disciplinas científicas contemporâneas.

A dádiva energética do cuidado

Nas Outras Medicinas, energia constitui um significante que circula tanto no registro das práticas objetivas envolvendo curador e paciente, como naquele das práticas subjetivas, envolvendo o doente como sujeito privilegiado de sua cura ou de sua doença. A metáfora energética facilita se compreender que curador e enfermo sejam identificados como aspectos de um mesmo homem total em busca de harmonização com o cosmo de que faz parte. A energia também atua como operador simbólico na restauração da relação entre técnica e magia. Ela avança, porém, em sentido diferente daquele seguido pela Medicina Biocartesiana que, se preocupa, prioritariamente, com a universalização de certa razão instrumental, esquecendo-se que tal razão não nasceu do nada, mas que foi justamente elaborada em cima da separação da técnica e da magia. Esta medicina moderna esquece, logo, que a magia também é um fenômeno social legítimo – como a técnica – e que ela é, certamente, como lembra Mauss, a técnica mais antiga existente na sociedade humana (Mauss, 1999^a, p.135).

Queremos dizer que a energia como princípio simbólico unificador da vida humana, em geral, e das práticas de cura tal como elas aparecem nas Outras Medicinas, em particular, apontam para a presença de um sistema de reciprocidade mútua, livre e obrigatório que funda a saúde na interação social e que chamamos de dom, diríamos um dom fundador da medicina como instituição social. A. Caillé percebeu a presença deste dom fundador da sociedade ao propor que: “nós não saberíamos compreender a troca e o contrato, típicos da modernidade, sem discernir primeiramente suas formas arcaicas e anteriores, as formas do dom” (Caillé, 2000b, p.22). Seguindo esta pista oferecida por Caillé, J. Dewitte propõe um dom de apresentação, original e preliminar, que estaria presente na inauguração da vida, em geral, e naquela da sociedade humana, em particular. A ideia de

autoapresentação desenvolvido pelo biólogo Portmam, ao estudar as espécies animais permite pensar que “há certamente alguma coisa como um excedente originário, uma manifestação primeira da vida que excede toda interpretação funcionalista” (Dewitte, 1993, p.32).

Assim, do ponto de vista teórico é importante nos questionarmos sobre a natureza do discurso energético: ele é apenas um recurso gramatical e/ou um artifício linguístico criado pela ciência? Ou, mais que isso, ele se constitui num símbolo fundador que aparece como um dom de vida que serve tanto para fundar a sociedade e a medicina como fenômenos sociais? De fato, no caso da medicina e das práticas de “cura”, como observamos ao analisar os comportamentos dos curadores ao longo da história, o dom aparece, sobretudo, como um sistema original. Original primeiramente como necessidade de autoapresentação, o que corrobora a ideia de J. Godbout que antes de aparecer como um *homo oeconomicus* o ser humano é primeiramente um “*homo donator*” (Godbout, 2003). Em segundo lugar, a originalidade deste sistema se revela nos modos particulares como se definem as vocações de curadores. Nas sociedades tradicionais, o curador não se legitima por um simples diploma acadêmico, mas por um ritual de iniciação e de revelação particular que confirma a capacidade nata de certos indivíduos de tomarem para si o sofrimento dos outros, liberando-os do mal que os acometia.

Energia como dom aparece, sobretudo, como uma metáfora que permite traduzir a circulação dos bens da cura nos sentidos simbólicos e práticos, respondendo ao mesmo tempo a demandas de curas espirituais e a diversos distúrbios energéticos (desequilíbrios internos nos planos físico, emocional ou psíquico). Assim, a expressão energia traduz algo fundamental na existência de uma Nova Medicina, a de se constituir numa linguagem capaz de traduzir em diversas gramáticas a ideia do dom da vida como prática recíproca que compromete curador e paciente num mesmo processo interativo. Energia é o mesmo fenômeno conhecido em certas sociedades primitivas como “*hau*”, que para uns era o espírito da própria coisa dada, para outros o espírito do doador (Rospabé, 1996). Esta dinâmica relacional em que a circulação do bem da vida se revela nos dois sentidos - do cuidador para o demandante e vice-versa -, constitui uma questão sutil, porém da maior importância

para se entender o sentido simbólico da “cura”. Por isso, nas suas origens, quando a medicina guardava uma dimensão sagrada evidente, a criação de vínculos de amizades entre as partes envolvidas (Bourgeon, 2000) era tida como comum e necessária.

No sistema das Outras Medicinas, a revelação do cuidador se faz muitas vezes por um trabalho de iniciação e de recebimento de uma graça, isto é de um dom especial que permite ao curador exercer legitimamente o seu trabalho de cura. Neste sentido pode-se dizer que o dom inaugural de autoapresentação, dom de aparência que está presente na criação da vida em geral, *aparece* no caso da cultura humana e das Novas Medicinas como um dom particular que Dewitte denomina gratidão ou gratuidade. Explica o autor que, diferentemente da consciência hinduísta da dívida, que é irrevogável (o sujeito humano é sempre um sujeito de dívida para com os deuses), a consciência moderna resolve esta limitação pela gratidão e pela realização de obras (Dewitte, 1996, p.103). Nesta perspectiva, energia é o termo que se revela mais apropriado para designar esta simbólica de cura que se desenvolve espontaneamente entre a técnica e a magia, dom que passa pelas mãos, olhos, palavras e odores do curador e que é por todos designado como energia. Assim, tanto a energia purificada que entra pelo corpo do curador e que passa para o “doente” ou, então, no lado oposto, a energia do enfermo que é purificada com ajuda do curador, ambas as possibilidades constituem um tipo de vivência que é ao mesmo tempo profana e sagrada. O objetivo último da técnica, aqui, não é expulsar a energia do corpo para assegurar sua pretensa normalidade mecânica, pois o corpo é vida por ser movido energeticamente; a energia é a vida, ela é o próprio dom de vida.

Nas sociedades tradicionais, o imaginário do curador era habitado por uma experiência de gratidão gerada por uma dádiva de cura inicial, interpretada como um presente ou uma obrigação divina, a qual era repassada adiante através de obras de cura e de cuidado. Nasceram assim os feiticeiros e mágicos. No sistema geral das práticas médicas alternativas e complementares atuais, a obrigação de retribuir o bem recebido é muito comum entre aqueles que se dizem terem sido abençoados pelo divino com este dom de cura. Este caráter mágico reaparece de modo mais ou menos implícito nas Outras Medicinas, em

geral, mas declaradamente em alguns modelos como o *Reiki* e Mãos de Luz, que são técnicas de imposição de mãos sobre o corpo do doente.

O depoimento seguinte de um Mestre de *Reiki* é muito elucidativo de uma consciência moderna da dádiva de si, cuja devolução se faz pela realização de obras benévolas ou não, mas que trazem em si este objetivo de repassar o dom da cura:

Uma pessoa adoecia, vinha conversar comigo de madrugada, eu tocava nela. No outro dia a pessoa vinha agradecer, a pessoa ficou curada. Então eu procurei estudar sobre as mãos, até dentro do *Seisho no-ie* (seita japonesa). Mas lá eles disseram que eu não podia usar esses poderes dentro da filosofia. Então sai e fui procurar coisas sobre minhas mãos e conheci Lauro Trevisan (autor místico de vários livros sobre autoajuda). Aprendi muito com ele (Mestre de *Reiki*).

Energia pode, logo, ser entendida como uma metáfora que traduz pelo menos duas possibilidades discursivas. De um lado, ela revela o sagrado que se supõe esteja presente em cada um de nós – antes mesmo de estar nas instituições – e que se manifesta pelo dom primeiro da gratidão. Esta se expressa com relação ao simples ato de se viver e se completa como dádiva através de dons de cura que são passados a outros indivíduos próximos ou não. Em segundo lugar, energia é também um termo revelador no sentido de que ela aparece como operador simbólico central de um conjunto de técnicas e rituais de cura que são interpretados como sendo eficazes do ponto de vista prático. Aqui, o novo discurso terapêutico alternativo transgride o dogma da medicina cartesiana a partir de dois movimentos: um pelo resgate de tradições de cura não ocidentais; o outro pela busca de superação das fronteiras da racionalidade científica, restaurando rituais de cura que pretendem ser simultaneamente racionais e mágicos.

Essas duas leituras da simbólica energética – uma como dádiva mágica arcaica, a outra, como simbólica fundadora de uma ação técnica – visam em última hipótese restituir o equilíbrio do duplo circuito sobre o qual funciona a medicina comunitária tradicional: de um lado, aquele circuito das socialidades primárias (o das relações interpessoais), de outro, o das socialidades secundárias (o das relações funcionais) (Caillé, 1997; 2000). Assim, um acupunturista entrevistado

lembrou que a medicina chinesa não nasceu do conhecimento acadêmico e científico, mas do conhecimento popular. Ao longo do tempo, lembra ele, “esta ciência foi sendo aperfeiçoada, melhorada, mas não tem nada a ver com a medicina ocidental”. Do mesmo modo, um musicoterapeuta, se questiona porque a ciência tem que ser necessariamente ortodoxa, clássica e acadêmica. Existe também, sublinha, uma ciência natural, espontânea: “Por que tem que passar pela universidade? Se fosse assim, a medicina popular não teria valor”. Partindo de um acadêmico, figura erudita, com doutorado em literatura no exterior, tal afirmação ganha conotação particular a respeito do diálogo saber comum e saber especializado nos sistemas de cuidado.

Algumas conclusões

Para finalizar, gostaríamos de lembrar que a convergência de elementos que antes, na modernidade médica ocidental e colonial, pareciam ser contraditórios, como a tecnologia, por um lado, e a magia, por outro, convergem com enriquecimento mútuo nas Outras Medicinas. Tal releitura do campo médico não significa uma recusa do valor das inovações tecnológicas geradas pela biomedicina, mas, ao contrário, o reconhecimento e a inclusão de saberes, técnicas e olhares diferentes que haviam sido perdidos, negligenciados e que foram restaurados e reinventados a partir do reconhecimento da ambivalência cultural inerente ao imaginário humano da vida e da morte. A ambivalência constitutiva da categoria de pluralidade de sistemas médicos permite tanto se respeitar a lógica do laboratório como de se valorizar a experiência vivida para ampliar a explicação científica da saúde e do cuidado médico e terapêutico. O dom médico ou dom de cuidado constitui aqui um operador simbólico fundamental para articular a passagem entre o sagrado e o profano, entre o científico e o mágico, entre o moderno e o pós-moderno.

Como vemos, o surgimento dessas novas práticas de cuidado (algumas, aliás, muito antigas) responde a uma demanda ampla de recriação de um sistema simbólico que busca responder a algumas exigências práticas: uma delas é o de constituir um sistema de informações interdisciplinar e transdisciplinar não redutível às divisões disciplinares que caracterizam o funcionamento da medicina

oficial ocidental; a outra demanda é de revalorização da “cura” como ação de duplo registro, nela estando associadas as dimensões da funcionalidade e da interpessoalidade. Semelhante trabalho de revalorização é decisivo para a legitimidade que adquire as Novas Medicinas no momento presente.

Diversamente, no seu sentido simbólico originário, a “cura”, já dissemos, é uma ação mágica e técnica e a prática da cura constitui um vínculo importante entre curador e enfermo. A questão fundamental aqui é o dom, a circulação de um princípio de vida que passa do curador para o enfermo e que é retornada num segundo momento como gratidão e mesmo “cura”. Nesta passagem frequentemente não é apenas o espírito da coisa, o *hau*, que circula entre as partes envolvidas, mas o próprio espírito do curador que entra na dinâmica do ritual de cura. Isto caracteriza a nosso ver certa modalidade de dom, que chamamos dom da graça (Tarot, 1993). A graça recebida livremente daquele que tem o dom da cura gera uma obrigação de devolver por parte daquele que recebe esta graça. Ou então, quando não se pode se pagar a dívida em razão de seu valor ser incalculável (o que é comum com os bens divinos, tidos como fundadores do vínculo), o próprio paciente se torna curador passando adiante a obra recebida. Esta segunda alternativa é mais comum nas Outras Medicinas, sendo, a nosso ver, determinante na definição do sincretismo transnacional e transinstitucional do terapeuta alternativo (Martins, 1999b; 2003).

Todos esses fatores nos levam, enfim, a concluir que o campo médico está se reorganizando institucionalmente para permitir a consolidação de um novo paradigma, o energético. Trata-se de um novo campo de saber, transnacional e aberto para as diferenças culturais, sua emergência sendo fundamental para a descolonização dos saberes justamente no seio daquela disciplina que, segundo Foucault, seria a mola mestra das ciências humanas por ter o poder de significar a própria ideia do humano. A diversidade das Novas Medicinas é garantida na medida em que os cuidados de saúde são interpretados não mais a partir de uma metáfora mecânica do corpo humano, mas, diferentemente, de uma experiência de “sentir total” do próprio corpo e o corpo do outro ou dos outros, que nada mais é que o corpo da própria sociedade humana nesta fase de descolonização planetária.

Referências

- Amaral, L. Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar com o sagrado. In: CAROZZI, M.J. (org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BALANDIER, G. *A desordem*. Elogio do movimento. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 1997.
- BAUMAN, Z. *Modernity and ambivalency*. Cambridge: Polity Press, 1995.
- BALESTIERI, F.M.P. A medicina da fé de Paracelsus e a psiconeuroimunologia da ciência atual. In: MIELE, N. (org.). *O velho e o novo em mil anos*. João Pessoa: Manufatura, 2000.
- BERTHOUD, G. Le corps humain comme marchandise. *Revue du MAUSS: de l'économie non politique*. Paris, n.3, premier trimestre, 1989.
- BIRMAN, J. *Estilo e modernidade em psicanálise*. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- _____. *Por uma estilística da existência*. São Paulo: Editora 34, 1996.
- DELAFOSSE, C. Kit à bien vous porter. In: BOUCHAYER (dir.). *Autres Médecines, Autres Moeurs*. Paris, 1986.
- BOURGEON, D. Le don thérapeutique. Thèse de doctorat en sociologie (en préparation) sous la direction d'Alain Caillé, Université de Nanterre, Paris X, 2000.
- CAILLE, A. *Anthropologie du don: le tiers paradigme*. Paris: Desclée de Brouwer, 2000b.
- _____. Entretien avec Alain Caillé: le paradoxe féconde du don. *Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique*, Paris, décembre 1999/janvier 2000, n.8, 2000a.
- _____. Le don de la parole. *Revue du MAUSS semestrielle*, Paris, n.1, 1993.
- _____. Nem holismo nem individualismo metodológicos: Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, 1998a.
- _____. *Splendeurs et misère des sciences sociales*. Genève:Droz, 1986.
- _____. Symbolisme ou symbolique. *Revue du MAUSS: Plus réel que le réel, le symbolisme*, Paris, n.12, seconde semestre, 1998b.
- CANGUILHEM, G. *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*. Paris: Les Belles Lettres, 1950.
- _____. *La santé: concept vulgaire & question philosophique*. Paris: Sables, 1990.
- _____. *L'homme de Vésale dans le monde de Copernic: 1543*, Paris: Collection Les empêcheurs de penser en ronde, 1991.
- CAPRA, F. *A teia da vida*, São Paulo: Cultrix, 1998.
- _____. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1991.
- CAROZZI, M.J. Nova Era: a autonomia como religião. In: _____ (org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- _____. *Nueva Era y Otras Medicinas: construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina, 2000.

- CASTORIADIS, C. *L'institution imaginaire de la société*. Paris: Seuil, 1975.
- CHAMPION, F. La nébuleuse mystique-ésotérique: orientations psychoreligieuses des courants mystiques et ésotériques contemporains. In: CHAMPION, F.; HERVIEU-LEGER, D. (org.). *De l'émotion en religion: nouveaux et traditions*. Paris: Centurion, 1990.
- DAMASIO, A. *O erro de Descartes*. Emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Cia das Letras, 1998.
- DESCARTES, R. *Meditações metafísicas*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- _____. *Os pensadores. Descartes*. São Paulo: Nova Cultural, 1999.
- DEWITTE, J. Il ne fallait pas: notes sur le don, la dette et la gratitude. *Revue du MAUSS: L'obligation de donner: la découverte sociologique capitale de Marcel Mauss*. Paris, n.8, 1996.
- _____. La donation première de l'apparence. *Revue du MAUSS: ce qui donner veut dire: don et intérêt*. Paris, 1993.
- EHREMBERG, A. *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 2000.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris: PUF, 2000.
- GERBER, R. *Medicina vibracional: uma medicina para o futuro*. São Paulo: 1995.
- GIDDENS, A. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press, 1994.
- GIDDENS, A.; BECH, U.; LASH, S. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: UNESP, 1995.
- GODBOUT, J. Les bonnes raisons de donner. *Revue du MAUSS. L'obligation de donner: la découverte sociologique capitale de Marcel Mauss*, Paris, n.8, 1996.
- GODBOUT, J. Homo donator x Homo oeconomicus. In: MARTINS, P.H. (org.). *A dádiva entre os modernos: discussão sobre os fundamentos e as regras do social*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GOOD, B. *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Paris: Collection Les empêcheurs de penser en rond, 1998.
- GUASH, G.-P. Energie...vous avez dites énergie? In: BOUCHAYER (dir.). *Autrement Revue: Autres médecines, autres mœurs*, Paris, 1986..
- HERZLICH, C.; PIERRET, J. *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*. Paris: Payot, 1984.
- HUSSERL, E. *A ideia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70, 2000.
- _____. *Meditações cartesianas: introdução à fenomenologia*. São Paulo: Madras, 2001.
- JAMES, W. *As variedades da experiência religiosa: um estudo sobre a natureza humana*. São Paulo: Cultrix, 1991.
- KARSENTI, B. *Marcel Mauss: le fait social total*. Paris: PUF, 1994.
- KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1975.

- LAPLANTINE, F. *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot, 1986.
- LAPLANTINE, F.; RABEYRON. *Outras Medicinas*. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- LE BRETON, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF, 1990.
- _____. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995.
- LATOURE, B.; WOOLGAR, S. *La vie de laboratoire*. Paris: La Découverte, 1988.
- LEARY, T. *Flashbacks: surfando no caos*, São Paulo: Beca, 1999.
- LE BRETON, D. Des affects comme symboles. *Revue du MAUSS: Plus réel que le réel, le symbolisme*, Paris, n.12, 1998.
- LOWEN, A. *Bioenergética*. São Paulo: Summus, 1982.
- LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. São Paulo: Campus, 1988.
- _____. Cultura contemporânea e outras medicinas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Revista de saúde Coletiva*, v.7. n.1, 1997.
- LUPASCO. Quelques aperçus sur la logique dynamique du contradictoire. *Revue du MAUSS: Plus réel que le réel, le symbolisme*, Paris, n.12, 1988.
- MAFFESOLI, M. *Du nomadisme: vagabondagens iniciáticas*. Paris: Librairie Générale Française, 1997.
- MARTINS, P.H. As Outras Medicinas e a libertação dos corpos. In: CAROZZI, M.J. (org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999a.
- _____. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- _____. Les nouveaux pèlerins urbains et l'éthique de la vie: réflexions sur le mouvement des thérapies alternatives. *Cahiers du Brésil Contemporain*, Paris, n.38/39, 1999b.
- _____. O paraíso, o tao e o dilema espiritual do Ocidente: passagem do antropocentrismo moderno para o cosmocentrismo pós-moderno. *Revista Sociedade e Estado*. Brasília, v.XIV, n.1, jan-jun 1999c.
- MAUREL-ARRIGHI, E. Ailleurs, autre regards: la leçon des désorceleurs du bocage. *Pratiques: Les cahiers de la médecine utopique*, Paris, n.7, 1999.
- MAUSS, M. Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1999c.
- _____. Esquisse d'une théorie générale de la magie. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*, Paris: PUF, 1999a.
- _____. Essais sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1999e.
- _____. Les techniques du corps. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1999d.
- _____. Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie. In: _____. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1999b.

- MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1945.
- _____. *Éloge de la philosophie*. Paris: Gallimard, 1960.
- _____. *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard, 1979.
- _____. *Résumés de cours*. Paris: Gallimard, 1982.
- MEYER, F. Orient-Occident: un dialogue singulier. In: BOUCHAYER (dir.). *Autrement Revue: Autres Médecines: Autres Moeurs*. Paris, 1986.
- MORIN, E. Sur la transdisciplinarité. *Revue du MAUSS: Disciplinarité, inter et transdisciplinarité*. Paris, 1997.
- MIGNARD, S.; WEIMBERGER, M. Tonton et l'ordinacupunture. In: BOUCHAYER (dir.). *Autrement Revue: Autres Médecines: Autres Moeurs*. Paris, 1986.
- NICOLAS, G. Le don rituel, face voilée de la modernité. *Revue du MAUSS: le don perdu et retrouvé*, Paris, n.12, 1991.
- PAHL, R. *Depois do sucesso*. Ansiedade e identidade Fin-de-Siècle. São Paulo: UNESP, 1997.
- PRATIQUE. Appel contre la dictature du neoliberalisme em médecine. *Pratiques: Les cahiers de la médecine utopique*, Paris, n.7, 1999.
- RENAULT, J-F. Les deux registres. *Pratiques: Les cahiers de la médecine utopique*, Paris, n.7, 1999.
- PERRAULT-SOLIVERES, A. (2001) "Demander des comptes" in *Pratiques: Les cahiers de la médecine utopique*, n.7, Paris, Indigène Editions.
- REVAULT D'ALLONNES. *Merleau-Ponty: la chair du politique*. Paris: Michalon, 2001.
- SHELDRAKE, R. *O renascimento da natureza: o reflorescimento de Deus e da Ciência*. São Paulo: Cultrix, 1997.
- _____. *A sensação de estar sendo observado*. São Paulo: Cultrix, 2003.
- TAROT, C. Marcel Mauss et l'invention du symbolique. *Revue du MAUSS: Plus réel que le réel, le symbolisme*, Paris, n.12, seconde semestre, 1998.
- _____. Marcel Mauss et l'invention du symbolique. *Revue du MAUSS: Plus réel que le réel, le symbolisme*, Paris, n.12, seconde semestre, 1998b.
- _____. Mauss, Lévy-Strauss, le symbolique et l'homme total. *Revue du MAUSS: Plus réel que le réel, le symbolisme*, Paris, n.12, seconde semestre, 1998a.
- TAVARES, F. O holismo terapêutico no âmbito do movimento Nova Era no Rio de Janeiro. In: CAROZZI, M.J. (org.). *A Nova Era no Mercosul*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- THOMPSON, W. *Gaia: uma teoria do conhecimento*. São Paulo: Gaia, 1990.
- TOPUZ, B. Des lobbies pharmaceutiques contre la santé. *Pratiques: Les cahiers de la médecine utopique*, Paris, n.8, Indigène, 2000.
- WILHELM, R. (org.). *I Ching: o livro das mutações*. São Paulo: Pensamento, 1996.
- WITTGENSTEIN, L. *Os pensadores: Wittgenstein*. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

Reflexões sobre a acupuntura e suas contribuições na atenção à saúde

MARILENE CABRAL DO NASCIMENTO

A acupuntura e a origem do adoecimento

A acupuntura é uma das modalidades terapêuticas da medicina tradicional chinesa, cuja prática milenar se estende não apenas no tempo, mas também no espaço geográfico e cultural. Integra, na atualidade, sistemas de atenção à saúde de diversos países, no Oriente e no Ocidente.

Diferentemente do que propõe a microbiologia, a epidemiologia e mesmo a medicina sanitária, as teorias etiológicas da medicina chinesa valorizam na explicação do adoecer, além de fatores externos e ambientais, tudo aquilo que esteja em desacordo com a “ordem natural” da existência humana, com ênfase a fatores internos, em especial os emocionais (Unschuld, 1984; Kaptchuk, 1994; Maciocia, 1989; Huihe, 1992).

Menciono a seguir alguns elementos da doutrina da medicina chinesa quanto à natureza do adoecimento, para assinalar sua potencialidade em correlacionar os múltiplos aspectos da existência em uma unidade dinâmica. A apresentação propõe não um estudo mais amplo desses elementos, mas apenas situá-los como um instrumento para a reflexão e o autoconhecimento, capaz de engendrar uma ação transformadora em busca de maior harmonia e saúde.

Doutrina médica é, segundo Madel Luz (1993, p.1), “a formulação de certas concepções teórica ou racionalmente elaboradas sobre as origens, as causas e a natureza do adoecer do homem”. Na medicina

chinesa, são três as categorias básicas associadas ao adoecer: condição emocional, estilo de vida e meio ambiente.

A condição emocional não é percebida separada do corpo ou do meio ambiente. Os órgãos são todos intimamente conectados com as emoções. Quando uma emoção é expressa de forma excessiva ou inadequada, por um longo período, ou quando emerge repentinamente e com grande força, tende a gerar desarmonia e adoecimento. Uma desarmonia em um órgão, por sua vez, causada por inadequação na dieta ou exposição a condições ambientais severas, pode gerar um desequilíbrio emocional, e vice-versa.

A ideia de causa linear e efeito transforma-se em um círculo na medicina chinesa, porque o pensamento chinês de padrão de adoecimento submete todas as partes a um todo mais importante, relativo ao que está acontecendo na interação entre a pessoa e o seu universo. Segundo Kaptchuk (1994, p.135), “a ideia de causalidade na medicina chinesa é em última instância um instrumento para identificar e qualificar a importante interação entre meio ambiente, características emocionais, estilo de vida, doença e saúde”.

Em sentido similar, umidade ou frio, além de fenômenos climáticos, são também metáforas relativas a possíveis estados ou aspectos da vitalidade humana. Uma pessoa pode ter tendência a acumular frio e umidade; outra, calor e secura. Trata-se de influências externas e internas, que passam a fazer parte do padrão de saúde de cada pessoa. A influência “perversa”, associada à origem do adoecer, não se define por suas manifestações fora de uma pessoa em particular. Uma influência tende apenas a influenciar, mas não a determinar.

O estilo de vida é, por sua vez, influenciado pelo meio ambiente físico e cultural. O terapeuta da medicina chinesa conta com um referencial teórico que lhe permite não só tratar, mas também identificar influências, hábitos e condutas impróprias ao estado de harmonia de cada pessoa.

“As sete paixões”

Cada emoção básica e os sentimentos que lhe são associados estão relacionados a um órgão vital que, em caso de desarmonia na emoção que lhe corresponde, sentirá especialmente os efeitos negativos. As

influências internas, chamadas de “sete paixões” são alegria, raiva, melancolia e tristeza, pensamento (obsessivo), apreensão e medo, associadas respectivamente ao coração, ao fígado, pulmão, baço e rins.

Atividade emocional é basicamente uma resposta da pessoa ao meio em que vive. Como corpo e mente formam uma unidade integrada e inseparável, as emoções podem não só desencadear desarmonia, como também ser expressão dela.

“Os seis excessos”

São identificados ao clima e suas variações nas diferentes estações: vento, frio, calor, umidade, secura e fogo. Sob circunstâncias normais, a temperatura e o clima não teriam efeitos patológicos sobre as pessoas. Essa situação ocorre quando a harmonia com o meio ambiente se rompe, por causa de uma temperatura inesperada e excessiva, ou porque a pessoa está pouco resistente em relação a fatores climáticos.

A resposta a fatores climáticos e ambientais está condicionada, por sua vez, às influências internas (sete paixões), aos hábitos de vida (incluindo dieta, atividade física e sexual, relação repouso/trabalho etc.) e a fatores hereditários. Tem-se aqui uma concepção etiológica como influência de fatores múltiplos. Quando esta influência ultrapassa a capacidade adaptativa de cada pessoa, surge o adoecimento.

Emoções e hábitos inadequados concorrem para o esgotamento vital por duas vias: aumentando o consumo da vitalidade (*Qi*) e diminuindo sua produção, o que, por sua vez, provoca maior desarmonia nas emoções e comportamentos, como em um círculo vicioso. Esse conjunto de fatores é fortemente influenciado pelo âmbito sociocultural, embora se apresente de maneira diferenciada entre as pessoas de um mesmo grupo ou cultura. A pessoa que adoece pode, a partir do exercício terapêutico, encontrar referências capazes de a estimularem ao autoconhecimento e à transformação, à busca da saúde.

A terapêutica da medicina chinesa propõe uma atuação na unidade dinâmica de cada pessoa e visa, além de “expulsar o perverso”, a regular e reforçar a vitalidade. Mas destaca o querer (vontade, tenacidade) como instrumento importante na transformação, seja no sentido da desarmonia ou da saúde. O querer, cuja morada está associada aos rins, relaciona-se ao nascimento do *Yin* e do *Yang*.

A doutrina do *Yin* e do *Yang* é uma referência à natureza cíclica e dual do Cosmos e dá base ao sistema de correspondência na medicina chinesa. *Yin* e *Yang* situam princípios opostos e complementares (dia/noite, norte/sul, ventre/dorso, feminino/masculino, recolher/expandir etc.), como duas faces polares e interdependentes em uma unidade, capazes de se intertransformar. De acordo com Daniel Luz (2006, p.94), “se *yin* e *yang* se alternam, há harmonia e saúde. Se o círculo se imobiliza, levando ao predomínio exagerado de um sobre o outro, sobrevém o caos, o adoecimento”.

A vontade de obter a cura pode ser a origem da transformação do corpo e do espírito no sentido da harmonia e do vigor. Entendo vontade, neste contexto, como exercício de liberdade, domínio da existência, voltado para a obtenção de maior harmonia interna e relacional ao mesmo tempo. Essa vontade tem pouca afinidade com indivíduos alienados, alheios ao seu corpo e ao seu mundo, mas tende a emergir e tomar forma entre cidadãos.

A medicina chinesa e a medicina científico-tecnológica

A racionalidade da medicina chinesa concebe a unidade dinâmica do ser, entendendo-o em sua relação com o meio. Nesta racionalidade se encontram presentes uma mediação entre razão, corpo e emoção, além de uma profunda empatia com a natureza e o cosmos.

A ampliação do espaço social a medicinas e terapias em que são valorizados aspectos simbólicos, psicossociais e existenciais pode ser uma resposta à abordagem tecnicista e mecânica, com ênfase na doença, como também ao empobrecimento da milenar relação médico-paciente (Luz, 1988; 1995). No ideário científico, expresso na produção de conhecimento sobre a saúde e o adoecer, o ser humano tende a ser reduzido “a um conjunto de órgãos, fluidos, tecidos, moléculas e, mais recentemente, de gens”, conjunto que poder ser objeto da investigação científica, mas continua inatingível enquanto totalidade que sofre, deseja, sente e age como unidade (Luz, 1995, p.242).

O médico, enquanto representante da ordem científica, tende a desconsiderar as influências psicológicas, sociais, culturais e espirituais na produção do adoecer. Isso não quer dizer que os médicos não reconheçam a concorrência desses fatores no processo de adoecimento,

mas acabam por os subjugar ao referencial biológico. De outro lado, o médico é “terapeuta, frente a um caso, um doente, uma situação humana”(Sayd, 1995, p.161). A conduta do terapeuta reúne não somente evidências técnicas, claras, fornecidas pelo saber médico, a lhe indicarem este ou aquele procedimento. Em sua conduta estão, também, tradição, estilo de prática, manifestações de estilos de pensamentos, julgamento e valoração, cujas raízes estão no solo da cultura (Almeida, 1996). Entretanto, a tendência a menosprezar a integração entre a pessoa humana e os múltiplos aspectos de sua natureza e existência, na abordagem médica, pode estar inibindo a possibilidade de autoconhecimento e transformação individual com base na experiência da doença e da saúde. “O que se observa é que, na verdade, o discurso médico acaba por ser uma forma bastante eficiente de manter o paciente alienado de sua própria situação” (Camargo Jr., 1992, p.218).

Para melhor adentrar a complexidade que envolve esta questão, recorro a um conceito frequente no discurso filosófico que busca caracterizar a cultura contemporânea: a alienação. De acordo com Japiassu e Marcondes (1991, p.16), o termo *alienação* emergiu no vocabulário filosófico graças a Hegel (1770-1831) e a Marx (1818-1883). Em Hegel, a alienação seria a “ação de se tornar outrem, seja se considerando como coisa, seja se tornando estrangeiro a si mesmo”. Marx associou a alienação à situação econômica de dependência, em que o trabalhador vende sua força de trabalho como mercadoria ao capitalista. Na atualidade, afirmam os autores, temos não só uma alienação do mundo na técnica ou pela técnica, mas um isolamento de si, uma alienação em relação ao próprio mundo, banalizado e ocultado pela técnica.

Tal como a força de trabalho, que ao escapar do próprio controle tende a se caracterizar como “coisa autônoma”, os demais elementos do mundo tendem a se deslocar da pessoa ou da natureza, ou da relação entre ambos, reificando-se. Segundo a teoria marxista, a reificação é o último estágio de alienação do trabalhador. De acordo com Japiassu e Marcondes (1991, p.212), o termo designa “a transformação de uma representação mental em uma coisa, atribuindo-lhe assim uma realidade autônoma, objetiva”. O adocimento, neste contexto, deixa de ser o

resultado da falta de harmonia entre o homem e o seu meio, como propunham as noções gregas do período hipocrático e suas apropriações e variações no decorrer da história. Passa a ser entendido como objeto preexistente, entidade de vida própria, alheio à pessoa que o “abriga”.

Frente à autonomia dos elementos do mundo, reificados, a pessoa vê-se, a um só tempo, alheia a seu mundo e destituída de poder sobre ele. Estabelece uma relação de estranhamento frente ao adoecimento, como algo externo que o invade, e frente à cura. Esta é também algo exterior, depende do combate ao agente instalado no organismo (um micro-organismo ou uma alteração de padrões bioquímicos) e a medicina é o ente técnico-racional especializado em tal combate. Essa cura é estranha à noção de busca de uma interação harmoniosa com a natureza, de autotransformação e desenvolvimento. Ela pouco tem a ver com o respeito ao organismo e a preocupação em não o corromper.

À pessoa alheia e destituída de poder em relação ao seu mundo e ao seu próprio corpo, restam o apelo e a submissão à medicina, também ela reificada. A atenção à saúde passa a ser mais uma mercadoria, parte de um sistema competitivo de mercado, instrumento de atenuação das aflições da vida. Nesse contexto, a relação com a medicina, enquanto ente racional especializado, focado em aspectos anatômicos e bioquímicos e amplamente sustentado em recursos tecnológicos, tende a reforçar a alienação de si. A pessoa que adoece passa a ser percebida pela doença e este reducionismo tende a situá-la na condição de paciente, no sentido de ser objeto de uma ação de outrem. Sua participação no processo de cura deixa o lugar de agente para o de cumpridor rigoroso de prescrições técnicas. A proposta de transformação de si cede lugar para a de reparo técnico de condições biomecânicas.

O vitalismo na medicina

A doutrina vitalista, de origem ou inspiração remotas na noção grega de *physis*, entende que “existe em cada indivíduo um princípio vital, simultaneamente distinto da alma pensante e das propriedades físico-químicas do corpo, que governa os fenômenos da vida” (Lalande, 1993, p.1224). *Physis*, diz Sayd (1995, p.19), deriva de *physei*, “ser gerado”, e pode ser entendida como um “princípio que produz o desenvolvimento de um ser e nele realiza um tipo específico”.

A noção de princípio vital, que sustenta a doutrina vitalista na medicina desde a Grécia Antiga, está presente na noção de força vital da homeopatia de Hahnemann (1775-1843) e na noção de *Qi* da medicina chinesa: “O Homem está no *qi* e o *qi* está no Homem. O Céu, a Terra, os Dez Mil Seres, todos necessitam do *qi* para se manter vivos. O Homem que se dedica a fazer circular seu *qi* preserva sua pessoa e afasta de si todo o mal que poderia lhe ferir” (Ko Hung, *apud* Luz, D., 2006, p.93).

Vitalismo e mecanicismo persistem como duas correntes na medicina, às vezes em coexistência, explicando fenômenos diferentes, mais frequentemente disputando o primado teórico da explicação dos fenômenos da doença e da saúde. Na concepção mecanicista, a natureza passou a ser gradualmente dissociada de seus aspectos metafísicos, tidos como sagrados ou sobrenaturais, e entendida como sinônimo de matéria, objeto de análise em seus inúmeros aspectos. É como se a natureza funcionasse feito uma máquina e o caminho para compreendê-la passasse por sua redução a um conjunto de peças simples.

Esta concepção técnica e materialista da ciência moderna tem seus fundamentos na física clássica herdada de Newton (1642-1727) e na visão dualista (corpo/ama) do ser humano herdada de Descartes (1596-1650). A essa herança veio somar-se o Iluminismo do século XVIII e o Positivismo do século XIX, com a afirmação do conhecimento racional e a exclusão da metafísica. Afastada a alma, ideia metafísica, restava apenas a metáfora da máquina a guiar o conhecimento do corpo.

A explicação mecanicista ganhou ímpeto no terreno terapêutico através da noção de agente etiológico, que caracteriza a doença a ser combatida como algo estrangeiro e eliminável, causando distúrbios específicos a cada doença, e não a cada doente. Com a microbiologia, a ideia de uma terapêutica centrada no doente e na recuperação de sua saúde perdeu terreno. A terapêutica, essencialmente medicamentosa, passou a ser uma ação direta contra o microrganismo, e não mais dirigida a um indivíduo com constituição e adoecimento particulares (Canguilhem, 1977; Almeida, 1996).

O movimento de contracultura dos anos de 1960 e 1970 marcou uma retomada do vitalismo, através das chamadas medicinas

alternativas (Luz, 2005). A homeopatia e a medicina chinesa são exemplos de medicinas de paradigma vitalista, que obtiveram sucesso a partir da segunda metade da década de 70, em termos de legitimação e aceitação por amplas camadas sociais.

O consumo de terapêuticas com abordagem vitalista insere-se, com frequência, em uma complexa concepção simbólica da vida e da saúde, em que as emoções, os sentimentos, a vontade, o juízo e arbítrio são vividos de maneira singular e individual, pressupondo uma dimensão espiritualizada da existência. Dessa maneira, integra-se, em maior ou menor grau, à cosmovisão dita holista, onde predomina a ideia de equilíbrio ou harmonia corpo/espírito. O avanço social destas práticas, acompanhado das críticas ao reducionismo biologicista da medicina técnico-científica, desencadeou reações, entre as quais se destacam os discursos da saúde coletiva, da epidemiologia, da promoção da saúde, da psicossomática, da medicina da família, que buscam introduzir uma visão mais ampla da saúde que não se reduza à doença e que possa integrar outras dimensões da natureza humana (Luz, 2005).

Essas mudanças no campo da saúde indicam uma coexistência da medicina hegemônica, de orientação técnico-científica, com outros saberes e códigos simbólicos na prática de pacientes, terapeutas e médicos. Uma coexistência, muitas vezes, imersa em lutas em torno de legitimidade e legalidade, envolvendo disputas por espaços institucionais, recursos públicos e mercado de trabalho, em que a bandeira da ciência é içada ora para desqualificar as práticas concorrentes, ora para incorporá-las ao interior do paradigma biomecânico de maneira mais ou menos integrada (Nascimento, 2006).

Toda arte viva está sempre mudando. As medicinas contemporânea e tradicional estão alinhadas em uma interação em que ambas não podem sobreviver intactas. Sua cooperação, mesmo que ocasional, pode apenas acelerar a assimilação mútua. Não se trata de defender as terapêuticas e sistemas médicos de orientação vitalista como panaceias, capazes de dar respostas ou solucionar os complexos problemas de doença e assistência à saúde na atualidade. Nem tampouco de desqualificar a importante contribuição que o avanço da técnica e da ciência tem proporcionado no campo da saúde. O que se propõe aqui é que as medicinas de paradigma vitalista podem fornecer mais do que algumas

técnicas; sua contribuição inclui também uma cosmovisão, abordagens e instrumentos capazes de auxiliar no exercício de repensar a relação que culturalmente temos estabelecido com a saúde e a medicina.

O projeto de aliança entre o antigo e o novo na medicina da atualidade se fundamenta na imensidão do fenômeno humano e parte de uma ética de respeito, de uma proposta interdisciplinar com orientação complementar e integrativa. Na terapêutica, pode-se observar que a ênfase está se deslocando da cura para a prevenção e a promoção. Na diagnose, a transição se dá entre que tipo de doença tem essa pessoa para que tipo de pessoa tem essa doença.

Entendo que a recuperação do vitalismo na medicina traz uma contribuição para ampliar a relação desta com a saúde. Fortalece o projeto social de construção de um novo modelo de atenção à saúde, pautado não apenas em critérios técnicos, sejam eles médicos ou econômicos, mas também em premissas de resgate da cidadania e da solidariedade social. Um projeto comprometido também com o desenvolvimento da relação com a saúde, no sentido de restabelecer, promover e ampliá-la, através inclusive e especialmente, de uma interação mais harmoniosa com o meio ambiente e social.

É importante, entretanto, estar alerta para o risco de uma atenção mais integradora se confundir com um controle integral. Contribuir com pessoas e grupos a encontrar mais saúde significa possibilitar a identificação das relações entre o adoecimento e seu modo de vida, e a percepção de aspectos de sua existência em desacordo com um estado de saúde. Ao lado disto, proporcionar meios para uma existência mais harmoniosa. Esta concepção encontra eco nas propostas de promoção da saúde, que estão ganhando espaço no discurso e também em políticas públicas na atualidade (Buss, 2000; Czresnia, 2003).

Promover a saúde, desta perspectiva, não se reduz a prevenir doenças, e menos ainda ao estrito sentido de imunizar ou detectar precocemente o adoecer. Prevenção, em sentido amplo, inclui moradia decente, água limpa, tratamento de esgotos, comida e educação. Há que se ter presente, contudo, que uma concepção de saúde, seja ela qual for, tende a se refletir de maneira diferenciada entre os grupos sociais. A proposta de saúde que se vincula ao respeito ao organismo e ao meio natural e social, e associa cura a autotransformação e exercício

de desenvolvimento e virtude, não é inteiramente praticável em nossa sociedade. Tende a pender entre privilégio e utopia, ante as múltiplas limitações nas condições de vida e da organização social, a impor ritmos definidos por instâncias alheias ao que poderia ser um bem-viver.

Na fronteira entre a utopia e a ação social, figura a proposta de buscar melhorar as relações humanas, entre as pessoas, os grupos sociais e as nações e destes com a natureza, como caminho necessário para a ampliação da saúde. Não é pequeno o papel que cabe à medicina neste desafio. O diálogo e a solidariedade entre saberes, popular, tradicional e técnico-científico, podem auxiliar na redefinição da medicina, como ciência e arte de curar, mais interativa que invasiva, e comprometida com a saúde.

A acupuntura no Brasil

A acupuntura foi trazida ao Brasil pelos japoneses que imigraram para o trabalho agrícola nos primórdios do século XX. Nas décadas seguintes, contudo, tanto a prática quanto o ensino tradicional desta modalidade terapêutica oriunda da medicina chinesa se mantiveram restritas ao interior da colônia oriental.

No final da década de 1950, registraram-se algumas iniciativas que ampliaram o ensino desta terapêutica no país. Coube a Frederico Spaeth (1912-1990), luxemburguês radicado no Brasil, oferecer as primeiras aulas de acupuntura a um grupo formado em sua maioria por médicos, inicialmente através de relação mestre-discípulo, e mais tarde estruturando cursos em diversas capitais. Apenas nos anos 1970 surgiram cursos ofertados por orientais, abertos a alunos não que não integravam a colônia oriental. Wu Chão-Hsiang (1917-2000), no Rio de Janeiro, e Liu Pai Lin (1907-2000), em São Paulo, ambos mestres chineses em *tai-chi-chuan* e acupuntura, passaram a oferecer treinamentos em artes marciais e aulas de massagem e acupuntura (Nascimento, 2006).

No meio médico mais amplo, ainda que a acupuntura despertasse algum interesse, era severamente criticada e sofria importante resistência dos conselhos de medicina, onde a classificam como credence e charlatanismo. A conjuntura autoritária que marcou os anos 70 contribuiu para que a resistência de lideranças de corporações médicas

à acupuntura viesse a se traduzir em ameaças de prisão e processos criminais, que chegaram a atingir alguns acupunturistas, particularmente os que não possuíam formação em medicina. Na imprensa escrita, as noções e as práticas da acupuntura e medicina chinesa eram divulgadas, sobretudo em publicações voltados ao ocultismo e ao esoterismo.

Apenas nos anos 1980, a acupuntura passou a integrar as unidades do serviço público de assistência à saúde, com a criação de cursos de formação profissional e a realização de congressos nacionais de acupunturistas. Os primeiros médicos que aderiram à prática da acupuntura exerceram papel importante na introdução dessa terapêutica na rede pública de atenção à saúde, como também na sua receptividade por parte dos usuários desses serviços. Esses médicos, muitas vezes frustrados com as possibilidades oferecidas em suas práticas profissionais, voltaram-se para o estudo da medicina chinesa, por meio de cursos ou de forma autodidata, encontrando nela instrumentos eficazes para o desempenho de suas funções.

Reunidos em congressos nacionais, os acupunturistas reivindicavam ao Estado a regulamentação e a fiscalização da profissão. Havia, no entanto, interesses conflitantes entre eles. Duas propostas dividiam a categoria: a que pleiteava a exclusividade médica para o exercício da acupuntura, e a conseqüente interdição à prática de profissionais não médicos; e a que defendia o seu exercício também por não médicos, desde que devidamente habilitados. O que todos refutavam eram os chamados charlatães, que faziam cursos de fim de semana, exploravam esperançosos pacientes e atrapalhavam o trabalho profissional dos acupunturistas.

A formação prévia dos acupunturistas não-médicos era de origem diversa, havendo entre eles fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas naturistas, entre outros. Entre os grupos mais prejudicados pela aspiração de exclusividade médica para o exercício da acupuntura, estavam os orientais e seus descendentes no país, que praticavam a terapêutica com base em uma tradição familiar trazida através de gerações. Havia ainda um grupo que obteve formação em acupuntura fora do país, do qual participavam vários orientais. Em diversos países orientais e ocidentais, como o Japão e os EUA, não é exigida a prévia formação em medicina ocidental para a qualificação profissional em

acupuntura. Por fim, havia um amplo grupo, composto principalmente por profissionais de saúde que aprenderam a acupuntura em cursos locais ou de forma autodidata.

A dificuldade de construção de um consenso em relação à necessidade ou não de prévia formação em medicina ocidental no currículo dos acupunturistas somava-se às resistências contra a acupuntura, ainda significativas no meio médico. Parte da categoria tendia a questionar a efetividade dessa terapêutica, associando os seus resultados ao chamado efeito placebo. A disputa entre as diferentes propostas para a regulamentação da acupuntura envolveu uma complexa rede de pressões e interesses, em múltiplas instâncias de poder. Encontrou eco nas conferências de saúde, nas câmaras e assembleias legislativas estaduais e municipais, nos ministérios e secretarias da saúde, da educação, do trabalho e da justiça e no Congresso Nacional.

Entre inúmeros documentos produzidos ao longo deste processo, destaco aqui a Resolução n. 1455 do Conselho Federal de Medicina, de 11/8/1995, que designou a acupuntura uma especialidade médica. A edição desse documento foi acompanhada de uma campanha nos meios de comunicação de massa em defesa do monopólio do exercício da acupuntura para a categoria médica. O projeto de lei do ato médico, em suas várias edições, e o movimento pelo monopólio médico da acupuntura no Brasil, têm encontrado ampla resistência de outros conselhos profissionais na área da saúde, que buscam garantir o exercício da acupuntura entre seus pares.

Esta disputa pela regulamentação envolveu mais recentemente a estruturação dos conselhos brasileiros e regionais de acupuntura. A partir de uma negociação entre a Sociedade Médica Brasileira de Acupuntura (SMBA) e a Associação Médica Brasileira de Acupuntura (AMBA), foi criado, em 1998, o Colégio Brasileiro de Acupuntura (CBA). Entre seus propósitos está o de representar os médicos acupunturistas perante a Associação Médica Brasileira (AMB) e elaborar provas de titulação. No ano de 2000, foi fundado o Conselho Brasileiro de Auto-Regulamentação da Acupuntura (CONBRAC), também denominado Conselho Brasileiro de Acupuntura, que passou a organizar, entre suas atividades, um concurso de títulos de especialista em acupuntura tradicional, aberto para acupunturistas médicos e não-médicos.

A organização dessas instâncias corporativas, além de revelar uma estratégia de autorregulamentação pelos pares, aponta para uma tendência multiprofissional. Em outras palavras, uma estruturação do campo da acupuntura no Brasil com espaço de inserção para acupunturistas médicos e não-médicos, tal como acontece em diversos países do mundo Ocidental e Oriental.

A prática multiprofissional da acupuntura ampliou sua base de legitimação com a edição da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, em 2006. Entre suas diretrizes, consta como premissa o desenvolvimento da medicina tradicional chinesa – acupuntura em caráter multiprofissional, para as categorias profissionais presentes no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Temos uma ciência das doenças bastante desenvolvida. O avanço da acupuntura nos serviços de saúde, sustentado em uma prática multiprofissional, capaz de combinar saberes e técnicas da medicina tradicional chinesa e da medicina ocidental técnico-científica, sem ter necessariamente uma base teórica comum, pode contribuir para a construção de uma medicina mais identificada com a saúde, no sentido de restabelecer, promover e ampliar a vitalidade.

Referências

- ALMEIDA, E. *As razões da terapêutica*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS. Atitude de Ampliação do Acesso*. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/pnpic.pdf>. Acesso em: dez 2007.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.163-177, 2000.
- CZRESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: _____. (org). *Promoção da saúde: conceitos, reflexos, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.
- CAMARGO JR., K.R. (Ir)racionalidade média: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.2,n.1, 1992.
- _____. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.7,n.1, p.45-69, 1997.
- CANGUILHEM, G. *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Ed.70, 1977.

HUIHE, Y et al. *Fundamentals of Traditional Chinese Medicine*. Beijing: Foreign Languages Press, 1992.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

KAPTCHUK, T. *Chinese Medicine: the web that has no weaver*. London: Rider Books, 1994.

LALANDE, A. *Vocabulário técnico e crítico da filosofia*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

MACCIOIA, G. *The Foundations of Chinese Medicine: a comprehensive text for acupuncturist and herbalists*. London: Churchill Livingstone, 1989.

LUZ, D. Medicina tradicional chinesa, racionalidade médica. In: NASCIMENTO, M.C. (org.). *As duas faces da montanha: estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura*. São Paulo: Hucitec, 2006.

LUZ, M.T. A arte de curar e as ciências das doenças. Tese (Concurso para Professor Titular) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

_____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2005.

_____. Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1993 (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 62).

NASCIMENTO, M.C. Acupuntura, medicina e interculturalidade. In: NASCIMENTO, M.C. (org.). *As duas faces da montanha: estudos sobre Medicina Chinesa e Acupuntura*. São Paulo: Hucitec, 2006.

NASCIMENTO, M.C. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?* Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

SAYD, J.D. *Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

UNSCHULD, P.U. *Medicine in China. A History of Ideas*. Berkeley: University of California Press, 1985.

O nascimento do *bodybuilding*

CÉSAR SABINO

*É a sociedade inteira que ensina a seus membros que, para eles,
só existe oportunidade, no seio da ordem social, à custa de uma
tentativa absurda de saírem dela.*

Lévi-Strauss

Introdução

O fisiculturismo, ou *bodybuilding*, originou-se na Europa – mais especificamente na Inglaterra Vitoriana¹ – do final do século XIX, e pode ser percebido como representando um dos possíveis desdobramentos, por um lado, do processo civilizatório destacado por Elias (1990; 1993) em sua obra, e por outro, pelo surgimento dos processos disciplinares e biopolíticos destacados por Foucault (1993; 1997). Seu surgimento coincidiu com o advento da fotografia e o fortalecimento da indústria cultural, a qual distribuiu gradativamente as imagens dos corpos musculosos (e as crescentes técnicas para transformá-los em tais) para uma audiência cada vez mais espalhada pelo mundo.

¹ Os termos *vitoriano* e *eduardiano* referem-se ao período no qual os monarcas ingleses Rainha Vitória (1837-1901) e Rei Eduardo VII (1901-1910) exerceram seus reinados. O termo *vitoriano* pode referir-se, além de outros aspectos, à arte e à arquitetura que grassou no último período do reinado da rainha Vitória permanecendo durante o breve reinado de Eduardo VII. O estilo foi fortemente influenciado pela austeridade e pelo interesse em torno do classicismo greco-romano que levou à promoção das grandes escavações arqueológicas na Grécia e na Itália. Apesar da inspiração classicista, o estilo vitoriano foi marcado pela busca de maior opulência e ornamentação se comparado ao prévio período “clássico” da era napoleônica. Nesse contexto, o fisiculturismo insurgente na Inglaterra mostrou-se como uma tentativa de retorno à estética atlética da estatuária grega.

Dizer que o surgimento do fisiculturismo significou um desdobramento do que Elias designou como processo civilizatório significa repetir, com o autor, que a esportificação das atividades de luta existentes na Idade Média – maneiras populares, e violentas, de resolver conflitos, assumiram a partir de determinado período, uma forma estilizada. É necessário destacar, ao menos brevemente, as mutações pelas quais passaram as práticas de atividades físicas para melhor compreensão da gênese destas, no caso específico o *bodybuilding*, e seu lugar em alguns contextos sociais hodiernos, sem esquecer, contudo, que não é possível divorciar a análise do esporte e das práticas corporais do contexto social no qual estão inseridos. Tais práticas apenas fazem sentido quando relacionadas com os sistemas simbólicos que representam e que as constituem e com outras dimensões da sociedade.

A princípio é preciso delimitar, como fizeram Elias e Dunning (1994), as singularidades entre jogo e esporte. O jogo apresentar-se-ia como universal, presente em todas as culturas, atuais ou não. Seria prática tradicional, existente em todas as sociedades ao longo do tempo e do espaço. Já o esporte é o produto de uma descontinuidade produzida no ocidente europeu, que – para usar certo acento metodológico weberiano – racionalizou as práticas corporais, regredindo-as, regulando-as, administrando-as, buscando delas extirpar a violência presente nessas atividades. O esporte é, portanto, moderno, produto da modernidade. Não se pode dizer, por isso mesmo, que sua existência tenha sido sustentada como prática universal. Ao menos em seu período inicial, ele seria a liberação controlada das emoções, tentativa de amenizar violentas disputas que, não raro, estariam presentes nos jogos guerreiros ou rituais das sociedades europeias tradicionais. A existência de regras escritas e uniformes codificando as práticas, a autonomização do jogo e, conseqüentemente, do espetáculo do jogo, além de severas punições contra atos violentos, seriam algumas das características constitutivas das práticas esportivas surgidas na modernidade (Elias; Dunning, 1994; Chartier, 1990; 1994). Se existe uma disposição psicossocial relacionada às práticas de jogos presente em todas as sociedades e culturas ao longo do tempo e do espaço (Huizinga, 1988), a prática esportiva, embora relacionada diretamente aos jogos tradicionais, destes se destaca pela sua singularidade. O

esporte, produto da disciplinarização e racionalização, transformou o jogo em prática distinta, com configurações específicas, em outras palavras. Tal racionalização da competição e disciplinarização dos corpos proporcionou o surgimento dos campos esportivos com toda atual profissionalização que lhes é característica, seus locais (ginásios, academias, clubes e estádios), saberes e tempos específicos.²

Ao calendário religioso e folclórico dos rituais coletivos, o esporte passou a opor, ou conjugar, um calendário próprio de competições nas quais as datas passaram a existir em consonância com os ritmos anuais de cada disciplina. A implantação e a arquitetura dos estádios, ligada também à criação de normas para gestão da intimidade dos indivíduos, relacionou-se ao propósito insurgente de gestão populacional (Foucault, 1987) e à extração do máximo de lucro possível do espetáculo. O calendário esportivo, então, passa a depender das exigências da propaganda, do ritmo do trabalho e dos hábitos de lazer característicos do capitalismo em consolidação (Elias; Dunning, 1994). Surgem regras fixas que visam a permitir a realização uniforme e potencialmente universal das práticas esportivas:

A história de cada esporte é, portanto, fundamentalmente, a história da constituição de um corpo de regulamentos cada vez mais detalhados e precisos, que impõem um código único às maneiras de jogar e de competir que eram, anteriormente, estritamente locais ou regionais (Chartier, 1994, p.16).

² O exemplo do futebol popular (*folk football, soccer*), praticado na Inglaterra antes do século XIX, é sugestivo deste processo de mutação jogo-esporte. Tal prática era realizada através do enfrentamento de duas identidades sociais previamente definidas como a residência em uma mesma comunidade citadina ou domínio senhorial, o exercício de uma mesma profissão, o pertencimento a um grupo de 'jovens' – ou seja, celibatários possuindo mais ou menos a mesma idade – ou o grupo dos homens casados. O jogo reproduzia, portanto, as perspectivas que lhe eram anteriores e exteriores, e que organizavam os rituais festivos. Tais jogos inscreviam-se nos calendários das festas religiosas e folclóricas, sendo, contudo, negociados conforme as partes em questão. Desprovidos de um tempo próprio, independente de outros eventos, eles se realizavam sempre aos domingos após as missas não tendo também espaço específico, definitivo, para ser realizado. Qualquer espaço comunitário podia ser utilizado para o jogo que não apresentava regras uniformes, fixas e demarcadas. As convenções que permitiam o jogo eram rudimentares, locais e costumeiras: “de uma região a outra, de um vilarejo a outro, de uma partida a outra, todos os elementos podiam tornar-se diferentes: o número de participantes, a duração do jogo, as regras aceitas, os objetos utilizados, os critérios que decidiam a vitória, etc.” (Chartier, 1994, p.15).

A diferença entre o esporte e o jogo tradicional se manifesta, por um lado, por regras uniformes que suplantam progressivamente os usos locais e circunstanciais dos jogos tradicionais, por outro, pela existência de especialistas que têm a função de constituir um direito específico para reger as práticas esportivas. Segundo Elias e Dunning, é a partir destas regulamentações que dois aspectos fundamentais podem ser compreendidos: a redução do nível de violência tolerável nos enfrentamentos físicos, e o desenvolvimento de uma ética da lealdade que não separa o desejo de vitória do respeito às regras e do prazer do jogo como objetivo final. Para os autores, esse processo de descontinuidade social demonstra a transformação das estruturas da personalidade possibilitando o relaxamento dos controles emocionais sem deixar totalmente livre os movimentos espontâneos e perigosos das pulsões e dos afetos, “descontrole controlado das emoções” (Elias; Dunning, 1994, p.18). O prazer da prática ou do espetáculo esportivo coloca em jogo corpos que disputam e pelem, devendo realizar tal processo de maneira respeitosa para com a vida; mesmo as peripécias e demonstrações de lutas severas não devem passar de um simulacro das batalhas violentas. Esta excitação bem controlada – batalha controlada em um espaço projetado – ligada às práticas esportivas, supõe duas condições: primeira, o aparecimento de práticas de lazer com características miméticas permitiu o relaxamento, a liberação do controle ordinariamente exercido sobre as emoções; controle diretamente equacionado ao mundo opressor do trabalho no capitalismo e da existência pública que instaura a separação entre a vida privada e esta. Nos espaços de disputas esportivas, seria permitido expressar e dar vazão às emoções que cotidianamente deveriam ser censuradas e administradas para que a manutenção da ordem social fosse possível.

Desta forma, o surgimento das tecnologias esportivas com todo seu saber que acaba por constituir a ciência do esporte pode ser visto, também, em uma ótica foucaultiana, como mais um dispositivo da insurgente sociedade disciplinar que se consolida a partir do século XVIII na Europa, ou ainda, como mais um processo de racionalização – entendido enquanto técnica e cálculo administrativo da vida – inerente às sociedades europeias, de acordo com Weber (Foucault, 1997; 1993; 1987; Weber, 1992; 1995). Ao conceito de processo

civilizatório de Elias poderia ser somada a ideia de disciplinarização de Foucault e a crescente racionalização do mundo da vida de Weber.

A segunda condição sustenta que esta administração dos afetos violentos pela tecnologia esportiva só se faz viável por intermédio da interiorização dos sistemas simbólicos de constrangimento que se traduzem em mecanismos de autocontrole ligados ao surgimento de uma nova economia emocional. Os estádios e os ringues nos quais os dispositivos de autocontrole comandam de maneira universal e regular todos os comportamentos dos participantes e as liberações emocionais surgem como instâncias nas quais a sociedade pode efetuar certas atividades de expressão de disputas sem colocar em perigo um retorno da agressividade destrutiva e da violência gratuita. Do duelo sangrento às partidas esportivas, o processo de disciplinarização tem por objetivo a pacificação do espaço social, embora parcial e tendenciosa, assegurando o monopólio sobre o uso legítimo da força pelo Estado, transferindo para o interior do indivíduo os constrangimentos que deveriam evitar os confrontos sangrentos e abertos; dispositivo interiorizado de censura efetivado em práticas e comportamentos coletivos e individuais (*habitus*) que não têm mais por base a autoridade exterior dos constrangimentos punitivos.³

O processo civilizatório surge, também, como um processo de esportização: mudança que transforma os passatempos e as atividades de enfrentamento tradicional, sem regras fixas nem restrições severas contra uma possível violência anômica, em práticas estilizadas e controladas por regras universais. Este processo poderia ser definido como a tentativa de codificar normas com o objetivo de suspender o

³ Elias, em 1939, publicou sua tese (*Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, 2 tomes, Bâle, 1939) sobre o processo civilizatório, destacando que “as normas sociais definidoras dos comportamentos e das sensibilidades, mais precisamente nos altos círculos da sociedade, começaram a mudar radicalmente a partir do século XVI, e em uma direção bem precisa: elas passam a ser mais estritas, mais diferenciadas e onipresentes, mas também mais iguais e mais moderadas, pois elas eliminam o excesso de autopunição como a autocomplacência. Essa mudança é traduzida pelo termo de “civilidade”, lançado por Erasmo de Roterdã, que em inúmeros países simbolizará um novo refinamento que dará mais tarde nascimento ao verbo “civilizar”. “Esta mudança do código de sensibilidades e dos comportamentos está ligada ao processo de formação do Estado, e, em particular, à sujeição das classes guerreiras a um controle mais estrito pela ‘curialização’ dos nobres nos países da Europa continental” (1994, p.27).

perigo contra os corpos e a vida produzindo relaxamento controlado das disposições emocionais com a exclusão definitiva da violência destrutiva do adversário. Uma prática esportiva que não condiz com tal definição estaria fugindo dos parâmetros da estilização da violência e, possivelmente, representando um retrocesso no controle da violência anômica, ou como Elias diria, um “*processo de descivilização*” (Elias, 1994 - grifo nosso).

O surgimento do *sport* (e do processo de esportificação) teve início na Inglaterra durante o século XVIII entre a aristocracia do campo e a *gentry*. Nessa época, o termo não estava limitado apenas aos esportes de participação, mas incluía os jogos competitivos que tinham o objetivo de conferir distração e prazer aos espectadores; o esforço físico principal era realizado mais pelos animais do que pelos competidores humanos. O surgimento dessas práticas coincide com o surgimento e fortalecimento do Estado e a consequente tentativa de pacificação do espaço social caracterizada pelo monopólio da violência legítima por este mesmo Estado. O esporte apresenta-se como parte de toda uma conformação social na qual a tentativa de organizar e reger o espaço público se consolida; ele torna-se possível primeiro na Inglaterra devido ao fato de a sociedade inglesa expressar tal esforço ordenatório. Sua configuração política, calcada no regime parlamentarista, apresenta já uma estilização das lutas sociais com tendência a amenizar o confronto violento.⁴

⁴ A formação do sistema parlamentar na Inglaterra e sua capacidade de moderar as disputas pelo poder data da época do rei João Sem-Terra (1199-1216). Após ser derrotado em conflitos com a França e com o papado, João Sem-Terra foi obrigado, pela nobreza inglesa, a assinar um documento denominado Magna Carta que limitava sua autoridade. Ele não podia, por exemplo, aumentar os impostos sem a autorização dos nobres. A Magna Carta estabelecia que o rei só podia criar impostos depois de ouvir o Grande Conselho, corpo político então formado por condes barões e bispos. Esta disputa entre nobreza e realeza foi acirrada no reinado do filho de João Sem-Terra, Henrique III (1216-1272), que além da oposição da nobreza, enfrentou forte oposição popular. Nesse período, o nobre Simon de Monfort liderou uma revolta da aristocracia e, para conseguir adesão popular, convocou um Grande Parlamento que reunia, além do clero e nobreza, representantes da burguesia insurgente. No reinado de Eduardo I (1272-1307), a existência do Parlamento foi oficializada e continuou a se fortalecer como instrumento mediador durante o reinado de seus sucessores. Em 1350, o Parlamento foi dividido em duas câmaras: a Câmara dos Lordes, formada pelo alto clero e nobreza, e a Câmara dos Comuns, formada pelos cavaleiros e burgueses. Desta forma, desde cedo na Inglaterra o rei teve sua

No regime parlamentar, as lutas não violentas obedecem a regras estabelecidas representando efetivamente o nível de tolerância da tensão que caracteriza a cultura inglesa na época, seu *habitus* social (Elias, 1994). A similaridade dos jogos políticos do regime parlamentar com os jogos esportivos não é acidental. De fato, segundo Elias, no início do século XVIII na Inglaterra se chamará *sport* às antigas assembleias de Estado – a Câmara dos Comuns, a Câmara dos Lordes, representantes das pequenas seções privilegiadas da sociedade – que constituíam o principal campo de batalha onde se forma o Governo. A articulação do poder pelos partidos através das regras do jogo político imposta a partir do voto de assembleia ou de uma eleição pública representaram as condições fundamentais para a constituição do regime parlamentar tal como surge na Inglaterra do século XVIII. Tal organização não seria viável se as facções antagônicas não tivessem a mediação do instrumental político para amenizar suas hostilidades, e mesmo ódio, controlando – através da violência autorizada (simbólica) – seus enfrentamentos:

os dirigentes não abandonariam de bom grado aos seus rivais os imensos poderes que lhes conferiam as funções governamentais sem a condição assegurada de que eles mesmos – seus inimigos políticos – uma vez empossados, não se empenhariam em lhes atacar, perseguir, ameaçar, exilar, aprisionar ou matar” (Elias, 1994, p.36).

Essa administração das práticas políticas permitiu legalmente a formação do campo político parlamentar definindo os elementos principais para a formação, a manutenção e o possível aprimoramento do jogo partidário da mesma forma que o campo esportivo articulou regras administrativas para a produção dos espetáculos permitindo uma estilização dos enfrentamentos violentos.

autoridade restringida pelo surgimento deste instrumento mediador denominado Parlamento. Para Elias (1994), o surgimento da *gentry*, classe de proprietários de terra que não pertenciam à alta nobreza e que não eram representados pela Câmara dos Lordes, mas pela Câmara dos Comuns, teve consequências consideráveis para a repartição do poder político na Inglaterra a partir do século XVIII. Esta classe, ao disputar o poder com os outros extratos dominantes da época, proporcionará a articulação de estratégias políticas no Parlamento que permitirão a “pacificação das classes superiores inglesas” e, simultaneamente, “a transformação dos antigos passatempos em passatempos do tipo esportivo” (p.39).

O esporte, a princípio, se consolidará como *atividade nobre*, ou melhor, *dos nobres*. A alta sociedade dispoñdo de grande capital social e simbólico se empenhará em práticas como a caça, a equitação, o tênis, o polo, mais tarde as corridas de automóvel. Além de afirmar o *status* social do desportista, as práticas do esporte consolidavam uma ética na qual as afirmações das disposições e dos valores de classe estavam presentes e se colocavam como exemplo a ser seguido pelas classes inferiores. O *fair-play* apresenta-se como o conceito que subsume a concepção de que as atividades esportivas devem ser gratuitas e desinteressadas, nas quais a maneira de ser, de aparecer e de fazer conta muito mais que a vitória. O gosto pelo risco, o culto à proeza e o desprendimento relacionado ao tempo, que deve sempre estar livre para treinos e práticas, representam uma condição aristocrática singular. Os meios (a exibição da prática) constituem os próprios fins.

Ao contrário do esporte atual, reduzido a uma prática profissional e mercantil, e por isso mesmo plenamente dependente da vitória, o esporte dos séculos XVIII e XIX davam prioridade ao *savoir-vivre* e ao *savoir-faire* e não à busca da vitória a todo custo. Eram como prática da nobreza, uma ritualização, estilização da existência (Saint-Martin, 1989). Paralela a essa concepção, surgia outra relacionada às atividades administrativas dos Estados preocupados com a saúde de sua população e, por isso mesmo, buscando constituir uma pedagogia do corpo disseminada nas escolas através da Educação Física visando gerir a vida, processo que Foucault denomina biopolítica. A prática de exercícios físicos, relacionada a esta educação física, terá por objetivo formar o caráter do indivíduo mais do que sua inteligência, educá-lo, mais que instruí-lo, incitá-lo a cultivar a coragem e a força e, sobretudo, a iniciativa mais que o saber. Enfim, formar um corpo forte com caráter obediente e dócil (Foucault, 1987). É uma educação de certa forma relacionada às instituições militares do Estado Moderno.

Neste aspecto, há, portanto, dois tipos de *ethos* relacionados às práticas corporais: 1) aquele relativo à nobreza e sua ritualização da tradição; 2) o referente à burguesia e à manutenção de corpos

institucionalizados e funcionais.⁵ Para os nobres, o esporte não era apenas uma forma de inculcar nos jovens os valores aristocráticos que, nesta altura das práticas esportivas, estão inscritos, senão nas regras que regem explicitamente as práticas, ao menos nos princípios codificados que definem a maneira de praticar. O esporte permite acumular e articular o capital social que é transmitido por herança, reproduzindo a condição social no qual foi produzido. Enquanto a nobreza olha para a tradição e sua reprodução no presente,⁶ a burguesia fita o futuro, preocupando-se com o fortalecimento do contingente humano de seus Estados. Assim, há uma relação entre as transformações de práticas e de consumo de esportes (invenção ou importação de esportes ou equipamentos novos) e as transformações da demanda social e dos estilos de vida (Bourdieu, 1981).

Também uma terceira corrente de práticas relacionadas ao corpo, além das destacadas acima, deve ser demarcada: aquela ligada aos tradicionais exercícios circenses, provavelmente com existência anterior às práticas esportivas da nobreza e a ginástica promovida pelo Estado burguês. De fato, os espetáculos de força e destreza física faziam parte das apresentações dos saltimbancos nas feiras medievais. Tais apresentações se consolidaram institucionalmente nas

⁵ De acordo com Luz (1994; 2003 a), tais atividades historicamente conhecidas como ginástica, têm uma tradição milenar na cultura ocidental, tendo tido grande desenvolvimento na sociedade urbana durante as últimas décadas do século XIX e no século XX sob a tutela do Estado. Associada à prática do esporte, a ginástica moderna nasceu sob o signo do paradigma saúde/ vitalidade, estreitamente ligada ao modelo higienista (posteriormente eugenista) do último terço do século XIX, recuperação moderna nacionalista da concepção latina do *mens sana in corpore sano*.

⁶ Este “espírito” de tradição, por exemplo, é que engendrará a fundação dos clubes. Para os nobres do século XIX na Europa ocidental, a prática de esportes como o golfe, a equitação, o polo, etc., se constituirá como meio de trocas mundanas, bailes, jantares, festas, *soirées*, *raliyes*, etc., conjunto de atividades “gratuitas” e “desinteressadas” que possibilitam a socialização escolhida e, através desta, o aumento do capital social. Neste processo, serão criados os clubes organizados em torno de uma atividade esportiva. Assim, por exemplo, na França em 1834 é criado o Jockey Club com o título de Cercle de la Societé d’ Encouragement pour l’amélioration des races des chevaux en France; em 1858 Le Yatch Club; Le Cercle des Patineurs em 1865 e assim por diante. Locais que tinham por objetivo, entre outros aspectos, constituir espaços reservados para associação de nobres e notáveis (Saint-Martin, 1989).

chamadas práticas circenses – circos de lona. No século XIX, tais apresentações deram origem a outra vertente do espetáculo: os *freak shows*. Apresentações de extravagâncias nas quais a força de alguém ou sua característica física fora do normal ou, ainda, sua incrível flexibilidade, era demonstrada para um público específico. Como toda prática supõe um saber determinado, os exercícios no trapézio e as performances físicas foram constituídos pelo aperfeiçoamento repassado de geração para geração de artistas de circo. Tais saberes e práticas, distante do processo de esportificação empreendido pelas classes dominantes, acabaram migrando para as práticas de ginástica que vieram a conformar o que veio a se tornar a Educação Física (tornada depois ensino superior) aplicada à busca de eficácia dos exércitos e depois à busca da melhoria da saúde dos cidadãos empreendida pelo Estado Moderno (Arnaud, 1991; Andrieu, 1992).

A prática do fisiculturismo finca suas raízes nestas três correntes. Em primeiro lugar, se o esporte é a estilização dos combates, os torneios de fisiculturismo (e inevitavelmente a musculação) constituem-se como a estilização da estilização, “puras lutas de aparência” (Courtine, 1995, p.83), simulacro do simulacro, posto basearem-se apenas na apresentação estética, sem nenhum enfrentamento físico concreto. Em segundo lugar, seus precursores, no final do século XIX, exaltavam a funcionalidade da prática de exercícios com peso para o aperfeiçoamento da saúde populacional, dos exércitos e dos trabalhadores. Terceiro, os torneios e apresentações de *bodybuilding* são produtos diretos dos *freak shows* já transformados em espetáculos para as massas no final do século XIX. Nestes circos de horrores, homens fortes, gigantes exóticos apresentavam seu tamanho e força descomunais para uma plateia ávida por novidades consideradas bizarras (Bogdan, 1994; Courtine, 1995).⁷

⁷ A pesquisa de Bogdan (1994), além de apresentar a gênese social da categoria de “monstro” no século XIX – indivíduos com aparência e capacidades incomuns – indica a organização de um comércio de tais indivíduos e suas imagens relacionado à formação do campo do show business na Europa e nos EUA. De acordo com o autor, empresários construíram vários discursos – na maioria das vezes fictícios e repletos de hipérboles – sobre a origem e as capacidades dos “monstros”, não raro apelando para o imaginário pseudocientífico, radicado no evolucionismo social, que representava tais indivíduos como resquícios de trogloditas ou selvagens de terras inóspitas.

Assim, o campo⁸ do fisiculturismo originou-se de outro campo, o das artes e espetáculos circenses – estes, por sua vez, se originaram dos saltimbancos medievais.

Heróis fundadores

As publicações sobre a história da musculação e do fisiculturismo (ou culturismo como algumas apresentam) sofrem de uma tendência comum aos escritos realizados por indivíduos pouco afeitos ao trato com as ciências sociais: tendem a criar super-heróis descolados do contexto sociocultural, como se fossem verdadeiros Prometeus, resolvidos a doar aos simples mortais o saber pertencente aos deuses. Trabalhos eivados da ideologia individualista cartesiana esquecem que cada vida, apesar de toda sua singularidade, deve ser vista como expressão da história social representativa de seu tempo, seu lugar, seu grupo, “síntese da tensão entre liberdade individual e o condicionamento dos contextos estruturais” (Goldenberg, 1997, p.37). Cada indivíduo é o produto individualizado e ativo de uma determinada sociedade localizada no tempo e no espaço. É a reapropriação singular do universo social e histórico que o envolve, mas também produtor do mesmo universo (Denzin, 1984; Certeau, 1982; 2002; Elias, 1994; Bourdieu, 2001; Goldenberg, 2001; Luz, 2003). Analisar, mesmo que brevemente, o processo de surgimento do campo do fisiculturismo é perceber as modulações entre o mito e a história, como esta última pode ser utilizada como teoria-mito para justificar e reproduzir práticas sociais; isso se não for percebido o fato de que o indivíduo se faz por suas atividades e pelas condições que dispõe para realizá-las no

⁸ O conceito de campo criado por Bourdieu pode ser entendido como um sistema social constituído por termos em “relações de força e monopólios... lutas e estratégias, interesses e lucros”. Tais características podem ser consideradas como sendo “invariantes que revestem formas específicas” de conformações de campos. Assim, o “campo é um sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo nessa luta é o monopólio da autoridade [no campo determinado] definida de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou... o monopólio da competência... compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é de maneira autorizada e com autoridade), socialmente outorgada a um agente determinado” (Bourdieu, 1976, p.88-9 - grifos do autor).

contexto social em que existiu construindo sentidos e significados a partir do mesmo contexto.

Friederich Wilhelm Müller, nascido na Prússia (Königsberg) em 1867, é considerado por todas as publicações sobre fisiculturismo e musculação como o pai do *bodybuilding*. Este homem é tido, por aqueles que escrevem sobre o tema, como sendo o primeiro fisiculturista famoso de que se tem notícia. Mais do que isso, a ele é creditada a base da organização das regras do fisiculturismo tal como é praticado hoje, tendo retirado do âmbito circense e dos *freake shows* a prática do espetáculo dos chamados “homens fortes”.

Müller, que – para a época – era grande e musculoso desde os 16 anos, devido os exercícios realizados como artista de circo, adotou desde cedo o nome artístico de Eugen Sandow. Na década de 1880, o circo no qual trabalhava viajando pela Europa, foi à falência em Bruxelas, deixando-o então desempregado e sem rumo específico. Nesta cidade, Sandow conheceu um pequeno empresário de nome Ocard Attila (nascido Louis Dularcher, em 1847). Sendo homem de negócios e atleta, Attila realizava apresentações profissionais de exibição de força também em arenas circenses e em espetáculos que ele mesmo promovia. Obcecado por exercícios físicos, havia, de forma inovadora, transformado uma sala de concertos musicais em uma espécie de academia de musculação da época. Percebendo que Sandow tinha um físico propício, já trabalhado pelos exercícios no picadeiro, para levantar pesos, resolveu treiná-lo com o objetivo de transformar seu corpo de ginasta das lonas em um corpo de levantador de pesos, dando-lhe também emprego de atendente no que veio a se tornar o seu salão de cultura física em Bruxelas. Com o tempo, Sandow e Attila passaram a aprimorar os instrumentos de exercícios do salão, criando, entre outros itens, uma barra (*barbells*) com duas bolas ocas de metal nas extremidades que podiam ser preenchidas com areia ou esferas de chumbo com o objetivo de graduar o peso. Este invento tornou-se o precursor das atuais barras longas com anilhas (pratos de ferro) descartáveis (Chapman, 1994; Emery, 2003).

Após intermitente preparação no salão-academia, Sandow e Attila resolveram organizar uma espécie de empresa de espetáculos físicos e passaram a se exhibir em várias cidades europeias com números de

força desafiando oponentes e vencendo-os. Talvez seja esse o marco inicial da indústria do músculo. Com isso, a situação financeira dos dois começou a melhorar. Em 1889, os dois parceiros de exibição de força se separaram, mantendo, porém, contato frequente. Em Veneza, Sandow foi convidado para posar para um artista plástico americano chamado Aubrey Hunt, que o pintou em um lenço, hoje de posse do mais influente empresário do fisiculturismo, Joe Weider. Destarte, o que deve ser ressaltado neste acontecimento é que Sandow, posando como modelo para o artista, percebeu que além da apresentação da força física, a exibição estética dos seus músculos – e não apenas as demonstrações de destreza e força bruta – também poderiam interessar às pessoas, sendo, portanto, um possível meio de promoção econômica. Passou, então, a imaginar uma competição estética na qual a harmonia muscular, e não a força física, como era realizada até então, pudesse ser avaliada.

Neste ínterim, Sandow continuava sendo desafiado para disputas de força por aqueles que tentavam amealhar alguma fama e uns poucos proventos buscando vencê-lo. Fixando-se em Londres acabou por aceitar um desafio de dois gigantes da época que ofereciam 500 libras esterlinas para aquele que conseguisse vencê-los em um embate. A força dos dois nunca havia sido superada por ninguém, até Sandow aparecer. Após ter vencido os concorrentes e aumentado ainda mais sua fama entre os ingleses, Sandow passou a apresentar-se em competições de força, além de exibir-se em poses estéticas para o público. Durante quatro anos ganhou a vida e crescente fama desta maneira (Chapman, 1994; Emery, 2003).

Em 1893, Sandow viajou para os Estados Unidos para tentar ampliar sua carreira de atleta e artista, fracassando, contudo, no empreendimento. Retornou para a Alemanha conhecendo um dos mais importantes empresários de espetáculos da época Florenz Ziegfeld. Percebendo o sucesso das apresentações de Sandow entre o público feminino, Ziegfeld resolveu investir em tais apresentações promovendo turnês mundiais nas quais seu astro era exibido apenas com uma sunga ou folha de parreira fazendo poses que destacavam seus músculos. A confirmação do sucesso entre as mulheres se realizou quando o empresário resolveu levar Sandow para apresentações nos Estados Unidos por ocasião da

Exposição Mundial Comemorativa do Descobrimento da América, realizada em Chicago. Ziegfeld alugou um teatro e convidou o público para assistir “*The World’s Most Perfectly Developed Man*”, “*A Living Greek Statue*”. Na época, as apresentações habituais de homens fortes nos EUA eram realizadas com homens vestidos em peles de leopardo. Ziegfeld e Sandow empreenderam outro tipo de demonstração física: Sandow invadiu o palco vestido apenas com uma sunga. O público feminino manifestou-se ruidosamente, parecendo ir à loucura.⁹

O êxito da apresentação foi grande, o que fez com que Sandow e Ziegfeld empreendessem uma turnê não só pelos EUA, mas também através do Canadá. Em São Francisco, Sandow chegou a apresentar-se lutando contra um leão – desdentado e dopado. Após anos percorrendo os principais países do hemisfério norte ocidental, Sandow sofreu um colapso nervoso e retornou à Inglaterra, onde se casou com Blanche Brookes, recuperando-se física e mentalmente. A partir de então, dedicou-se à expansão das atividades de fisiculturismo, inaugurando academias, elaborando métodos de exercícios, estudando nutrição e publicando dietas, livros e revistas sobre o assunto. Em 1898 publicou a primeira revista de *bodybuilding* – termo inventado por ele.¹⁰ A revista chamava-se: Sandow Magazine. A fama de Sandow tornou-se tamanha que ele foi convidado para administrar atividades físicas com pesos para os reis Eduardo VII e George V, da Inglaterra, tornando-se o primeiro *personal trainer* na modernidade e recebendo de George V o título de “Professor da Ciência da Cultura Física de Sua Majestade”. Passou, então, a entusiasta do insurgente ensino de Educação Física obrigatória nas escolas, colégios e indústrias da Inglaterra.

⁹ Necessário se faz notar que tais apresentações parecem representar um relaxamento das interdições puritanas que censuravam a exposição da nudez corporal permitindo acesso à cultura de massa do espetáculo estético. Tal ambiguidade era respaldada pelo discurso da busca de realização do ideal da estatuária grega. Tal discurso servia como álbi estético para a apresentação dos corpos nus contornando as resistências puritanas. Contudo, tais resistências não cederam de imediato aos apelos da nudez. Mac Fadden, por exemplo, enfrentou inúmeros obstáculos e brigas com as ligas americanas de virtude e em particular com Anthony Comstock, secretário da Sociedade para a Supressão do Vício, quando quis organizar em 1904, no Maddison Square Garden, um campeonato de fisiculturismo (Courtine, 1995).

¹⁰ O termo *bodybuilding* advém do título de um livro de Sandow, *Bodybuilding, or Man in the Making*, publicado em Londres em 1898 (cf. Emery, 2003).

Nesse processo, Sandow passou a estudar e aperfeiçoar métodos de musculação e criou o primeiro campeonato de fisiculturismo que se tem notícia. Em 14 de setembro de 1901, realizou o que foi chamado “The Great Competition” em Londres, no Royal Albert Hall, reunindo 156 atletas que apresentaram seus músculos para um júri composto pelo próprio Sandow, por um escultor de renome na Inglaterra da época, Charles Lawes, e por Arthur Conan Doyle, o famoso criador de Sherlock Holmes. O vencedor da competição foi Willian Murray, que posteriormente se tornou ator e músico, além de promotor de campeonatos de musculação na Inglaterra (Chapman, 1994). Os prêmios para os três primeiros lugares foram estatuetas de ouro, prata e bronze, idealizadas pelo escultor Frederick Pomeroy em 1891, representando a figura do próprio Sandow segurando a barra com pesos nas extremidades por ele inventada. Esta estatueta – a de ouro conquistada por Murray – nunca foi encontrada e suspeita-se que tenha sido derretida ou destruída durante a II Grande Guerra. Sandow mandou fazer várias cópias das estátuas para ofertar aos amigos ou vender para admiradores, além de expô-las em suas academias. A cópia desta estatueta de Sandow hoje serve como troféu de um dos maiores campeonatos de fisiculturismo da atualidade: o Mr. Olympia.

Segundo a versão oficial, Sandow faleceu em outubro de 1925, aos 58 anos, de uma hemorragia cerebral devido a um acidente de carro. Após derrapar com o veículo na estrada – confiando em sua enorme força – foi retirá-lo com as próprias mãos do buraco no qual havia caído. O esforço foi fatal para o primeiro organizador dos campeonatos de cultura física, que, naquele momento, atravessava sérios problemas pessoais ocasionados por desentendimentos conjugais. Curioso destacar que, apesar de toda a sua fama, Sandow foi enterrado como indigente no cemitério londrino de Putney Valle. Apenas em 2002 seu túmulo recebeu identificação e homenagem.

Além da importância simbólica do seu corpo musculoso, Sandow também causou impacto no mundo dos empreendimentos empresariais da cultura física, inovando neste ramo dos negócios. Seus interesses comerciais incluíram a publicação de numerosos livros de fisiculturismo, oito volumes de uma revista de *bodybuilding* (*Sandow's*

Magazine of Physical Culture), inúmeros cursos por correspondência e a fabricação de máquinas e aparelhos para musculação.

O trabalho de Chapman (1994) – considerado a melhor biografia sobre o pai do fisiculturismo – apresenta a tese de que Sandow foi enterrado em um túmulo anônimo, devido ao fato de sua mulher Blanche Brookes e suas duas filhas Helen e Lorraine terem o objetivo de apagar as lembranças deixadas por ele. Para confirmar tal tese, Chapman escreve que, logo após a morte do pai do fisiculturismo, elas venderam todos os bens da família, mudando-se rapidamente de Londres. De acordo com o autor elas não enfrentavam, na época, qualquer dificuldade financeira, ou outro tipo de pressão que as obrigasse a vender suas propriedades. Além de desfazerem-se dos bens deixados por Sandow, também destruíram quase todos os documentos (correspondências e papéis em geral) pessoais do atleta, (o que causa certa dificuldade para os historiadores e pesquisadores atuais interessados em compreender melhor sua vida), isso porque “o ódio que elas alimentavam por ele as acompanhou até o fim de suas vidas” (1994, p.188).

Tal ódio, segundo o autor, poderia estar ligado a dois fatores: primeiro, antes de morrer, Sandow apresentava um problema de saúde, atestado pelo seu empresário Florenz Ziegfeld, que indicava um quadro agudo de sífilis adquirida por uma vida de inúmeras parcerias sexuais. Talvez a doença tenha sido o fator decisivo para sua morte causada pelo aneurisma; segundo, a despeito de seu casamento e de suas duas filhas, Chapman afirma que Sandow tinha comportamento bissexual: “certas coisas são... inegáveis. A verdade é que Sandow era definitivamente um mulherengo. Mas é verdade também que seu gosto direcionou-se para o outro lado” (p.51). Tal certeza do autor advém do fato de que Sandow viveu, até casar-se, com o pianista Martinis Sieviking, que era seu parceiro em números nos palcos e que rompeu a relação quando soube que Sandow iria se casar com Blanche Brooks. Chapman destaca ainda a insinuação de uma conhecida de Sandow – que por ele nutria interesse amoroso – a qual teria dito: “eu deveria ter entendido quando o Sr. Sandow recusou beber da minha fina champagne... ele deve ter tido momentos aborrecedores comigo antes de eu mandá-lo de volta para o jovem com o qual ele

vivia” (p.25). Verdade ou não, tal tese ao menos ajuda a compreender o suposto ódio que a família nutria por Sandow e que repercutiu no fato dele ter sido enterrado como indigente, embora tenha sido, na época, um dos mais famosos atletas na Inglaterra e Estados Unidos.

Outros dois grandes nomes do fisiculturismo insurgente foram Bernarr Mac Fadden e Angelo Siciliano, mais conhecido como Charles Atlas. Mac Fadden inventou um instrumento de exercício para os músculos do peito, publicando no mesmo ano que Sandow – 1898 –, uma espécie de revista-manual para práticas de exercícios com o objetivo de divulgar sua invenção e seu método de treinamento. Como a Inglaterra era o centro das atividades físicas da época, Mac Fadden, que era norte-americano, para lá viajou com o objetivo de popularizar o invento e a revista (*Physical Development*) que havia criado. Mac Fadden retornou para os EUA com o objetivo de empreender a expansão das suas atividades, o que o levou a promover o primeiro campeonato de fisiculturismo dos Estados Unidos no Madison Square Garden em Nova York, no ano de 1903. As poses que os fisiculturistas realizam atualmente em suas competições foram desenvolvidas ao longo dos campeonatos promovidos por Mac Fadden que se tornou o grande promotor de eventos de fisiculturismo nos Estados Unidos (Courtine, 1995). Em 1921, um jovem imigrante italiano foi o vencedor do primeiro lugar na competição que Mac Fadden promovia ganhando o prêmio de U\$1.000.00 Este jovem era Charles Atlas que a partir de então passou a ostentar, até a década de 1950, o título de “O Físico mais bem Desenvolvido da América”.

O que deve ser destacado neste processo empreendido por Mac Fadden é o sentido que as competições de fisiculturismo foram adquirindo a partir dessa época. Quando Eugene Sandow inicia a promoção de suas atividades pela Europa e Estados Unidos, não buscava necessariamente a separação de força e estética. De fato, as suas apresentações eram um misto de halterofilismo – pois levantava grande quantidade de pesos, demonstrando força – com fisiculturismo – exibição, em trajes sumários – de sua forma corporal para o público. Sandow seguia a tradição de apresentação dos saltimbancos conhecida desde a Idade Média e dos *freak shows* circenses do homem monstruosamente forte. Assim, por exemplo, Arthur Saxon, artista

circense, no final do século XIX era conhecido por conseguir levantar um peso de 203 kg acima da cabeça apenas com um braço (*Arquivos Weider* apud Schwarzenegger; Dobbins, p.8). Também a publicação bimensal parisiense denominada *La Culture Physique*,¹¹ exemplo de promoção de atividades físicas neste período, em seu número 216 de primeiro de janeiro de 1914 escrevia sobre os “Acrobatas e os Jogos de Circo”, em sua página 6:

Les Rasso [grupo circense] foram célebres atletas até 1890. O primeiro representante deste grupo tinha uma extraordinária força naquela época: Henri Herzog podia levantar 100kg com uma mão e lançar 110 kg com as duas [...]

E ainda, na página 25:

Jean Lebedew, mais conhecido pelo pseudônimo de tio Jean, é um professor de pesos e halteres que treinou um grande número de lutadores e homens fortes de todos os tipos. Lebedew nasceu em 1879 em S. Petersburgo. De pequena altura (1m 65) ele possui as formidáveis medidas que se anunciam a seguir: braço direito: 49 [cm], esquerdo 47, antebraço 35 ½, peito 128, coxa 75, panturrilha 49. Nos pesos ele realizou, é atestado, valorosas apresentações à moda alemã: levantou 135 kg cinco vezes sem largar a barra.

Mac Fadden em suas publicações começa já a apresentar uma mudança neste aspecto. Fanático pelo conceito de saúde associado à aparência e à moral do indivíduo, ele passa a promover a ideia de que a fraqueza física era imoral e, visto que os métodos de cultura física estavam começando a se tornar disponíveis para todas as pessoas, segundo ele, apenas não era forte e saudável aqueles que escolhiam o fracasso representado pelo desprezo aos exercícios. Fortalecia-se, assim, uma espécie de ética associada à cultura física. Suas apresentações, - assim como a de todos aqueles que passaram a seguir tal prática -, eram acima de tudo estéticas. O uso da força passou a restringir-se às apresentações de halterofilismo, enquanto

¹¹ Agradeço aos Professores Elsjie Maria Lagrou e Marco Antônio Gonçalves do Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/IFCS/UFRJ) a cessão de todas as fontes primárias aqui utilizadas.

o *bodybuilding* construiu-se gradativamente tendo por objetivo apenas as apresentações da forma muscular. Mac Fadden marca desta maneira uma nova configuração de práticas não apenas de exercícios e valorização da forma musculosa, mas também o surgimento e a consolidação do campo do fisiculturismo, para usar uma categoria de Bourdieu.

Um dos principais itens que contribuiu para a consolidação desse campo foi o caráter puritano anglo-saxão que muito cedo associou obstinação, ascetismo e trabalho, com aparência física e moral. As tradicionais preocupações religiosas, segundo Courtine (1995), permearam as estratégias de desenvolvimento da forma física tentando apagar qualquer cesura entre trabalho e lazer. As antigas repreensões puritanas às distrações e ao tempo ocioso encontram na prática diária do exercício físico a possibilidade de

[...] enquadrar o tempo individual em um modelo de *atividade contínua*: o exercício físico passa a ser um lazer às margens do tempo de trabalho e um trabalho instalado no coração do tempo de lazer. Ninguém ficaria mais sem fazer nada. Lutar contra o tempo morto, a vacuidade, a desocupação: esses prolongamentos da ética puritana da “tarefa” marcaram profundamente o desenvolvimento de uma civilização... do lazer, tendendo a nela confundir o dever e o prazer, o útil e o agradável. A herança desse conjunto de práticas e desses modelos psicológico pesa ainda, com todo o peso de seus paradoxos, sobre a cultura do corpo (p.94).

Trabalhar o corpo, construí-lo, moldá-lo, transformá-lo continuamente em busca de um ideal, eis a lógica da ética protestante do trabalho deslocada para o mundo do esporte e das atividades físicas. A salvação inscrevendo-se na aparência de saúde muscular conquistada pelo *self-made-man*, ícone do esforço ascensional burguês.¹²

¹² O aspecto ascético do trabalho muscular organizado para atingir um fim específico se contrapõe à ética da prática esportiva enquanto mera diversão. Tal apologia do trabalho lembra aquele trecho de *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*: “a aversão do puritanismo pelo esporte [como diversão] não era devido a uma questão de princípio. O esporte tinha que servir a uma finalidade racional: ao restabelecimento necessário à eficiência do corpo. Mas, era-lhe suspeito como meio de expressão espontânea de impulsos indisciplinados, e, enquanto servisse apenas como diversão ou para despertar o orgulho, os instintos, ou o prazer irracional do jogo, era evidentemente estritamente condenado” (Weber, 1981, p.120).

Um dos exemplos de aplicação dessa ética do trabalho muscular foi o italiano imigrado para os Estados Unidos chamado Angelo Siciliano (Charles Atlas). Dizia ter criado um método de musculação devido a um fato ocorrido com ele, quando adolescente, em Coney Island Beach. Atlas, passeava pela praia com seus exíguos 44 kg, quando um indivíduo bem maior resolveu caçoar da sua forma esquelética gritando: “Ei, magrelo, suas costelas estão aparecendo!” Tal provocação gerou uma discussão que acabou com Atlas levando um punhado de areia na cara. O pequeno ítalo-americano então se empenhou em desenvolver musculatura para não apenas encarar os mais ousados oponentes, mas amedrontar aqueles que possivelmente pudessem tornar-se seus adversários. Criou o “método de tensão dinâmica”, que o permitiu mais que dobrar de tamanho em musculatura. De fato, segundo contam os biógrafos, e os relatos do próprio Atlas em suas propagandas, tempos depois ele voltou à praia e deu uma surra no grandalhão que tinha atirado areia em seus olhos.

Após ter vencido a competição promovida por Mac Fadden em 1921, Atlas passou a propagandear seu método e a se apresentar como “o homem mais bem desenvolvido do mundo”, ganhando fama internacional e publicando revistas em vários idiomas nas quais apresentava a si mesmo e outros homens musculosos que diziam ter conquistado tal forma utilizando seu “método de tensão dinâmica”. Além de apresentar tais fotos de “homens desenvolvidos”, contava sua história da praia. Uma das singularidades de Charles Atlas é que se dizia contra os exercícios realizados com pesos, contra a musculação tradicional que, segundo ele, dava ao indivíduo um aspecto artificial. Seu método de exercícios baseava-se na utilização do próprio peso corporal – isometria, para o desenvolvimento muscular. Em uma de suas revistas de 1947, *Saúde e Força Duráveis*, Atlas anuncia na página 28:

Tenha cuidado com o desenvolvimento produzido por meio de aparatos! Porque usar pesos com o fim de adquirir desenvolvimento muscular, é o mesmo que usar muletas para ajudar a caminhar, pois quando se usa muletas muito tempo, chega logo o momento que não se pode andar sem elas. [...] o tigre, o leopardo e o leão, com suas fulminantes forças e energias, não as ganharam, por certo, por meio de pesos [...] só USAM O SEGREDO QUE EU

DESCOBRI – o princípio da TENSÃO DINÂMICA – ou seja, um meio natural para desenvolver e manter devidamente todos os músculos de seu corpo [...] o esforço contínuo que se requer para manejar os vários aparelhos de um ginásio chega a ser tão excessivo quanto daninho para os órgãos vitais. Você não tem mais do que um corpo, que é sua mais preciosa possessão. Trate-o, pois, como se deve tratar! Meu sistema não faz uso de aparatos. Só utiliza a resistência do próprio corpo. O segredo deste sistema se baseia no fato de que, quanto mais forte você se torna, maior será sua resistência. Mas, os aparatos debilitam depois de algum tempo de uso e, no geral, podem romper-se e produzir feridas distensões no exercitante. Que os meus métodos de tensão dinâmica me têm dado melhor desenvolvimento físico que aqueles que se pode obter com todas as classes de aparatos se PROVOU quando me foi concedido o meu título, em competição leal, com os melhores que usaram aparatos (grifos do autor).

Atlas procurava, por certo, demarcar sua autoridade no campo insurgente das práticas institucionalizadas de exercícios da época; embora seu método sem pesos e aparelhos não tenha feito sucesso, seu discurso rendeu-lhe influência durante tempo significativo devido a sua projeção na mídia. A postura que mantinha é o exemplo de atitude do agente em disputa pelo poder em um campo profissional específico: demarcar sua singularidade diante da tradição consagrada, no caso os *bodybuilders* de então. Por intermédio da figura e da postura de Atlas, a história do fisiculturismo sugere que ela mesma se constitui enquanto luta entre os concorrentes no interior do campo (Bourdieu, 1977; 2001a), luta para conquistar e impor seu ponto de vista sobre a prática e a conduta a ser adotada no meio. Luta por um lugar na tradição e na história do sistema de práticas e representações que caracterizam o grupo. Luta pela autoridade no campo do fisiculturismo insurgente.

Esse período da história do surgimento das práticas de musculação pode ser considerado exemplar no sentido de preconizar as intermináveis e crescentes disputas, tanto no campo das ciências do exercício dentro das universidades através das faculdades de educação física, pela disputa dos cientistas do esporte em descobrir e inventar práticas mais eficientes, quanto no campo das academias de musculação e fisiculturismo nas quais, cada ano, professores e fisiculturistas tentam

impor novos métodos de exercícios como invenção mais eficaz que as outras anteriores, ocasionando modas de verão que na maioria das vezes não vingam. Por outro lado, esboçam o que Foucault definiu como a articulação do saber-poder produto de sociedades disciplinares que, ao intervir no corpo individual, acaba por produzir uma tecnologia de agenciamento populacional em nome da saúde (1993).

O criador da “tensão dinâmica” mostrou-se, também, empreendedor eficaz, consolidando, durante quase 50 anos, o comércio do seu método de exercícios físicos por correspondência, propagandeado em revistas em quadrinhos e outras publicações, além de viajar pelo mundo apresentando-se em espetáculos estéticos e de demonstração de força. Na época, a indústria do exercício e da forma consolidava-se com o aparecimento de diversos métodos e cursos que prometiam a qualquer um a rápida construção de um corpo musculoso. Charles Atlas parece ter contado com a insurgente indústria da propaganda e com o seu talento e capacidade para conquistar e fazer perdurar relações pessoais influentes. Além de encarnar, de certa forma, o sonho americano por ser um imigrante que na América consegue tornar-se, através do seu esforço e mérito, rico e famoso. Talvez tais características ajudem a explicar o seu longo sucesso. Um dos fatores da grande popularidade de seu método era o fato de não necessitar de frequência a qualquer instituição ou compra e utilização de pesos.

Contudo – apesar de ter vencido o concurso de Mac Fadden e ter um corpo relativamente forte para a média dos homens comuns da época –, Atlas não era, nem de longe, um gigante musculoso, e a ausência de exercícios com pesos do seu método certamente limitava o crescimento muscular – Schwarzenegger e Dobbins escrevem em seu livro que Atlas, apesar de se dizer contra o uso de aparelhos de musculação e pesos, utilizava-os ele mesmo (2001, p.11). Assim, homens bem maiores e mais musculosos que Charles Atlas, como George Jowett, por exemplo, dono do Jowett Institute of Physical Culture de Nova York, localizado, na época – década de 40 do século XX – na 5ª. Avenida, número 230,¹³ não conseguiram

¹³ Conforme propaganda veiculada na revista *How to Achive Nerves Like Steel Muscles Like Iron*, do próprio Jowett, publicada em Nova York em 1950.

alcançar a fama e o sucesso do ítalo-americano, sendo até mesmo esquecidos nas citações sobre o tema.

Após a Segunda Grande Guerra, os EUA se consolidaram como o centro do fisiculturismo no mundo. Durante os verões da década de 1940, uma praia da Califórnia, Santa Monica, começou a ser cada vez mais frequentada por fisiculturistas que durante o verão se aglomeravam diante da multidão de banhistas para praticar seus exercícios com os pesos livres colocados à vista do público. Esta espécie de exibicionismo muscular ficou tão famosa que recebeu o nome de Muscle Beach. Um dos frequentadores desta praia, aficionado por pesos e músculos, Joseph Gold, resolveu abrir uma academia de musculação na região (Venice Beach) denominada Gold's Gym. Esta acabou por se tornar uma espécie de Meca dos fisiculturistas e modelo para as outras academias que vieram a se espalhar pelo mundo. O vencedor do concurso Mr. America em 1940 e 1941, John Karl Grimek, era assíduo frequentador desta região. Grimek foi um propagandista do treinamento com pesos em academias tentando sempre demonstrar – ao contrário do que muitos diziam (como Charles Atlas, por exemplo) – que o treinamento com peso não oferecia qualquer tipo de problemas se fosse realizado adequadamente. Na época, os detratores da musculação diziam que os treinamentos com pesos prejudicavam a coordenação motora e a flexibilidade. Grimek tentou aprimorar poses que exigiam elevado grau de flexibilidade e coordenação. A partir deste período (década de 1940 em diante), devido o intenso treinamento com pesos em academias, o físico daqueles que praticavam o *bodybuilding* começou a se distinguir efetivamente da forma de outros esportistas e desportistas. A partir de John Grimek, a musculatura dos fisiculturistas tomou, cada vez mais, identidade própria, devido à baixa porcentagem de adiposidade e grande volume, ocasionado pelo aprimoramento de exercícios e dietas.

Paralelamente a todo este processo, ocorria um forte desenvolvimento da indústria da forma e do espetáculo nos EUA. O cultivo da forma física tornava-se cada vez mais expressivo alimentado pela crescente propaganda da saúde. Se, durante o século XIX, ter força e físico musculoso estava relacionado ao acaso e à genética – o indivíduo já nascia diferente dos outros e por isso

apresentava-se como exótico (Bogdan, 1994) –, a partir do início do século XX cresceu a concepção de que qualquer um, de posse de métodos desenvolvidos por *experts*, poderia transformar seu corpo para melhor. De fato, nas propagandas da época, percebe-se que a ideia é que só não transforma seu corpo quem não quer.

Em conformidade com esse movimento, a AAU (American Athlete Union) havia fundado, em 1939, o campeonato Mr. America, com suas regras definidoras das competições de *bodybuilding*. Mas foram os irmãos e empresários judeus canadenses Ben e Joe Weider que, em 1946, consolidaram as estruturas das competições do fisiculturismo atual, fundando a IFBB (International Federation of Body Builders). O irmão de Ben Weider, Joe Weider, também envolvido com o culto à forma física, chegou a vencer algumas competições de fisiculturismo durante a década de 1950 e passou a publicar revistas com entrevistas e fotos de fisiculturistas, dicas de treinamento com pesos e alimentação. Joe Weider, seguindo a tradição dos atletas empresários, criou também o método Weider de treinamento e boa forma no qual, além de exercícios físicos, promovia o que denominou sua filosofia de vida. Um conjunto de princípios inspirados nos principais mandamentos do Velho Testamento. Tais princípios estão escritos nos editoriais das revistas publicadas pelo grupo Weider.

Dentre todos aqueles que investiram no mercado da musculação e fisiculturismo, nenhum conseguiu superar o êxito dos irmãos Weider, que criaram um império da forma física. Publicações (as principais revistas de fisiculturismo do mundo atual são de propriedade de Joe Weider), fábricas de pesquisa e produção de suplementos alimentares, além de fábricas de pesos e máquinas para academias no mundo todo. Joe Weider também foi o criador, de fato, da *profissão* de *bodybuilder*. Ainda em 1965, empreendeu o primeiro campeonato profissional, até hoje considerado por muitos o principal campeonato de *bodybuilding* do mundo, o Mr. Olympia, que desbancou, na época, as competições das organizações rivais, incluindo o Mr. Universe, sustentado pela NABBA (National Amateurs Body Building Association), dominando, a partir de então, o cenário do fisiculturismo americano e internacional. Os Weider ainda hoje dominam o cenário mundial dos negócios de *bodybuilding*. A IFBB tem atualmente mais de cem países-membros

filiados, sendo a sexta maior federação esportiva do mundo e o Mr. Olympia continua o principal campeonato de fisiculturismo da atualidade (Emery, 2003; Schwarzenegger; Dobbins, 2001).

O principal expoente do fisiculturismo de todos os tempos despontou nos campeonatos do Mr. Olympia. Tendo sido vencedor de sete títulos até 1980, ele era um jovem imigrante austríaco de nome Arnold Alois Schwarzenegger, nascido em 30 de julho de 1947 em Thal, área rural da Áustria e naturalizado americano. Schwarzenegger tornou-se o maior mito do *bodybuilding* de todos os tempos, sendo atualmente adorado como um semideus em academias de musculação do mundo inteiro, que não raro estampam suas fotos nas paredes. Dono de personalidade carismática e capaz de manter contatos pessoais com os indivíduos mais importantes e influentes do mundo artístico e político, Arnold Schwarzenegger consolidou de vez a popularidade do fisiculturismo ao levar o mundo e o corpo das academias para as telas de Hollywood. Além de toda apologia ao trabalho muscular, Schwarzenegger também se tornou empresário de sucesso do fisiculturismo, criando em 1989 o campeonato anual denominado Arnold Classics, que em 2002 pagou U\$ 300.000 aos vencedores masculinos e femininos de suas competições. Além disso, eleito duas vezes governador da Califórnia pelo Partido Republicano, também entrou de vez para a elite tradicional norte-americana casando-se com uma jornalista do clã dos Kennedy (Maria Shriver, sobrinha do ex-presidente John Kennedy, separados desde 2011, após 25 anos de casamento).

A figura de ícone-mor do fisiculturismo encarnada por Schwarzenegger não se deve apenas às suas atitudes e tamanho físico. Toda a conjuntura sócio-histórica dos anos 80 do século XX confluiu para a consolidação do mito. A adoração do físico musculoso e sua relação com a representação de saúde se deve, dentre outros fatores, ao surgimento devastador da epidemia de Aids e da aparência esquelética que os doentes de então apresentavam (Gontijo, 2002). Devido, dentre outros fatores, à epidemia, o público *gay* rapidamente adotou o ideal musculoso dos *bodybuilders* como veículo de aceitação social; esse processo (com a expansão da doença) ampliou-se para outros grupos, propiciando, a partir de então – com toda sua prescrição de exercícios físicos para a “manutenção da saúde” e “qualidade de vida”

– a crescente expansão do *bodybuilding*. A tal fator também pode ser somado o surgimento da era Reagan, que consolidou o poder dos Estados Unidos como império mundial, tendo a demonstração da força e da conquista bélica como amostra desse poder. A consolidação hollywoodiana da figura de heróis (Rambo, Conan, o Bárbaro e, principalmente, o Exterminador do Futuro), além do surgimento da era *yuppie*, com jovens dedicados ao trabalho no mundo corporativo, ao lucro e ao cultivo da aparência musculosa.

Arnie, como é conhecido nos bastidores, nesse âmbito, passou a encarnar a realização do sonho americano. Assim como Charles Atlas, foi um imigrante que chegou praticamente sem nenhum dinheiro à América e tornou-se não apenas milionário, mas famoso astro de Hollywood. Após uma vida de sucessos no esporte, no cinema e nos negócios, entrou para a política e conseguiu eleger-se pelo Partido Republicano, em 8 de outubro de 2003, governador do estado da Califórnia, com 55% de votos contra 45% do seu adversário Gray Davis, do Partido Democrata. Sendo reeleito em 2006,¹⁴ Arnie, como é chamado pelos americanos, sustenta uma postura política conservadora, embora diga-se moderado, aliado às políticas de George Bush filho. Ao ser eleito, disse aos jornalistas do *Daily Telegraph*: “somente na América um agricultor austríaco sem um tostão pode construir uma vida tão fantástica”. A vida de Arnold Schwarzenegger, ao menos aquela que é veiculada pela imprensa, encarna mitologicamente toda a lógica inerente à ética protestante do esforço, da obstinação e do trabalho. Filho de um policial que era ex-membro do Partido Nazista, aos 15 anos começou a levantar blocos de concreto com o objetivo de trabalhar sua já avantajada massa muscular, sonhando em ir para os Estados Unidos, mais especificamente para a Califórnia. Em 1968 chegou lá, sem saber falar inglês e sem dinheiro, com o objetivo de se tornar figura de destaque no fisiculturismo, campo dos esportes que estava se consolidando.

Começou, na companhia de um jovem imigrante italiano, Franco Columbo, a exercer a função de pedreiro nas mansões de Los Angeles. Percebendo que não conseguia arrumar trabalho, mesmo

¹⁴ Foi governador da Califórnia de 2003-2011.

cobrando mais barato que os outros, partiu para outra estratégia que apontava já para a percepção de que na sociedade americana dos espetáculos e simulacros, mais vale a propaganda, a forma, não apenas o conteúdo: colocou o anúncio “pedreiros europeus especializados” e passou a cobrar mais caro do que toda a concorrência. Em pouco tempo, já havia amealhado, com seu sócio, um milhão de dólares, e fundado uma empresa de construção. Os dois imigrantes, nesse ínterim, continuavam treinando e participando de campeonatos de fisiculturismo. Schwarzenegger começou a vencer os principais concursos aplicando o dinheiro que recebia como prêmio. Ao contrário da maioria que fazia fortuna na Califórnia em sua época, não comprou uma mansão Californiana, e sim um prédio de apartamentos para alugar. Desta forma, passou a viver em um pequeno apartamento e usar o aluguel que lhe pagavam para cobrir a hipoteca do prédio.

Em seu primeiro filme da série *O Exterminador do Futuro*, Schwarzenegger disse apenas 73 palavras. Sempre enfatizou que nunca pretendeu ser ator. Seus filmes são apenas diversão e não arte, como sempre reiterou. E foi com a imagem que se tornou um astro de fama internacional. Schwarzenegger demonstra articular um dos mais puros exemplos de ação racional com relação a fins ao modelo de análise weberiana (Weber, 1995). Por outro lado, seu sucesso apenas foi possível pelo fato de viver em uma era em que a administração imagética faz parte das práticas e representações vigentes nas sociedades. Sempre soube escolher ou criar papéis em que sua carência dramática não faria diferença – seu principal personagem é um robô. Soube, desde sua época de atleta, calcular todos os meios possíveis para tornar-se campeão, buscando aliar-se e relacionar-se com pessoas que poderiam ajudar em sua projeção para o sucesso.

Através de seus papéis no cinema, é possível perceber como ele diversificou atividades e maximizou lucros. Neste processo de construção imagética, o campeão de fisiculturismo que chegou a governador duas vezes demonstra que soube sempre calcular os meios fazendo política, partidária ou não. Encarna, dessa forma, o modelo de *self-made man*, espécie de ás daquilo que se tornou o cerne da ação na era dos simulacros e das imagens: o *marketing* pessoal. A história de sua vida está diretamente relacionada ao desenvolvimento e

expansão do *bodybuilding* pelo mundo, além de constituir um prisma pelo qual uma época pode ser analisada.

O ícone-mor do fisiculturismo pode sugerir, para aqueles que tentam analisar sua carreira, a forma como os mecanismos disciplinares se instalam no corpo e através dele se reproduzem. Demonstra em entrevistas, filmes, livros e manuais de exercícios, técnicas de fisiculturismo (muitas desenvolvidas ou aprimoradas por ele), que podem ser percebidas como representando “uma maquinaria de poder que esquadrinha [o corpo], o desarticula e o recompõe [em] uma anatomia-política que é também uma mecânica do poder” (Foucault, 1987, p.126), desenvolvida com o propósito de produzir o aumento das habilidades musculares submetendo o corpo à obediência e à manipulação, aprofundando sua sujeição. Mas o processo não apenas submete o corpo, também o torna útil, aplicável, maximizado esteticamente e submetido aos polifônicos e mesmo paradoxais discursos da saúde.

Essa articulação micropolítica não deixa, como Foucault (1990) demonstrou, de se articular em uma dimensão macropolítica. Ao se constituírem de forma capilar em instituições específicas – no caso as academias de musculação e *fitness* – elas organizam determinados aspectos da vida social refletidos nos registros molares da sociedade. A passagem de Schwarzenegger de uma dimensão política cotidiana para aquela da política partidária não deixa de ser, portanto, reflexo de uma articulação possível do biopoder e da biopolítica, pois “o corpo [...] está diretamente mergulhado num campo político” (Foucault, 1987, p.26). Portanto, “ter-se-ia, por um lado, uma espécie de corpo global, molar, o corpo da população, junto com toda uma série de discursos que lhe concernem e, então, por outro lado, e abaixo, os pequenos corpos, dóceis, corpos individuais, os microcorpos da disciplina” (Foucault, 1993, p.124).

Essas duas dimensões das tecnologias de poder estão profundamente articuladas e, pode-se dizer, estão presentes na história de vida de Schwarzenegger. Sua associação com as políticas de Estado não deixam de ser um reflexo do poder micropolítico que incidiu, desde cedo, sobre seu corpo, e que ele desdobrou – sem deixar também de ser por essas forças desdobradas – em reflexos macropolíticos; processos

que o construíram como ícone daqueles que percebem na disciplina do exercício corporal levado à exaustão, na dedicação física e mental a um propósito, na abnegação e no cálculo racional o sentido mesmo da existência. Assim, a história de Schwarzenegger pode representar o desenrolar de um processo social específico analisado por Foucault. O autor, ao longo de sua obra, constrói uma teoria social que pode fornecer instrumentos para a uma melhor compreensão dos processos de desenvolvimento com o cuidado do corpo.

O exemplo Schwarzenegger de trajetória social e de vida sugere a articulação de micropoderes disciplinares que atravessam o cotidiano dos indivíduos nas sociedades complexas. Tal disciplina pode ser definida como uma arte de distribuição espacial dos indivíduos – o que seriam, a princípio, estas instituições de *bodybuilding* e *fitness* nas quais os indivíduos constroem e hierarquizam suas potencialidades físicas e estéticas? – exercendo seu controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre o seu desenvolvimento. Destarte, ela implicaria uma técnica de exercício de poder que exige uma autovigilância constante dos indivíduos rebatida em uma rede de olhares (panóptico) escrutinadores que regulariam as ações individuais e coletivas pelo controle, além de outras características, do tempo (Foucault, 1987; Rabinow, 1999; Maia, 2003). A história de vida de Schwarzenegger é o exemplo de atualização dessa potencialidade disciplinar cotidiana: “a disciplina é de suma importância para o sucesso no fisiculturismo. Da mesma forma o é a capacidade de concentrar-se, de estabelecer uma meta e não permitir que nada se coloque no seu caminho” (Schwarzenegger; Dobbins, 2001, p.243). Um fisiculturista de uma academia de Copacabana na qual realizamos observação participante certa vez disse:

Cara, o negócio aqui é de dedicação continuada... Eu sonho com meus exercícios, com a dieta, com o que eu devo comer e fazer para crescer, para definir, qual técnica que eu tenho que usar para expandir o quadríceps, o bíceps, o peitoral... Sigo uma dieta rigorosa, quando o verão vai chegando... Eu tenho uma balança para pesar alimento lá em casa, tudo que eu como, carboidrato, proteína, é pesado... Também não falto ao treino, venho seis vezes por semana, sempre na mesma hora (Mário, 30 anos, instrutor de exercícios).

A administração cotidiana do corpo, de sua forma, da perseguição de uma estética lipofóbica e de um padrão de saúde radicado em uma concepção específica de beleza, sugere a prática disciplinar de gestão dos corpos individuais ressaltada pelas análises de Foucault; mas também remete a seus conceitos de biopoder e biopolítica, visto que tal disciplina não está dissociada da atuação de toda uma máquina abstrata articuladora de dispositivos coletivos de ações voltadas para a suposta manutenção de uma saúde populacional (Foucault, 1990; Deleuze, 1995). As práticas corporais parecem assumir, por intermédio dos meios de comunicação, o caráter de dever coletivo voltado para a busca da otimização da saúde. A figura de Schwarzenegger tem sido também um exemplo de afirmação desse poder voltado para o gerenciamento populacional. Sua vida cotidiana, das academias de musculação da Califórnia à política, pode esboçar um trajeto que articula as duas dimensões da tecnologia do poder acima citadas. Se o poder disciplinar é aquele que esquadrinha, desarticula e recompõe o corpo visando a otimizá-lo, extraindo dele sua utilidade através de um saber acumulado pela observação perene em instituições específicas, a trajetória de Arnold Schwarzenegger é o exemplo de um esquadrinhador que utiliza seu próprio corpo para produzir um saber colocado em circulação através de filmes de fisiculturismo, livros e enciclopédia. Por outro lado, tal conhecimento acaba se articulando com o mecanismo molar de aplicação coletiva de saberes para a saúde, ou seja, a biopolítica da população e o biopoder – este definido como tendo uma função diferenciada daquela disciplinar, embora desta não se separando; sua função poderia ser definida como sendo a de “gerar e controlar a vida dentro de uma multiplicidade, desde que ela seja numerosa (população), e o espaço estendido ou aberto” (Deleuze, 1995, p.79).

Com efeito, a utilização do conceito de campo de Bourdieu pode ser associada aos conceitos de disciplina, biopoder e biopolítica de Foucault, ampliando o instrumental teórico para a compreensão de determinados fenômenos relacionados ao corpo na sociedade contemporânea. O surgimento do campo do fisiculturismo, com todas as suas práticas específicas de musculação, não está dissociado do surgimento dos mecanismos disciplinares e da constituição da

biopolítica e do biopoder – que também podem ser associados ao conceito de processo civilizatório de Elias. De fato, os campos, sendo dimensões sistêmicas específicas, estariam ligados a processos de ordem macrosociais que forneceriam a base de suas articulações. Assim, por exemplo, a consolidação do fisiculturismo só foi possível de ser realizada no século XIX porque havia significativo movimento de expansão das tecnologias corporais capitaneadas pelas políticas dos Estados europeus ocidentais preocupados com a saúde populacional e com a formação de cidadãos fortes, resistentes e destemidos. No número 216 do ano de 1914 da já citada revista *La Culture Physique*, o articulista Edmond De Geoff após criticar a falta de exercícios das crianças francesas escreve:

[...] quase sempre o homem é uma cópia do que foi na infância [...] cuidemos de nossas crianças educando-as [...] tornando-as fortes pelo uso dos halteres, habilidosas, tenazes para o trabalho e para os projetos de construção que preparam os homens para a grandeza da pátria [...] todos os verdadeiros descendentes da raça gaulesa me compreenderão (p.14).

Tal preocupação com a saúde populacional e com o futuro da nação representa o espírito de agenciamento corporal voltado para as políticas públicas que se fortaleceram a partir da segunda metade do século XIX na Europa e nos Estados Unidos. Houve um aumento do controle e da busca de uma espécie de estabilidade social radicada nas potencialidades do corpo da população. De acordo com umas das teses mais radicais de Foucault, a associação entre saber e poder se constituiu devido ao processo inicial de isolamento vigiado que acabou por produzir um conhecimento sobre o homem – verdadeiro nascimento de homem enquanto conceito – as ciências humanas: psiquiatria, psicologia, sociologia, etc. (Foucault, 1974). Essa articulação entre as práticas discursivas e as práticas não discursivas – relações econômicas, sociais e políticas – postas em funcionamento no regime da biopolítica vincula-se intrinsecamente à emergência do Estado do bem-estar social na Europa do final do século XIX. A densificação da malha de relações de poder perpassando o tecido social acompanha outro estágio de desenvolvimento da acumulação

capitalista. Se tais modulações políticas produzem uma espécie de domesticação do capitalismo, por outro lado, implementam os mais insidiosos e sutis mecanismos de controle social (Maia, 2003).

O processo coletivo de preocupação crescente com o corpo, a saúde e a vida produz um crescente aprimoramento de tecnologias de gestão populacional e o controle das ações cotidianas individuais. Essas articulações entre as dimensões micro e molares, denominadas por Deleuze “máquinas abstratas” (1995), poderiam ser compreendidas como articulação entre ação e estrutura. O excesso de biopoder que marca o acirramento atual da disciplina sobre a vida passa não apenas a organizá-la, mas modificá-la, abrindo a possibilidade da fabricação de algo vivo. Nesse âmbito, o campo do *bodybuilding* não passa de uma manifestação, e, portanto, um exemplo, da manifestação desse biopoder na atualidade. Sua eficácia sobre os corpos, a proliferação das academias e lojas de suplementos para atletas, as pesquisas voltadas para o desenvolvimento de substâncias que possam melhorar o desempenho atlético e a forma corporal, a crescente produção midiática sobre musculação e boa forma não seriam possíveis sem a nova organização econômica da saúde, sem os projetos de intervenções genéticas. A ritualização crescente do uso de drogas e fármacos específicos entre os praticantes de esportes com o intuito de melhorar sua condição físico-estética se processa também nesse movimento de dominação e biopoder atual.

A tentativa de análise desse grupo de fisiculturistas de academias de musculação e fisiculturismo do Rio de Janeiro atual pode, talvez, sugerir algumas tendências sociais específicas de uma época em que a corporeidade tem grassado entre as camadas médias urbanas cariocas; mas não apenas. Até a década de 60 do século XX, o *bodybuilding* era visto como sinal de capacidade, disciplina moral, densidade emocional e sentimental representada na concepção de homem integral e integrado (participante dos ideais de nação, família, política e progresso), sendo o corpo exercitado o signo de lealdade e fidelidade, abnegação e tenacidade, companheirismo e sociabilidade – por mais ambíguas e obscuras que tais categorias pudessem ser. A partir da década de 80 do mesmo século, o surgimento de outro sentido ligado às práticas de musculação se fez presente. Na era do “marketing pessoal”, na qual

a lógica da economia monetária do lucro (em geral, imediato) invade progressivamente os espaços que antes eram das relações solidárias, a forma física basta a si mesma, sendo a imagem do corpo a tradução da capacidade imediata de viver mais e intensamente, consumir ao máximo os prazeres da existência, ostentar juventude e beleza perenes. Corpo-produto consumidor de outros corpos-produtos, vetores de novas hierarquias estéticas relacionadas ao mercado.

A gesta de Arnold Schwarzenegger

Estando repleta de heróis, a sociedade moderna os apresenta em jornais, programas de televisão, filmes, shows de música ou eventos esportivos. A presença desses ícones remete à noção de que eles são referências de ação e respaldo dos valores constitutivos desta sociedade. Mas quem é o herói? Segundo alguns estudiosos, ele é aquele que vive por sua causa, intermediário entre os deuses e os homens, guardião, defensor, aquele que nasceu para servir. Campbell (1995), por exemplo, ressalta que o herói parte do mundo cotidiano aventurando-se pelas regiões sobrenaturais onde enfrenta forças fabulosas e arrasta vitórias decisivas, regressando de seu périplo com o poder de conceder dádivas aos seus semelhantes. Ele é aquele que ultrapassa as condições medianas da existência comum, abrindo caminho para o novo e trazendo com seus atos a glória e a redenção de um povo ou grupo social específico. Para que a trajetória heróica seja bem sucedida é necessário que as pessoas acreditem nas representações que os feitos do herói reiteram. Portanto, o mito é parte de um sistema no qual as estruturas subjetivas (representações, valores, normas) e objetivas (a prática cotidiana dos grupos sociais) interagem (re) produzindo as condições de existência de determinada sociedade. O herói é a síntese das várias representações coletivas, ele é o emblema de um grupo e de uma época. Uma breve tentativa de análise do mito mais difundido entre os fisiculturistas, o das realizações de Arnold Schwarzenegger (Arnold como é referido por todos os fisiculturistas) será efetuada adiante. Esta narrativa, com algumas variações, é veiculada tanto em publicações especializadas quanto nas conversas dos *bodybuilders* das academias. Não se questiona aqui a veracidade dos fatos que compõem a narrativa, mas reitera-se o aspecto mítico da construção desta.

Em uma pequena cidade dos Alpes austríacos vivia um jovem que desde criança adorava fazer exercícios e levantar pesos. Seu pai, um policial pobre, reunia os filhos, quase todos os dias, para a prática de flexões de braço, caminhadas pelas montanhas e abdominais. Ensinava a estes que a abnegação, a disciplina e o trabalho duro eram o caminho certo para alcançar a felicidade, sendo os exercícios item fundamental nessa busca. Certo dia, o irmão mais jovem do herói morre em um acidente de carro. Muito triste, este se dedica ainda mais aos exercícios prometendo a si e aos pais alcançar o mais rápido possível o sucesso. Neste processo é um filho e aluno exemplar: exercita-se muito, tira notas excelentes no colégio e ajuda sua mãe a fabricar conservas.

Quando se torna adolescente, Arnold percebe que o lugar onde vive é escasso em oportunidades de trabalho. Se continuar ali, não irá muito longe. Quer vencer na vida, tornar-se famoso e ajudar seus pais, e não levar uma vida de dificuldades como estes levavam. Aos 15 anos, toma contato com os filmes vindos da América, fica fascinado com todo o *glamour* que cerca os astros norte-americanos, principalmente dos personagens que demonstram força e poder, e passa a almejar ainda mais a fama. Simultaneamente, fica sabendo que na América existem campeonatos de *bodybuilders* criados por um descendente de germânicos como ele, Joe Weider, que havia se tornado empresário famoso e rico cultivando seus músculos. Arnold resolve então que deve ir para a América, atrás da fama e do sucesso. Está decidido a tornar-se campeão de fisiculturismo. Em 1968 chega aos Estados Unidos com apenas alguns trocados no bolso, uma grande massa muscular e quase nenhum conhecimento de inglês. “Na Áustria não havia desafios para mim”, diz Arnold, “a América, ao contrário, era um grande desafio, era o futuro”.

Em suas primeiras competições em Miami, forças adversas atrapalham seu caminho em direção à glória. Não consegue se preparar de forma adequada, devido à falta de recursos, e acaba perdendo as disputas. Disciplinado, não desiste facilmente, tenta fazer contatos com pessoas influentes, até que em seu auxílio intervém o sumo sacerdote do fisiculturismo, Joe Weider, que percebe seu talento e o convida para ir com ele para a Califórnia – Meca americana do músculo – dispondo-se a

auxiliá-lo nos treinamentos e a investir nos campeonatos e apresentações. Rapidamente nosso herói passa a ganhar campeonatos e a ficar cada vez mais famoso. Torna-se o primeiro a ganhar seis vezes consecutivas o título mundial de *Mister Olympia* e passa a ser reconhecido no mundo inteiro pelos praticantes de musculação. Em 1972, estreia no cinema com o documentário *Pump Iron*, no qual relata sua trajetória e a de outros fisiculturistas famosos como Lou Ferrigno e Frank Columbo. Neste filme são dadas dicas para a construção de um corpo musculoso: dedicação, trabalho intermitente, abnegação, superalimentação e fé em seus próprios objetivos. A fórmula para a construção do *self made man* dos músculos estava, ao menos supostamente, traçada. Logo em seguida faz o papel de Conan, o bárbaro, em filme homônimo, e torna-se ainda mais rico e famoso. Daí em diante, Schwarzenegger passa a ser considerado a maior autoridade em fisiculturismo do mundo, atuando em mais filmes que são sucessos de bilheteria e sendo convidado pelo presidente dos EUA (George Bush I) para ocupar o cargo de consultor de assuntos para a Educação Física. Nesse ínterim, como foi dito, casa-se com a famosa aristocrata da família Kennedy. Apesar de tornar-se cidadão americano, o herói dos músculos retorna glorioso em visita a sua terra sendo alardeado como o filho pródigo dos Alpes. Além de tornar-se o maior ícone do *bodybuilding*, astro de Hollywood e empresário bem-sucedido, Arnold Schwarzenegger conseguiu em 8 de outubro de 2003 coroar sua carreira de sucesso tendo sido eleito governador da Califórnia, o estado mais rico dos Estados Unidos, sendo reeleito para mais um mandato em 2006.

A façanha do herói começa com alguém de quem algo foi usurpado ou que percebe que está faltando algo entre as experiências cotidianas das pessoas comuns na sociedade. O herói parte, então, para uma série de aventuras, quer para recuperar o que tinha sido perdido, quer para descobrir algum elixir doador da vida. Normalmente faz um círculo com partida e retorno glorioso. Em biografias de heróis midiáticos é comum a presença de uma perda ou dificuldade séria na infância. No caso, a pobreza, a perda do irmão, a vida difícil nos Alpes. Essa construção da narrativa com ênfase nas dificuldades torna-se o fio de identificação do ídolo com as pessoas comuns (fãs, seguidores, admiradores).

Nas sociedades atuais, nas quais a mídia exerce uma forte influência, a princípio, podem ser destacados dois tipos de heróis: os heróis por acaso e os heróis preparados; os primeiros são lançados heróis, defrontados com a aventura, que neles desperta uma qualidade que ignoravam possuir. O segundo tipo é o do *self made man*, aquele que persegue com todas as suas forças a glória. As provações, neste processo, são concebidas para ver se o pretendente a herói pode realmente ser um herói. O passado difícil, cheio de provações, repleto de forças maléficas, é ressaltado e superdimensionado em todas as gestas. O mito Arnold, ampliado, veiculado de forma intermitente nas revistas e filmes, e contado pelos fisiculturistas das academias, reflete este processo estrutural inerente às sagas. Arnold vive uma infância difícil tendo que partir do lugar onde nasceu para iniciar sua aventura. Lévi-Strauss sugere que nos mitos, o herói tende a se separar dos seus realizando um périplo que é seguido pela maioria daqueles que almejam o sucesso. O mito estabelece, então, uma regra, um exemplo, para aqueles que objetivam realizar o mesmo processo (Lévi-Strauss, 1973).

Estudando mitos ameríndios, o autor demonstra também a existência de outros dois tipos de heróis, um criador, o demiurgo, e outro administrador e organizador. Por exemplo, a organização social dos Bororo está dividida em duas metades denominadas Tugare e Cera. Seus heróis são provenientes destas metades sendo que os heróis Tugare são demiurgos e os Cera, administradores. Os Tugare “são em geral responsáveis pela existência das coisas: rios, lagos, chuvas, vento, peixes, vegetação, objetos manufaturados... os heróis Cera intervêm num segundo momento, como organizadores e administradores de uma criação cujos autores foram os Tugare...” (Lévi-Strauss, 1973, p.55).

Comparando com o mito do *bodybuilding* aqui analisado, é possível dizer que o papel exercido por Joe Weider¹⁵ é o do herói

¹⁵ Weider é de fato o fundador de toda uma corrente de fisiculturismo que está claramente calcada na inspiração bíblica. No editorial de suas revistas mensais de musculação (*Muscle e Fitness*, por exemplo) aparece o princípio Weider de vida (*principles of the Weider lifestyle*): “Busque a excelência, exceda a si mesmo, ame seus amigos, fale a verdade, pratique a fidelidade e honre seu pai e mãe. Estes princípios o ajudarão a tornar-se mestre de si mesmo, o farão forte, darão esperança e o colocarão no caminho da grandeza”.

demiurgo, enquanto Arnold Schwarzenegger surge como organizador e divulgador maior. Weider, um rapaz de entregas, tornou-se um empresário multimilionário do fisiculturismo criando laboratórios de pesquisas e fábricas de suplementos alimentares e de halteres e máquinas de musculação, academias e concursos de boa forma e *bodybuilding* que movimentavam anualmente mais de 300 milhões de dólares. Além de ter criado inúmeras publicações sobre *bodybuilding* (livros e revistas mensais), institucionalizou o fisiculturismo nos EUA e já era reconhecido como uma das maiores autoridades quando ajudou Arnold em sua aventura americana. Este último é hoje conhecido pelo seu empenho em expandir e preservar as conquistas de Weider, levando “a saúde e a boa forma a todos” através de suas próprias empresas e de seus próprios campeonatos, além dos de Weider.

Arnold Schwarzenegger começou seguindo os conselhos e os métodos inventados por Weider, seu protetor, e hoje é o seu maior aliado, reproduzindo em seus próprios métodos tudo o que Weider lhe ensinou e indicou. A ética produzida pelos dois heróis do *bodybuilding* está resumida em inúmeras publicações produzidas por eles e por seus admiradores. Esta visão de mundo consiste em uma mistura de cientificismo, conselhos bíblicos e prática capitalista, radicando-se nos itens fundamentais constitutivos do imaginário das sociedades capitalistas atuais. Abaixo um trecho do editorial da revista mensal *Muscle e Fitness*, presente em todas as edições:

Este estilo de vida pauta-se pela educação e o desenvolvimento da pessoa em sua totalidade – corpo, mente e espírito. O desenvolvimento muscular supervisionado desempenha um importante papel na nossa sociedade e *Muscle and Fitness* serve como orientação. Nossos princípios estão fundados na resistência progressiva, treinamento com peso, *nutrição apropriada*, condicionamento aeróbico, boa forma, controle de *estresse* e recuperação. *O músculo é a marca plena da saúde e da boa forma* na ética Weider – além de ser a marca da construção da imunidade, do funcionamento adequado do metabolismo, e do *desaceleramento do processo de envelhecimento*. *O superior desenvolvimento muscular acompanhado do apelo visual representa um alto estado de saúde livre da gordura*. Boa forma representa músculos em ação pautados na

fisiologia do exercício que auxilia a reduzir os múltiplos fatores de risco para a saúde que prevalecem em nosso mundo moderno. Deixe o estilo de vida Weider fazê-lo forte, belo, cheio de energia, com melhor saúde e mais eficiente, dando simultaneamente a você uma autoimagem perfeita. Deixe o *bodybuilding* ser parte de sua vida (1998, p.12 - grifos nossos).

As regras ditadas pelos mitos da musculação descrevem o que vem a ser boa saúde, beleza, sucesso e longevidade, prescrevendo ações que produzem e reproduzem a realidade não apenas dos fisiculturistas, pois gradativamente tais preceitos têm se tornado mandamento divino, com respaldo médico, para toda a sociedade, cada vez mais preocupada com a saúde e a beleza. Esta *héxis* ou *habitus* corporal surge enquanto distinção e emblema de excelência, demarcando, nos sistemas classificatórios das sociedades complexas, o espaço social no qual dominantes e dominados encontram seus lugares específicos (Bourdieu, 1976; 1981). Ter sucesso, ser nobre, saudável e belo está subsumido a praticas e estilos de vida ligados ao cuidado do corpo e de si.

Essa ética muscular protestante está radicada em um sistema simbólico no qual a muscularidade e a ausência de gordura aparecem como signos de nobreza e de *status* elevado. Neste processo de busca pela excelência inscrita nos músculos e na pele – processo respaldado pela autoridade científica – os indivíduos alimentam um sistema de produção de bens simbólicos de consumo que os atrela a um processo de reprodução de valores radicados na aparência. Nunca na história os indivíduos estiveram, em tão grande quantidade, submetidos a uma dominação estética de tamanha proporção. Se, por um lado, a ciência médica desenvolveu técnicas e tecnologias para curar e preservar vidas, por outro, ela viabilizou a criação de uma nova dimensão da dominação construída pelas representações de juventude, beleza e saúde. Conceitos e ideais que devem ser perseguidos a todo custo por todos aqueles que querem ser aceitos como símbolos de superioridade, sucesso e excelência. Luta inglória, já que os próprios itens constitutivos desta estética são voláteis e efêmeros dissolvendo-se inevitavelmente com o passar do tempo.

Referências

- ANDRIEU, G. *Force et beauté: histoire de l'esthétique en éducation physique*. Bordeaux: PUB, 1992.
- ARNAUD, P. *Le militaire, le ecolier, le gymnaste*. Naissance de l'éducation physique en France. Lyon: Presses Universitaire de Lyon, 1991.
- BOGDAN, R. Le commerce des monstres. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n.104, p.34-47, sept 1994.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2001a.
- _____. Comment peut-on être sportif? In: _____. *Questions de Sociologie*. Paris: Minuit, 1981.
- _____. Le champs scientifique. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n.2/3, p.88-104, jun 1976.
- _____. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- CAMPBELL, J. *O herói de mil faces*. São Paulo: Cultrix, 1995.
- CERTEAU, M. A invenção do cotidiano. V.1. Artes de Fazer. Petrópolis: Vozes, 2002.
- _____. A Operação Historiográfica. In: _____. *A escrita da História*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- CHAPMAN, D. *Sandow the Magnificent: Eugen Sandow and the beginnings of bodybuilding*. Urbana, IL: University of Illinois Press, 1994.
- CHARTIER, R. *A história cultural*. Entre práticas e representações. Lisboa: Difel, 1990.
- _____. Le Sport ou la libération contrôlée des émotions. Avant-propos. In: ELIAS, N.; DUNNING, E. *Sport et Civilization*. La violence maîtrisée. Paris: Fayard, 1994.
- COURTINE, J-J. Os stakhanovistas do narcisismo: body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, D. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.
- DELEUZE, G. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- DENZIN, N. Interpretando a vida de pessoas comuns: Sartre, Heidegger e Faulkner. *Dados*, v.27, n.1, 1984.
- ELIAS, N. *O processo civilizatório*. V.I. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.
- _____. *O processo civilizatório*. V. II. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- _____. *The Court Society*. Oxford: Basil Blackwell, 1983.
- ELIAS, N.; DUNNING, E. *Sport e civilization*. La violence maîtrisée. Paris: Fayard, 1994.
- EMERY, M. *Men's bodybuilding: a definition and a short history*. Disponível em: <http://www.sandowmuseum.com>. Acesso em: 08 jun 2003.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I*. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, M. *Resumo dos Cursos do Collège de France*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. História da violência nas prisões. Petrópolis: Vozes, 1987.

GOLDENBERG, M. *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Record, 1997.

_____. Leila Diniz e Cacilda Becker: dois estilos de ser atriz. In: ESTERCI, N.; FRY, P.; GOLDENBERG, M. (org.). *Fazendo Antropologia no Brasil*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

GONTIJO, F. Carioquice ou carioquidade? Ensaio etnográfico das Imagens identitárias cariocas. In: GOLDENBERG, M.(org). *Nu e Vestido*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HUIZINGA, J. *Homo Ludens*. Essai sur la fonction sociale du jeu. Paris: Gallimard, 1988.

LÉVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcel Mauss. In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. V. I-II. São Paulo: EPU, 1974.

_____. La geste d'Asdiwal. In: _____. *Anthropologie Structurale Deux*. Paris: Plon, 1973.

LUZ, M.T. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2003.

LUZ, M.T. O corpo da cidade. In: PECHMAN, R.M. (org.). *Olhares sobre a cidade*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

MAIA, A.C. Biopoder, biopolítica e o tempo presente. In: NOVAES, A. (org.). *Homem-máquina*. A ciência manipula o corpo. São Paulo: Cia das Letras, 2003.

RABINOW, Paul. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1999.

SAINT-MARTIN, M. La noblesse et les "sports" nobles. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n.80, nov 22-33, 1989.

SCHWARZENEGGER, A.; DOBBINS, B. *Enciclopédia de Fisiculturismo e Musculação*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WEBER, M. *A ética protestante e o espírito do capitalismo*. Brasília: Edunb, 1981.

_____. *Metodologia das Ciências Sociais*. V.I. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. *Economía Y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1995.

Fontes primárias

ATLAS, C. *Salud y fuerza perdurables*. New York: Charles Atlas, 1947.

JOWETT, G. *How to achieve nerves of steel muscles like iron*. New York: The Jowett Institute of Physical Culture, 1950.

LA CULTURE PHYSIQUE. Revue Bimensuelle Illustrée d'Education et de Sports. Paris: 11 année, n. 216, 1 Janvier 1914.

MUSCLE AND FITNESS. Boca Raton: Quad/Graphics, 1998.

Fibromialgia e práticas corporais de saúde: um estudo etnográfico

RAFAEL DA SILVA MATTOS

Introdução

A fibromialgia é uma síndrome¹ reumática caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica e por 18 locais dolorosos específicos à palpação (*tender points*). Ela chega a atingir cerca de 2% da população brasileira e corresponde a 20% das consultas de reumatologia. Sintomas comuns são: fadiga generalizada, distúrbios do sono, dores de cabeça, rigidez matinal, dispneia, dificuldade de memorização e concentração, ansiedade e depressão. As dores corporais são frequentes no pescoço, costas, ombros, cintura pélvica, mãos, mas qualquer local do corpo pode ser afetado (Cathebras et al., 1998).

Exames sanguíneos laboratoriais, raios-X, ressonâncias, tomografias e biópsias de tecidos musculares não conseguem demonstrar qualquer indício da fibromialgia. Contribuem para excluir outras doenças, mas não há nenhum marcador bioquímico ou alteração radiológica específica para fibromialgia. O diagnóstico é predominantemente clínico, o que dificulta a vida dos médicos e pacientes. Quando mais demorado é o diagnóstico correto, mais tempo o paciente perde ao não ingressar no tratamento adequado.

Em uma revisão da literatura sobre a prevalência de fibromialgia a partir dos critérios propostos pelo American College of Rheumatology,

¹ A Organização Mundial da Saúde incluiu a fibromialgia na CID-10 com o código M79 (WHO, 2010).

Cavalcante et al. (2006) encontraram dados apontando uma prevalência entre 0,66% e 4,4% na população mundial, sendo mais prevalente em mulheres do que em homens, especialmente na faixa etária entre 30 e 60 anos. Os estudos com crianças, adolescentes e grupos especiais são escassos e pouco conclusivos.

Já é possível revisar a literatura e encontrar estudos biomédicos de caráter quantitativo que avaliam os efeitos dos exercícios físicos para mulheres com fibromialgia (Andrade et al., 2008; Busch et al., 2002; Kurtze, 2007; Van Der Kooi et al., 2005; Van Santen et al., 2002). Holla et al. (2009) constataram que exercícios recreativos contribuem para a melhora da saúde e qualidade de vida de pacientes com doenças reumáticas, incluindo a fibromialgia. A saúde e a qualidade de vida foram duas vezes avaliadas em 138 pacientes com doenças reumáticas. Após 8-12 meses de exercício recreativo, os pacientes mostraram melhorias significativas na dor e no estado geral. Outros estudos, como os de Suman et al. (2009) e Goldenberg (2009), ressaltam a importância de tratamentos multidisciplinares para pacientes com fibromialgia, utilizando o tripé exercício físico, psicoterapia e farmacoterapia. Esse tipo de estratégia tende a minimizar a dor crônica músculo-esquelética, a fadiga e alterações do sono, assim como atuar nas comorbidades como ansiedade e depressão.

No entanto, nosso estudo não é biomédico propriamente dito, tampouco procura quantificar efeitos fisiológicos do exercício na vida dos pacientes. Nosso referencial teórico é socioantropológico. Estamos situados na interface entre Saúde Coletiva e Educação Física com o referencial teórico-conceitual e metodológico das Ciências Humanas e Sociais.

O estudo de práticas corporais para mulheres com fibromialgia nos permite compreender o corpo e a corporeidade como um tema atual de estudo imerso numa trama complexa de sentidos e significados culturais, pois os próprios cuidados corporais implicam sentidos, motivações, valores e representações presentes na cultura. Desprezar esses elementos na prescrição de exercícios para pacientes fibromiálgicos é o primeiro passo para o insucesso terapêutico.

Pensar em práticas terapêuticas corporais implica investigar e compreender as estratégias, táticas e ações de enfrentamento do

adocimento e do sofrimento decorrente das diversas patologias crônico-degenerativas ou incapacidades que acometem as pessoas na sociedade contemporânea. As pessoas não são passivas diante de suas doenças crônico-degenerativas; muito pelo contrário, se organizam de alguma forma para tentar se livrar da dor. O que elas querem, inicialmente, é se livrar da dor; afastá-la; eliminá-la. No entanto, ao longo da pesquisa é possível compreender que as pessoas demandam atenção, cuidado, acolhimento e vínculo. As pessoas querem ser amadas, abraçadas, acolhidas na singularidade do sofrimento.

Quem utiliza o referencial teórico das Ciências Humanas e Sociais para lidar com problemáticas no campo da Saúde precisa compreender que a mesma não pode ser categorizada apenas em dados físicos ou biológicos. A multiplicidade de estudos epidemiológicos, ainda que importante, não dá conta do sofrimento ontológico presente em cada ser humano. As relações dos indivíduos com seu corpo, seu sofrer e seu adoecer são relações sociais. É preciso considerar a complexidade dessas dimensões em nosso estudo, pois relações sociais podem contribuir tanto para o adoecimento, como para a recuperação da saúde.

Neste sentido, é relevante desde já diferenciarmos as *práticas corporais de saúde* da *atividade física* e do *exercício físico*, termos presentes no campo da Educação Física. A atividade física é definida pela literatura do campo como qualquer movimento corporal (contração músculo-esquelética) que resulta em gasto energético acima do repouso. Atividade física é um conceito que tem sua base teórica na física clássica, estando relacionada diretamente com gasto de energia. Ex: lavar roupa, andar, comer, saltar uma poça d'água. Já o exercício físico geralmente é definido como a prática sistemática, planejada e organizada de atividades físicas com objetivos definidos e finalidades de aumento da aptidão ou capacidade física. Tanto as categorias *atividade física* como *exercício físico* privilegiam a dimensão biológica do ser humano. São conceitos produzidos pelo referencial teórico das ciências exatas e biológicas. Não é sem razão que a Fisiologia e a Biomecânica, disciplinas fundamentais no curso superior de Educação Física, estudam o movimento corporal, o treinamento físico e o corpo como máquina.

Por práticas corporais coletivas (Andrieu, 2008), queremos significar formas de atividades físicas nas quais as pessoas se relacionam com

base em características biopsicossociais compartilhadas. O que elas possuem em comum é encarado como o fundamento lógico da ação conjunta, caso das mulheres que constituem os sujeitos de nosso estudo. Características similares dessas pacientes levam ao compartilhamento de ações, gerando uma solidariedade interna mobilizada no interior do grupo. Produz-se gradativamente uma regulação recíproca de afeto, cuidado e atenção, que proporciona a confirmação social da visibilidade de cada mulher como sujeito que merece acolhimento num serviço terapêutico não-farmacológico voltado para o alívio do seu sofrimento.

Analizamos sentidos que as mulheres com fibromialgia atribuem às práticas terapêuticas corporais realizadas no projeto de extensão *Tratamento Interdisciplinar para Pacientes Portadores de Fibromialgia* da UERJ (TMF-UERJ).² O objetivo geral do estudo foi apreender os sentidos³ que motivam essas mulheres a procurar o projeto, sobretudo interpretando os motivos que as fazem permanecer no mesmo. Ressalta-se que essas mulheres não buscam apenas se curar, mas estabelecer laços sociais e teias afetivas rompidas. Uma estratégia é a elaboração de grupos constituídos em torno de práticas corporais coletivas cooperativas e solidárias que reforçam o vínculo social e o sentimento de pertencimento.

Essas práticas corporais resgatam o valor dessas mulheres revitalizando trocas afetivas baseadas no acolhimento, cuidado e atenção. Aparentemente, seria contraditório tratar mulheres fibromiálgicas – que possuem algias intensas – com práticas corporais. No entanto, o movimentar-se coletivamente recebe significação que minimiza o sofrimento e implica conseqüentemente em alívio da dor e ressignificação da experiência humana. A possibilidade de agenciamento dos sujeitos nas práticas corporais nos ajuda a

² O projeto de extensão *Tratamento Multidisciplinar para Pacientes Portadores de Fibromialgia* da UERJ é coordenado pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física (LAFISAEF), do Instituto de Educação Física e Desportos (IEFD), localizado na Rua São Francisco Xavier nº 524 – 8º andar – Bloco F – Sala 8.104. Tel: (21) 2234-0107 ou 2234-0553.

³ Quando nos referimos a “sentidos que motivam as ações” adotamos a base teórico-conceitual weberiana, na qual entendemos a ação social como a conduta humana em que os sujeitos atribuem sentidos, em relação a si mesmos e à conduta dos outros. O sentido que motiva a ação social pode ser compreendido porque as agentes sociais agem em razão de finalidades, motivos, interesses.

compreender a importância de trabalhos socioantropológicos focados na ação social. Constitui-se uma antropologia da experiência (do corpo e do adoecimento) e até mesmo das emoções.

A dor, enquanto sensação ou discurso, forma uma linguagem social entre as mulheres com fibromialgia. Essa linguagem, compartilhada ao longo da permanência nas práticas corporais permite a produção de laços de amizade que as levam à formação de identidades e sentimentos de pertencimento. A tensão entre individualidade e pertencimento coletivo, entre indivíduo e sociedade é amenizada em virtude de um *telos* comum: a prática corporal coletiva. Esta, de meio para saúde, se torna o motivo de estar no projeto em razão dos laços sociais formados.⁴ Logo, estudar discursos e práticas corporais implica analisar como os atores sociais pensam a si próprios e aos outros, compartilhando espaços, sentimentos, sensações e identidades.

A fibromialgia é uma forma de expressão do existir da pessoa, um mal-estar na cultura que se exprime na superfície corporal. A dor se distingue de uma simples mensagem sensorial. Quando integrada em termos de significação, a dor nunca é propriamente fisiológica.⁵ A anatomia e a fisiologia são insuficientes para explicar as variações culturais da dor e do sofrimento. A forma pela qual o homem se apropria de sua relação com o mundo e com seus pares compõe uma trama decisiva para sua apreensão (Le Breton, 1995).

O corpo, em geral, é tratado pela sociologia como forma biológica moldada pela sociedade. Deste modo, o corpo é tratado como uma via de acesso para compreender os fenômenos sociais. Nessa perspectiva, as expressões corporais são reveladoras das lógicas socioculturais. Durkheim, Mauss, Lévi-Strauss e outros autores compreendem o

⁴ Muitas mulheres saem de suas casas, tomam uma ou duas conduções e frequentam as atividades oferecidas pelo projeto mesmo quando estão com muitas dores e sem condições psicofísicas de realizar os exercícios físicos. Ao questioná-las, durante a observação etnográfica, porque não ficaram em casa repousando, afirmam que sair de casa para encontrar o grupo é a maior alegria da semana.

⁵ A biomedicina constantemente procura a “neutralidade científica”, retirando a influência da cultura nos processos de dor ao tentar explicar seus mecanismos exclusivamente pelas neurociências. Imagens cerebrais fornecem argumentos dentro da lógica hegemônica biomédica para a “verdadeira explicação” da dor a partir de disfunções supraespinhais dos centros de regulação da dor (Auquier, 2008).

corpo como um substrato produzido pela dimensão simbólica da sociedade, enfim, por sua estrutura. No âmago do movimento corporal se inscreve a lógica social. Ao estudarmos gestos, mímicas, aparência física, o sofrimento, os divertimentos, as caretas, os modos de andar, estudamos a própria cultura.

Mauss (1974a), o pioneiro da socioantropologia corporal, mostra-nos como o corpo é produto da cultura. Há movimentos corporais que consideramos ser de ordem biológica, fisiológica ou orgânica, mas que na realidade são da ordem da cultura. Mauss utiliza a categoria *técnicas corporais* ou *técnicas do corpo* para designar as formas pelas quais os seres humanos utilizam seus corpos em cada cultura. Todo gesto corporal pode ser considerado uma técnica corporal na medida em que uma lógica sociocultural é inscrita nesse corpo.

Contudo, Le Breton (1995) irá argumentar que a sociedade também é moldada pelo corpo. A própria cultura é produzida e construída pelo uso do corpo. As interações sociais corporais (olhar, fisionomias, sentimentos, esportes, etc.) contribuem diretamente para a construção da cultura. Nesse contexto, o corpo, a partir das práticas corporais de saúde, produz e reproduz a sociedade. As práticas corporais, como conjunto de ações, táticas, estratégias conservadoras ou subversivas, num determinado *campo*, são capazes de produzir interações sociais com sentidos compartilhados. A dinâmica social pode ser compreendida na dinâmica corporal e vice-versa. A sociedade molda os indivíduos, mas, ao mesmo tempo, depende completamente das ações e disposições deles. Nesse sentido, o conceito de *habitus*, de Bourdieu (1983; 2007a; 2007b), articula o corpo e a sociedade, ação e estrutura, pois o *habitus* se forma no envolvimento do agente num domínio prático já estruturado, e uma vez formado funciona como princípio que gera e organiza novas práticas. Existe uma influência recíproca entre ação e estrutura.

O que pretendemos afirmar é que diversos grupos sociais têm encontrado novos sentidos para o viver a partir de práticas corporais coletivas. O vazio de sentidos (Luz, 2001) pode ser preenchido através de mecanismos de solidariedade e cordialidade, inclusive nas práticas corporais coletivas. Não queremos argumentar em prol das maravilhas do exercício físico: não se trata de um otimismo ingênuo.

Em nossa pesquisa, foi possível compreender que muitas mulheres guardam dentro de si um sofrimento contínuo calado. Em virtude da intensidade crescente, da opressão e da impotência de se libertar desse sofrimento, este se expressa na forma de dor corporal. Não pesquisamos homens com fibromialgia em virtude da inexistência desse público em nosso campo de pesquisa, mas os dados sugerem que tanto homens quanto mulheres padecem dessa síndrome. O baixo percentual de homens com fibromialgia está relacionado a inúmeras hipóteses que nos levaria a uma discussão distinta do nosso objeto de estudo.

Novas práticas corporais de saúde têm surgido no sentido de ir além da normalização de sintomas de determinada patologia. Almeja-se uma reorganização de valores e sentidos que favoreçam os encontros alegres e o afastamento das tristezas. É comum as mulheres relatarem que outrora ficavam em casa chorando, depressivas, melancólicas, com algias intensas. Depois que ingressam nas práticas corporais relatam uma mudança significativa na maneira de encarar o adoecimento e os demais problemas da existência. Novos modos de viver se configuram permitindo a essas mulheres uma vida menos dolorosa e mais feliz.

Nenhuma abordagem teórica pode ser definitiva para compreender a relação íntima do ser humano com sua dor, senão o fato de que a dor remete a um sofrimento e, portanto, a uma significação e a uma intensidade própria para cada indivíduo em sua singularidade. Este capítulo, disponível para você, leitor, é uma tentativa de união entre uma antropologia do corpo e uma sociologia do sofrimento. Queremos mostrar como um estudo socioantropológico pode ajudar a esclarecer que durante práticas corporais terapêuticas surgem elementos que a biomedicina geralmente negligencia: a dimensão dos sentidos e dos valores e sua relação com o corpo e a doença dos sujeitos.

Métodos

Logo no primeiro capítulo da sua obra *Argonautas do Pacífico Ocidental*, Malinowski (1976) afirma que, antes de iniciar uma discussão teórica, é preciso apresentar e descrever os métodos utilizados na pesquisa etnográfica. Em qualquer campo da ciência, os resultados das pesquisas são precedidos pela explicação minuciosa e honesta dos procedimentos metodológicos. Nas ciências físicas, químicas ou biomédicas, nenhum

pesquisador pode, em princípio, apresentar resultados fidedignos sem expor de forma detalhada todos os arranjos experimentais, os aparelhos utilizados, a maneira pela qual se conduziram as observações, o número de observações, o tempo a elas devotado e o grau de aproximação com que se realizou cada uma das medidas e sua replicabilidade, isto é, a capacidade de reprodução por outros grupos.

Entretanto, como compreender uma alteridade que não é somente discursiva? Como compreender a experiência da dor do outro? Como racionalizar uma experiência vivida por outros e não por nós? Isso nos traz dificuldades metodológicas para estudar mulheres com fibromialgia. Não há como objetivar a dor do outro sem cairmos em fragilidades metodológicas. Daí nossa opção por diferentes instrumentos de pesquisa, visando garantir o rigor teórico-conceitual e metodológico para realizar interpretações sociológicas.

O antropólogo Evans-Pritchard (2005) afirma que jamais devemos chegar ao campo sem as perguntas. Como podemos buscar respostas se não temos perguntas? Para o autor, o treinamento teórico-conceitual do pesquisado é o que o qualifica a fazer as perguntas adequadas. Além disso, a batalha decisiva para uma boa interpretação e compreensão dos fenômenos sociais não ocorre dentro de campo em si, mas quando o pesquisador precisa organizar o material coletado no diário de campo e articular com as reflexões teóricas. Tornar inteligível a experiência no campo é o grande desafio. Pesquisas com pacientes fibromiálgicos demandam que o pesquisador acredite no que as mulheres estão dizendo. Assim como Evans-Pritchard (2005) afirma que não podia estudar os Azande sem acreditar na bruxaria, ao estudar pacientes com fibromialgia devemos acreditar, por um lado nos relatos de dor e sofrimento, por outro, nos relatos de melhoras obtidas.

As práticas corporais são gratuitas e realizadas as terças e quintas-feiras nas dependências do Instituto de Educação Física da UERJ. O projeto de extensão *Tratamento Interdisciplinar para Pacientes Portadores de Fibromialgia* foi criado em 2000 pelo Laboratório de Fisiologia Aplicada à Educação Física, em parceria com o Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). O público-alvo é formado por pacientes diagnosticados com fibromialgia encaminhadas pelo serviço público ou privado. Para atender aos

pacientes, a equipe multidisciplinar é composta por uma psicóloga, uma nutricionista e professores de educação física.

Nosso estudo foi realizado com 60 mulheres com idade entre 24 e 67 anos ($52,5 \pm 8,6$). O requisito para a participação nas atividades oferecidas no projeto (exercícios físicos, psicoterapia, dietoterapia e apoio social) é possuir idade mínima de 18 anos, ser diagnosticada com fibromialgia, conforme os critérios do Colégio Americano de Reumatologia (ACR, 1990), realizar um teste de esforço com um cardiologista e trazer um laudo atestando a condição física para praticar exercícios físicos terapêuticos com acompanhamento de profissionais de Educação Física.

Realizamos um estudo socioantropológico, com um campo etnográfico de duração de aproximadamente dois anos. Não há uma única palavra, um único gesto humano, mesmo habituais ou distraídos, que não tenham uma significação, já afirmava Merleau-Ponty (1976). A preocupação da pesquisa não foi com a representatividade do grupo pesquisado, num universo específico, como uma amostra em busca de generalização, mas sim através de um estudo de caso interpretativo de um grupo específico, buscando apreender ações e interações sociais. Não elaboramos uma pesquisa preditiva e/ou explicativa – tampouco quantitativa, mas sim uma pesquisa compreensiva e interpretativa típica das Ciências Sociais. O leitor que procurar dados quantitativos poderá ficar decepcionado.

O pesquisador, para Geertz (1989; 2001), deverá ser aquele que anota o discurso social como se apresenta. Só assim ele será capaz de interpretar o fluxo do discurso social e o papel daquela cultura na vida coletiva dos sujeitos. O que interessa ao etnógrafo é o que os nativos pensam e sentem enquanto membros de uma cultura, e não enquanto indivíduos isolados. Os pensamentos, sentimentos e condutas dos nativos inserem-se simbolicamente na coletividade. Trata-se de representações sociais, pois independem das formas individuais de pensar e agir, segundo Durkheim (2007; 2009). Não que a individualidade das mulheres com fibromialgia seja eliminada ou desconsiderada por nós, mas as representações sociais são maneiras de agir, de pensar e de sentir exteriores ao indivíduo, inclusive, segundo o clássico sociólogo francês, dotadas de um poder de coerção.

A coleta de dados foi complementada pela realização de entrevistas abertas em profundidade com todos os participantes do grupo de pacientes portadoras de fibromialgia. Todas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Elaboramos um roteiro com as seguintes temáticas a serem abordadas na entrevista: 1) História de vida pré-adoecimento; 2) História de vida pós-adoecimento; 3) Sistema diagnóstico e fibromialgia; 4) Sistema terapêutico e fibromialgia; 5) Tratamento Multidisciplinar para Pacientes Portadores de Fibromialgia; e 6) Trabalho, família e outros fatores relacionados a fibromialgia. O objetivo do entrevistador foi exercer a escuta, de modo a instigar o relato do entrevistado não só sobre suas queixas, mas sobre o sofrer na história de vida dessas mulheres. Cabe ao pesquisador reconhecer os elementos que individualizam a mulher ali diante, assim como os que evidenciam as representações sociais (modos de pensar, agir e sentir, externos e coletivos).

Na análise das entrevistas, foi privilegiado o conteúdo simbólico dos discursos dos sujeitos, porque entendemos que as palavras simbolizam e remetem a representações. As entrevistas em profundidade foram analisadas mediante o procedimento de Análise de Conteúdo. Para Bardin (1977), a Análise de Conteúdo pode ser conceituada como o conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens.

Privilegiou-se, inicialmente, o conteúdo produzido nos discursos dos pesquisados, face à sua manifestação durante a enunciação, para depois extrairmos os núcleos de sentidos que compõem o enunciado dos falantes. Bergson (1979) afirma que, sob as palavras e frases, há algo muito mais relevante que uma frase ou uma palavra: o sentido. Nosso esforço foi apreender esses sentidos. Os procedimentos da análise de conteúdo reconstroem representações em duas dimensões principais: a sintática e a semântica. A frequência das palavras e sua ordenação, o vocabulário, os tipos de palavras, não foram analisadas

por nós. A análise puramente descritiva da frequência de palavras não foi opção metodológica. Preferimos a codificação semântica que privilegia o codificador humano e não a matematização ou utilização de softwares.

As práticas corporais como práticas terapêuticas

Ao apreendermos sentidos que mulheres com fibromialgia produzem e compartilham durante as práticas corporais, estamos nos esforçando por uma aproximação concreta entre as Ciências Sociais e a Educação Física. Trata-se de produzir uma Sociologia *a partir do* corpo, e não somente uma Sociologia *do* corpo.

Em seu livro *Corps et ame: carnets ethnographiques d' un apprenti boxeur*, Wacquant (2002) faz um relato de uma pesquisa de campo de três anos e meio em uma academia de ginástica no gueto de Chicago. Trata-se de um estudo socioantropológico de disputa simbólica entre boxeadores em um campo de classe popular. Se as estruturas do mundo social são incorporadas e se manifestam no corpo, Wacquant argumenta que devemos obter conhecimentos do universo social por meio de nossos próprios corpos. Por isso a observação participante foi um instrumento de pesquisa fundamental.

Observar diretamente as práticas sociais, estando presente nas situações nas quais elas se desenvolvem é um meio de compreender a experiência das pacientes, somando as informações às entrevistas. O texto *L'Enquête et ses Méthodes: L'Observation Directe*, de Arborio e Fournier (1999), propõe a observação como ferramenta-chave das pesquisas qualitativas em ciências sociais.

As alunas (ou pacientes) são orientadas a chegarem dez minutos antes a fim de repousar para a aferição da pressão arterial e da frequência cardíaca. A sala é bem iluminada, arejada e não há espelhos. Tampouco há máquinas individualizantes. As alunas geralmente se sentam e ficam conversando. Os estagiários e os professores as cumprimentam, mas na maioria das vezes, elas mesmas antes de se sentarem já o fazem. Os professores e estagiários elaboram circuitos que serão utilizados durante a aula, pegam os equipamentos nos armários e organizam as estações, enquanto as alunas ficam sentadas e outros estagiários aferem a pressão arterial. Alguns professores -

mesmo que não estejam trabalhando nesse horário – aproveitam esse período anterior à aula para conversar e colocar os papos em dia.

As aulas começam sempre com um alongamento e movimentos nas diversas articulações do corpo, a fim de preparar os alunos (fisiologicamente) para a aula. A segurança e a escolha dos exercícios são fundamentais, visto que muitas alunas possuem limitações das mais variadas para a prática de movimentos corporais. As alunas se distribuem de frente para a estagiária (ou professora), que ensina alguns exercícios de alongamento.

Após esse alongamento inicial, começa um aquecimento com passos de dança ou com movimentos aeróbios em deslocamento ou no mesmo lugar. As músicas que tocam, em geral, são bem divertidas, embora a escolha do repertório musical dependa das preferências do professor e da relação de amizade que ele possui com a turma. Quando esse aquecimento se dá com os passos de dança, as alunas sempre ficam rindo e se divertem. Aquelas que estão há pouco tempo no projeto parecem mais tímidas, mas, ao longo das aulas, aderem emocionalmente ao espírito do grupo. Quando o aquecimento termina, as alunas se dirigem para a mesa para informar a frequência cardíaca. Existe todo um componente educativo, isto é, uma inter-relação entre as dimensões conceituais, procedimentais e atitudinais nos conteúdos utilizados nas práticas corporais, pois uma das finalidades é desenvolver a autonomia nas alunas para que possam praticar atividade físicas regulares para além da UERJ. Os professores tentam ensinar que os cuidados com o corpo devem se estender por toda a vida, e não somente enquanto estiverem participando da proposta terapêutica desenvolvida na UERJ.

Na parte principal da aula, são realizados jogos cooperativos, jogos modificados de iniciação desportiva, danças, brincadeiras e jogos com equipamentos (bola, bastão, arco, peteca, etc.). Há atividades individuais e em grupos. As atividades sempre são intercaladas com caminhadas pela sala. São atividades cuja intensidade é controlada pelos professores, pois a condução da aula deve ser segura e sempre orientada. A parte aeróbia da aula é o momento de vínculos sociais, construção de laços, ludicidade, liberdade e criatividade. Após a atividade, todos se dirigem à mesa para informar novamente a frequência cardíaca. Quem não conseguir aferir a frequência cardíaca, o que parece raro, pois todas

aprendem e possuem autonomia para isso, deverá procurar o professor ou estagiário. Após a parte aeróbia da aula, momento dionisíaco, repleto de alegrias, sorrisos e atividades cooperativas, inicia-se o treinamento de força. Este é muito importante para o tratamento de mulheres com fibromialgia, pois as limitações não se restringem à capacidade cardiovascular. Valkeine et al. (2009) constataram que mulheres com fibromialgia têm menor força nos músculos extensores dos quadris e menor força nos músculos flexores e extensores dos joelhos.

Durante o treinamento da força, um professor ou estagiário comanda os exercícios e os alunos ficam ora sentados, ora em pé, realizando exercícios para membros inferiores e membros superiores. Os alunos ficam uns ao lado dos outros e ninguém fica de frente para o outro, exceto o professor. Esse é o momento apolíneo. É o momento de concentração, de atenção à respiração, de silêncio, de sentir o próprio corpo e experimentar os seus limites. Os professores não realizam contagens de exercícios, pois cada aluno deve ser capaz de realizá-los conforme suas possibilidades no tempo estabelecido. Após a série de força, os alunos deitam nos colchões para um alongamento e relaxamento final. A aula termina com a volta à calma, que pode ser uma brincadeira, um jogo de palavras, um jogo de mímica, de músicas, entre outros.

Mauss (1974b), ao discutir a dádiva entre as culturas, afirma que a aliança nasce de uma expressividade coletiva e compartilhada (gestos, rituais, trocas) que envolve todos os membros do grupo, acionando, para isso, os recursos afetivos, cognitivos, materiais e espirituais existentes na comunidade. Do mesmo modo, a construção da aliança nas práticas corporais exige que o conjunto de recursos materiais e simbólicos disponíveis circule permanentemente, envolvendo todos os participantes em ações recíprocas de doações, recebimentos e retribuições – de amor, carinho, afeto, cuidado. A dádiva nas práticas corporais consiste, portanto, num conjunto de prestações e trocas que circulam a partir do dar, receber e retribuir o cuidado que produz alianças, vínculos, reciprocidades.

Neste estudo, procuramos resgatar a categoria *dádiva* (ou *dom*) de Marcel Mauss (1974b), ressaltando que a dádiva gera obrigações recíprocas, livres, espontâneas e obrigatórias ao mesmo tempo.

Temos como exemplo a amizade entre mulheres com fibromialgia inseridas em práticas corporais de saúde, nas quais buscam um tipo de terapia para seu adoecimento e acabam por produzir e partilhar novos sentidos e significados sobre o sofrimento. A amizade entre essas mulheres contribui para que uma identidade coletiva possa ser gerada baseando-se no cuidado e nas trocas afetivas. Não que todas as mulheres se tornem amigas, mas foi possível observar e ouvir relatos de pacientes que estenderam a convivência para além do projeto de extensão e hoje mantêm amizades sólidas, compartilham festividades familiares comuns e até viajam juntas.

Se o mundo neoliberal em que vivemos não estimula vínculos sociais sólidos, mas apenas vínculos contratuais baseados no cidadão como consumidor, a dádiva pode, ao contrário, revelar-se como circulação gratuita entre essas mulheres com fundamentação no cuidado do outro que padece de dores intensas. O sistema capitalista desvaloriza o bem dado ao próximo transformando-o em mera relação utilitária de consumo. O espírito das coisas (o *hau*), descrito por Mauss (1974b), é perdido na sociedade de consumo. O *hau* é desvalorizado nas relações afetivas, emocionais, comerciais, sociais, profissionais, de saúde. A dádiva deixa de ser *presente* (um dos sentidos etimológicos) para se tornar *veneno* (outro sentido etimológico da palavra dádiva).

Ao se agregarem em torno de práticas corporais de saúde, estimuladas também por festas, passeios extra-UERJ, caminhadas e outras atividades, os pacientes produzem novos encontros. Estes ampliam a saúde e a vitalidade desse grupo de mulheres que, a partir disso, encontra mais disposição e coragem para enfrentar a *psicopatologia da vida cotidiana*.⁶ Esses encontros, entre si e com a equipe profissional de saúde composta por profissionais de Educação Física, aumentam a *vontade de potência*⁷ que, por sinal, é o dizer *sim* à vida. É o prazer de querer viver. Se quisermos utilizar o termo de Espinosa (2005), poderíamos dizer que esses encontros afetivos aumentam a *potência da vida* ou *potência do agir*. A vitalidade é ampliada e elas se sentem acolhidas e mais felizes.

⁶ Parafraseando Freud.

⁷ Conceito utilizado por Nietzsche.

Beal et al. (2009) constataram, em estudo realizado com 198 mulheres, que o suporte social é um dos grandes pilares das práticas de saúde de mulheres com fibromialgia. As relações interpessoais geradas pelas práticas contribuem de forma importante para um estilo de vida saudável. Percebemos, portanto, que a dádiva não se reduz aos bens materiais, mas está cada vez mais manifesta nos bens simbólicos nessas práticas corporais – afetos, emoções, acolhimento, cuidado. A própria gestualidade corporal é uma dádiva que gera vínculo e aliança. A forma de se portar corporalmente perante a colega com fibromialgia é uma forma de acolhimento e cuidado. A forma de abraçar, apertar as mãos, tocar – antes das práticas ou durante as práticas corporais – produz gradativamente vínculos. A maneira como a colega senta e oferece a escuta é um acolhimento que se transforma em dádiva, na medida em que ele circula livre e espontaneamente entre o grupo social. O acolhimento não é oferecido somente pelos professores de Educação Física e psicólogos do projeto, mas também pelas colegas e amigas com fibromialgia que se disponibilizam a receber a demanda existente uma das outras. A interação corporal face-a-face gradativamente gera vínculos numa relação de cuidado entre pessoas fragilizadas. Dessa forma, experiências de adoecimento são compartilhadas pelas próprias mulheres.

O cuidado, caracterizado pela atenção, zelo, responsabilidade umas com as outras, revela a construção de sentidos e significados que vão na contramão da lógica dominante. A maior dádiva que essas mulheres podem fazer circular é o cuidado, atenção e carinho entre si. Circulação gratuita, livre e espontânea, mas também obrigatória, para que possa gerar reciprocidade e vínculo. Os indivíduos coletivamente – inclusive inconscientemente – constroem formas de subverter a realidade opressiva na qual se encontram. Aprender a cooperar uns com os outros é fundamental nessa proposta terapêutica. Enquanto a sociedade competitiva é individualista, estabelecendo vencedores e perdedores, as práticas corporais coletivas procuram ressaltar a participação conjunta.

Você tem que fazer algo que te dá prazer. Aqui na UERJ eu consigo fazer as atividades físicas com prazer. Você vê gente, vê vida (63 anos, viúva, professora).

Aqui as pessoas tem prazer de estarem juntas. Recebem apoio uma das outras. Há acolhimento aqui. Eu tenho me sentido melhor. Eu mudei mesmo. eu aumentei minha qualidade de vida (50 anos, casada, secretária).

Suman et al. (2009) investigaram a eficácia a longo prazo de um programa de tratamento não-farmacológico intensivo durante três semanas para mulheres com fibromialgia, incluindo exercícios aeróbios, individualmente prescritos e monitorados, e terapia comportamental cognitiva. Após 12 meses, a intensidade das dores, as áreas de dores no corpo e o número de *tender points* diminuíram significativamente, o que levou aos autores concluir que mesmo exercícios físicos e psicoterapia breve (três semanas) podem ser uma estratégia de enfrentamento do adoecimento, trazendo melhoras significativas para a saúde. Zanni (2009) reitera que o tratamento mais recomendado na atualidade é a psicoterapia, a farmacoterapia e os exercícios físicos.

Saúde é relação social e afetiva

Provar que o exercício físico faz bem para a saúde é necessário, mas não suficiente. Por quê? Porque o conhecimento científico sobre exercício físico e saúde não implicam em permanência nas práticas corporais. Não é questão de conhecimento racional ou de entendimento, mas de adesão socioemocional a um conjunto de práticas coletivas que contribuem para ressignificar a dor e o sofrimento.

O que grande parte das mulheres com fibromialgia está procurando ao entrar no projeto de extensão da UERJ é uma forma de aliviar o sofrimento e curar suas dores. Contudo, o que encontram é uma possibilidade de transformar o sofrimento pelo movimento corporal coletivo. Elas experimentam novos valores através da gestualidade e da consciência corporal. Por isso podemos afirmar que saúde é relação social e afetiva. As mulheres com fibromialgia demandam acolhimento, afeto, atenção, cuidado que se combinam na relação social.

Eu sou muito de fazer amigos. Acho tão importante fazer amigos! Aqui acaba sendo meu segundo lar. E eu fiquei muito triste com a saída de muitas colegas. Isso me toca muito, porque eu sou muito sentimental. Dá um baixo-astral quando as pessoas não estão aqui. Não sei como te dizer. A minha alegria quando tinha

dez pessoas na sala era imensa. Uma coisa que é tão importante para nós. Se Deus me deu a oportunidade de estar aqui. Aqui é a minha segunda família. As professoras são doces. Eu as amo de coração. Eu amo minhas colegas. Uma me liga e diz para eu não deixar de ir. As mais velhas ajudam as mais novas. Trato-as como filhas. Tenho amigas aqui com 30 anos, idade da minha filha. Eu perguntei à professora quanto tempo que eu posso ficar aqui. Ela disse o tempo que eu quiser. Eu disse: que coisa boa. Fiquei igual criança (56 anos, casada, dona de casa).

Eu não sabia desse Projeto não. Uma pessoa da fisioterapia lá no meu trabalho me indicou aqui. Um dia me ligaram e eu vim a uma reunião. Foi em 2007. Foi em 8 de dezembro de 2007. Eu disse para a professora aqui: me chama logo pelo amor de Deus. Então em janeiro eu vim para outra entrevista e em março começou o Projeto. Eu gostei sempre. Nunca me atrapalhou em nada. Gostei de tudo. Aquilo me dava forças. Eu vendo os outros caminhando. Eu vendo todo mundo fazendo os exercícios. A força de vontade surgia. Aquilo é um incentivo muito bom. Os professores me orientam para eu ir no meu ritmo. Gosto muito da questão coletiva. É isso que nos dá entusiasmo. Os exercícios, as danças têm que ser em grupo. Isso me ajuda. O Projeto é minha vida. Fico alegre. Fico feliz. Cada dia um é estagiário novo que nos recebe. Não tenho queixa de nada aqui. Todos os estagiários e professores são muito bons (62 anos, divorciada, policial civil).

Fiz muitas amizades. Cheguei a pagar passagem e a pagar almoço para colegas que não tinham condições financeiras. Procurei contribuir com minha experiência e aprender com as colegas. Fiz grandes amizades aqui dentro (63 anos, viúva, professora).

Street et al. (2007) relatam que atividades físicas recreativas regulares contribuem para a saúde mental das pessoas. As que participam de atividades recreativas e de lazer gozam de melhor saúde mental. A redução da ansiedade e depressão está associada às atividades recreativas e prazerosas. Além disso, os autores afirmam que os benefícios não se reduzem aos praticantes, mas se estendem para as pessoas envolvidas indiretamente nas atividades, tais como familiares. É o que podemos perceber no grupo de mulheres com fibromialgia. Elas tornam-se mais dispostas para encarar a vida com suas vicissitudes e aprendem a lidar

melhor com o sofrimento. Tornam-se mais alegres e motivadas diante das atividades recreativas e cooperativas realizadas. Os professores e estagiários, por conseguinte, contagiam-se com a alegria coletiva e aderem emocionalmente ao clima, à aura ali manifesta.

Esse projeto me ajudou muito. Para você ter uma ideia, eu tinha quase 100 kg. Eu não sentava direito, eu não me movimentava direito, eu não falava direito. Eu me perdia aqui dentro da UERJ. Meu vizinho me viu e disse que eu estava muito bem. Perguntou o que eu estava fazendo, porque ele tinha me visto muito mal antes. Esse Projeto simplesmente me fez. Tirou uma pessoa e colocou outra. Sou outra pessoa. E não foi uma coisa devagarzinho não. Foi uma coisa muito forte. Eu voltei a falar, a respirar. A dor era tanta que eu não conseguia respirar direito. Eu começava a pensar nas pessoas e isso me deu força para vir. Hoje eu costuro. Eu não conseguia nem mexer as mãos. Essa blusa aqui foi eu que fiz. Eu to me encontrando novamente (49 anos, viúva, empregada doméstica).

O acolhimento dos profissionais é muito bom. Eu era descrente quando cheguei aqui. Aqui você vê que tem pessoas interessadas na sua melhora. Isso fez minha autoestima subir muito. O acolhimento é muito bom. Você conversa com um, conversa com outro. Todos falam a mesma língua. Você se fortalece no grupo (58 anos, casada, cozinheira).

Estou aqui há dez anos. O Projeto me ajudou muito. O dia que eu não venho aqui, pode ter certeza que não me sinto bem. O que mais me ajudou foi o grupo. Me deixa mais pra cima, mais alegre, mais animada. Quando eu não venho me sinto incompleta. Aqui é um aconchego. Sempre alguém cuidando de você. As pessoas te ajudam (54 anos, solteira, dona de casa).

Paluska e Schwenk (2000) também afirmam que a atividade física pode desempenhar papel importante no controle da ansiedade, depressão e síndrome do pânico. Exercícios aeróbios e treinamento de força reduzem significativamente os sintomas dessas doenças. Por isso, as pacientes são orientadas a se engajarem em atividades físicas semelhantes em outros locais. Os estudos biomédicos propõem inúmeros mecanismos psicológicos e fisiológicos distintos para explicar os benefícios da atividade física na saúde mental.

No entanto, não há explicação definitiva. O que percebemos é que, nesses momentos de alegria, elas podem resgatar a autoestima, o desejo de viver e de enfrentar o sofrimento. Novos sentidos são produzidos a partir do compartilhar de experiências verbais e corporais entre as mulheres com fibromialgia. Sendo assim, a saúde é estar junto com as amigas, aprendendo que é possível retomar o desejo de viver.

É bom ver que todo mundo passa pelas mesmas coisas. Todo mundo sente dor, tem depressão. Um dia um está melhor, outro dia está pior. Essa convivência está sendo ótima. Você não fica curada, mas a convivência está me fazendo muito bem. E as pessoas percebem. Meu reumatologista ficou espantado com a minha melhora. Até fez piada comigo. Minha terapeuta também se espantou, dizendo que eu estava muito melhor (45 anos, solteira, atendente de *call center*).

Eu carregava essa doença durante anos e ninguém descobria. Essa maldita fibromialgia. Eu cheguei aqui com muitas dores. Dores na coluna, nos joelhos, os pés como uma brasa. O projeto aqui me ajudou muito. Em tudo mesmo. Até na alegria de viver. As aulas me animam muito (56 anos, casada, professora).

Esse projeto? Foi maravilhoso. Gostei de tudo. Levo duas horas da minha casa até aqui. O exercício, as amizades, conhecer gente nova. Isso que me faz estar aqui (56 anos, casada, dona de casa).

Saúde é autoconhecimento

Ao longo da observação etnográfica, foi possível compreender que as mulheres estavam alienadas de seu próprio corpo. A experiência no TMF-UERJ contribuiu para que aprendessem a sentir o próprio corpo. Elas passaram a olhar para o próprio corpo, adotar hábitos de autocuidado, respeitando as possibilidades e limites próprios.

A gente aprende a fazer as coisas aos poucos, a respeitar nossos limites, a se conhecer, a não ultrapassar o limite, a fazer o que é possível. Eu nunca tinha tempo para isso ou aquilo. Hoje eu já penso em mim. Já penso em meu cuidar. A gente percebe que é capaz de fazer muitas coisas ainda (56 anos, casada, dona de casa).

Você aprende que não pode consertar tudo. Tem que ter limites. As coisas que eu fazia já faço poucas vezes. Com menor frequência. Com menos preocupação (54 anos, solteira, dona de casa).

O projeto procura ensinar as pacientes a se apropriarem do próprio corpo através da experimentação. Nesse sentido, as atividades físicas realizadas no projeto não são técnicas/instrumentos, mas práticas corporais de saúde com uma dinâmica vital singular.

Você aprende o seu limite. Aprende a não querer mais agradar a todo mundo. Você aprende a reajustar sua vida (58 anos, casada, cozinheira).

Estou aqui há três anos e crise de fibromialgia não tive mais. Aquelas crises de ficar um mês em casa sem vontade de fazer nada, não tive mais. Isso alavancou a minha vida. essa questão de olhar para o corpo, cuidar mais de mim. Aprendi a desacelerar. A conhecer os limites do meu corpo (50 anos, casada, secretária).

A fibromialgia são as dores do mundo. Quando começamos a enxergá-la desta forma, sabemos que temos que mudar muitas coisas em nossas vidas. Fazer uma verdadeira restauração dentro e fora de nós. É como se você fosse fazer uma faxina em seu armário. No princípio é muito doloroso, você enxergar a você mesma, como se fosse um espelho da alma. Com certeza o projeto da UERJ foi um divisor de águas para mim. Nos ajuda a nos conhecer melhor. A olhar para dentro de si (50 anos, casada, dona de casa).

Essas práticas corporais são práticas de saúde que qualificam os encontros. Estimulam o autoconhecimento corporal e a reencontro do sujeito consigo, prejudicada pelo sofrimento ao longo da vida.

Faz 23 anos que estou assim. Eu cheguei aqui muito doente. Agora estou bem melhor. Fui me desligando das coisas em casa. Fazia tudo correndo. Fui me desligando do meu marido. Me preocupava muito com ele. Aprendi a fazer as coisas aos poucos na minha casa. Hoje eu cuido mais de mim. Cuidava de todo mundo, menos de mim. Hoje aprendi a olhar mais para mim (58 anos, casada, faxineira).

Eu não sabia lidar com a fibromialgia. Eu sei que não tem cura, mas queria saber lidar com isso. E hoje aprendi. Eu coloquei toda a minha esperança aqui. Quando perguntaram minha expectativa eu disse logo que não queria cura, mas aprender a lidar com a fibromialgia. Eu sabia que precisava de mudanças, ser menos resistente, mesmo sabendo que não haveria cura. No início tinha muitas dificuldades, muitas dores. Depois que eu comecei aqui, nossa, melhorou muito mesmo. Estou muito bem mesmo! Quando

eu cheguei aqui estava dois meses em crise. Era um problema atrás do outro. E quando comecei esse tratamento, nossa, mudou muito! (40 anos, solteira, veterinária).

Hoje quando estou com dor faço meus exercícios de relaxamento. Mas só adquiri essa consciência quando cheguei aqui (61 anos, casada, professora).

Quando comecei aqui no Projeto me empolguei muito. Você podia dividir com as pessoas o mesmo problema. No trabalho ninguém entendia o que era fibromialgia e nossos sintomas. A gente não sabe nada. Não tem informações. E aqui aprendemos muito. Conhecemos o que é a fibromialgia. Descobrimos que homens também têm fibromialgia. Descobri que meninas novas com até dezoito anos podem ter fibromialgia. Fui descobrindo muita coisa nesse grupo, sobre alimentação, saúde. A gente divide as experiências e aprende. Você percebe que tem coisas que você tem, mas os outros também têm. Você acha que está fora do mundo quando descobre a doença. E quando chega num grupo como esse você aprende (35 anos, divorciada, cozinheira).

Eu não acreditava na UERJ, serviço público! Aí fui chamada aqui. Tive que virar minha vida do avesso para fazer esse tratamento. E desde que comecei aqui estou há mais de seis meses sem ter nenhuma crise. Fui melhorando. Uma das coisas que mais gostei aqui é que você aprende a ter um tempo para você. Eles te ensinam a separar um tempo da sua vida específico para cuidar de você mesma. Isso foi fundamental para mim aqui na UERJ. E foi ótimo (33 anos, casada, professora).

Considerações finais

Chegando ao final deste capítulo, queremos fazer algumas considerações. O objetivo inicial da pesquisa foi compreender e interpretar sentidos e significados que mulheres com fibromialgia atribuem às práticas terapêuticas corporais em um projeto de extensão na UERJ. A possibilidade de generalizar os resultados obtidos está intimamente ligada à profundidade da análise teórica e conceitual, aliada ao rigor metodológico utilizado. No entanto, é preciso ficar claro que não pretendemos generalizar nossos resultados para as mulheres brasileiras com fibromialgia. Nosso estudo foi elaborado com

um conjunto de mulheres com características sociais, econômicas e psicofísicas específicas, isto é, mulheres que pertencem a determinado contexto. Por isso, foi imprescindível ouvir essas mulheres.

Gaspard (2009) afirma que a fibromialgia é um acontecimento sociopolítico e sócio-histórico. Como todas as patologias modernas, encontramos aqui uma imprecisão entre o normal e o patológico. Os médicos se mostram reticentes em legitimar e dar estatuto científico de doença à fibromialgia, mesmo com todas as consequências que podem resultar disso. A razão dessa resistência da biomedicina se deve, em primeiro lugar, à característica subjetiva dos distúrbios apresentados (dor crônica, fadiga generalizada, mal-estar, distúrbios do sono). Explicações biomédicas como déficit neuroquímico serotoninérgico, desordem do sistema nervoso autônomo, desregulação encefálica de controle da dor, desordem central da modulação da dor e desordens no eixo diencéfalo-hipófise são comuns para tentar explicar a etiologia da fibromialgia. No entanto, ainda são insuficientes e muito precárias segundo a própria comunidade científica.

Para Gaspard (2009), não podemos negar que os tormentos pós-modernos privilegiam as experiências sensoriais e emocionais da dor. A fibromialgia é o efeito de uma lógica de expressão patológica do corpo; é uma manifestação corporal do sofrimento oriundo de relações opressivas. O sofrimento diante da existência se somatiza, podendo se concretizar em um diagnóstico de fibromialgia. Trata-se, portanto, da somatização do mal-estar gerado pelas precárias e dolorosas relações socioculturais existentes em torno de sua pessoa.

Como este estudo socioantropológico não está baseado em uma ciência experimental em busca de leis, não nos cabe fazer afirmações conclusivas verdadeiras sobre a fibromialgia, mas somente conclusões válidas para nosso campo de estudo e nossas questões de pesquisa. Os resultados obtidos nessa pesquisa não se direcionam em torno da generalidade ou representatividade numérica. No projeto, constatamos dois sentidos atribuídos pelas alunas/pacientes à saúde a partir da terapêutica desenvolvida: “saúde é relação social e afetiva” e “saúde é autoconhecimento”.

O primeiro sentido refere-se aos laços sociais e afetivos – anteriormente rompidos – que são resgatados e revitalizados quando

as mulheres com fibromialgia encontram outras mulheres que compartilham seus sinais e sintomas. Pacientes que chegaram ao projeto considerando-o a última tentativa de melhora, em estados graves de adoecimento, tiveram melhoras significativas constatadas não somente pela equipe de profissionais da UERJ, mas principalmente por seus médicos particulares, que desconhecem o projeto. O número de pacientes encaminhadas a esse Projeto tem crescido, pois esses médicos, diante da melhora da saúde de suas pacientes, passam a orientar que outras procurem esse serviço.

A terapêutica utilizada na UERJ (psicoterapia, dietoterapia, práticas corporais, atividades educativas e informativas) nunca se propõe a curar as pacientes, mas sim a ajudá-las a resgatar algo significativo em suas vidas que em algum momento foi perdido. Os casos são variados, desde estupro a insatisfação profissional. Contudo, todos têm em comum o fato de evidenciarem a solidão afetiva em que vivem. O tratamento desenvolvido na UERJ procura ajudar a paciente a resgatar laços sociais e a conhecer o próprio ser; conhecer o corpo, senti-lo, ouvi-lo a fim de que possam adquirir autonomia para o cuidado.

Essas mulheres se sentem cuidadas no projeto. É aqui que elas aprendem a revitalizar a existência; é aqui que novos padrões de relações são criados, resgatando o cuidado. O contexto das relações impulsiona o movimento corporal dotado de sentidos. Se o corpo tem uma lógica de expressão patológica que é a fibromialgia, ele também pode se expressar com vitalidade e alegria. Assim, o sentido de autoconhecimento foi destacado pela totalidade das mulheres ao afirmarem que tiveram a oportunidade de aprender mais sobre como cuidar do corpo, da saúde, de si mesmas. Diante disso, as práticas corporais coletivas – chamadas de exercícios físicos, pela literatura biomédica – constituem-se cada vez mais como estratégia diferencial de revitalização da saúde. O caráter lúdico de algumas atividades coletivas é essencial para resgatar a alegria e a autoestima, tão minadas pela dor crônica.

Através de ritos existentes nas práticas corporais lúdicas, é possível assegurar um duplo papel do lúdico: sacralizar a prática das atividades instaurando um espaço-tempo próprio e, segundo, assegurar a coesão do grupo através de rituais de pertencimento. O fortalecimento da

consciência coletiva durante as atividades lúdicas favorece a coesão social. Nesse sentido, os rituais de sacralização ultrapassam meras regras das atividades, mas regulam a conduta social das pacientes envolvidas de maneira que o estar com o outro passa a ter um efeito de reforçar os sentimentos de pertencimento coletivo (Segalen, 1998).

Diante disto, é preciso ressaltar que as atividades lúdicas são momentos de criação. A ludicidade possui sempre um espaço para a liberdade e a criatividade. Não há processo criativo sem um componente lúdico. A possibilidade de criar diz respeito a novos significados para o viver. Se as pessoas perderam a vontade de viver, se elas sentem um esvaziamento de sentidos em razão do sofrimento vivenciado, o momento criativo surge como a possibilidade de dar um novo sentido à existência. O lúdico aumenta a potência de agir.

Novos valores que favoreçam a expansão da vitalidade e da saúde são construídos coletivamente durante a permanência das práticas corporais, de modo que os encontros alegres proporcionam aumento da felicidade. É importante ficar claro que os resultados aqui obtidos não são válidos para atividades físicas regulares individuais. A coletividade da prática de saúde é condição para a ressignificação do adoecimento, pois a natureza social reencontra-se diretamente com a natureza biológica do ser humano. Mauss (2003) afirma que há fatos que evidenciam a ligação direta entre físico, psicológico, moral e social. Da mesma forma que sujeitos das tribos da Austrália e Nova Zelândia morrem por causas coletivas, há pessoas que vivem por causas coletivas. Não que a melhora da saúde e da qualidade de vida de mulheres com fibromialgia ocorra em razão da sugestão psicológica, mas o caráter da coletividade propicia condições psicossociais de aumento da vitalidade. Pequenas conquistas cotidianas e informações apreendidas no projeto permitem que essas mulheres, antes limitadas à apatia e melancolia, possam resgatar o desejo de viver.

Mauss (2003, p.350) afirma que a consciência é “invadida por ideias e sentimentos que são totalmente de origem coletiva”. Para nós, a categoria *subjetividade*, mais adequada que *consciência*, é afetada pela coletividade, isto é, pelo grupo de alunas e profissionais de saúde com

um propósito único: viver bem. Sentimentos de abandono, desespero, desequilíbrio emocional, tristeza, melancolia, são comuns em mulheres com fibromialgia, porém esse estudo nos permite compreender e inferir que a participação assídua em práticas corporais coletivas provoca um salto na qualidade de vida a partir da sociabilidade gerada.

Mulheres com fibromialgia aprendem a conhecer o próprio corpo, respeitar os limites e mudar o que carece de mudanças. Não se busca a cura, mas o restabelecimento de uma vida alegre, repleta de potência de agir/existir/viver. O conjunto de práticas corporais coletivas aliado a psicoterapia pode ser considerado como estratégia não-farmacológica eficaz para mulheres diagnosticadas com fibromialgia, permitindo a produção de novos sentidos para o viver através da saúde com autoconhecimento, acolhimento, afeto.

Ressalta-se a necessidade de realizar mais estudos, tanto qualitativos como quantitativos, capazes de investigar inúmeras lacunas teórico-metodológicas existentes nesse trabalho. Nenhum pesquisador – de qualquer área do conhecimento – tem condições de nos fornecer um conhecimento completo da fibromialgia, sua etiologia e os melhores tratamentos. Há necessidade de novas pesquisas, tanto no campo da Saúde Coletiva como da Educação Física, de modo a complementar esta análise pioneira, contribuindo para o estudo da fibromialgia.

Se o corpo se tornou central nas experiências contemporâneas, as queixas somáticas trouxeram novas interrogações e novas categorias médicas, tal como a *fibromialgia*. O sofrimento é a experiência de perda do sentimento comum e da possibilidade coletiva de se comunicar e interagir. E as práticas corporais, conforme pudemos compreender, permitem ressignificar esse sofrimento.

Diante das limitações certamente encontradas pelo leitor e apesar dos inúmeros estudos relacionando exercício físico e fibromialgia (Ang et al., 2007; Jones et al., 2006; Meyer; Lemley, 2000; Tomas-Carus et al., 2009; Young; Brown, 2003) sugerimos novas pesquisas, a fim de alcançar a finalidade principal do projeto de extensão do LAFISAEF/IEFD/UERJ: promover gratuitamente estratégias terapêuticas a todas as pessoas a partir do investimento em práticas corporais regulares, psicoterapia e acompanhamento nutricional rumo à autonomia.

Referências

- AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY. The American College of Rheumatology 1990: criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, v.33, n.2, p.160-172, Feb. 1990.
- ANDRADE, S.C.; CARVALHO, R.F.P.P; VILAR, M.J. Physical exercises for fibromyalgia: muscle stretching vs. physical conditioning. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v.12, n.6, p.520-521, dez. 2008.
- ANDRIEU, B. Pratiques corporelles. In: ANDRIEU, B.; BOETSCH, G. (Org.). *Dictionnaire du corps*. Paris: CNRS, 2008.
- ANG, D. et al. S. Exercise-based motivational interviewing for female patients with fibromyalgia: a case series. *Clinical Rheumatology*, v.26, n.11, p.1.843-1.849, Nov. 2007.
- ARBORIO, A.-H.; FOURNIER, P. *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*. Paris: Nathan Université, 1999. (Collection Sociologie, 128).
- AUQUIER, L. et al. La fibromyalgie. *Revue de Médecine Interne*, v.29, n.2, p.161-168, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEAL, C.C.; STUIFBERGEN, A.K.; BROWN, A. Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychology Health & Medicine*, v.14, n.3, p.343-353, May 2009.
- BERGSON, H. *Cartas, conferências e outros escritos*. São Paulo: Abril Cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores).
- BOURDIEU, P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.
- _____. *A dominação masculina*. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007a.
- _____. *A distinção: crítica social de julgamento*. São Paulo: EdUSP, 2007b.
- BUSCH, A. et al. C. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.3, 2002.
- CATHEBRAS, P.; LAUWERS, A.; ROUSSET, H. La fibromyalgie: une revue critique. *Annales de Médecine Interne*, Paris, v.149, n.7, p.406-414, 1998.
- CAVALCANTE, A.B. et al. A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, São Paulo, v.46, n.1, p.40-48, jan./fev. 2006.
- DURKHEIM, E. *Les règles de la méthode sociologique*. Paris: Flammarion, 2009.
- _____. *Le suicide: Etude de sociologie*. Paris: PUF, 2007.
- ESPINOSA, B. *Ética: demonstrada à maneira dos geômetras*. São Paulo: Martin Claret, 2005 (Coleção A Obra-prima de Cada Autor).
- EVANS-PRITCHARD, E.E. Algumas reminiscências e reflexões sobre o trabalho de campo. In: EVANS-PRITCHARD, E.E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005. p.243-255. (Coleção Antropologia Social).

- GASPARD, J.-L. Le corps du refus dans notre modernité: l'exemple de la fibromyalgie. In: _____; DOUCET, C. (Dir.). *Pratiques et usages du corps dans notre modernité*. Toulouse: Érès, 2009 (Collection L'Ailleurs du Corps).
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- _____. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- GOLDENBERG, D.L. Using multidisciplinary care to treat fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychiatry*, v.70, n.5, May 2009.
- HOLLA, J. et al. Recreational exercises in rheumatic diseases. *International Journal of Sports Medicine*, v.30, n.11, p.814-820, Aug. 2009.
- JONES, K.D. et al. A comprehensive review of 46 exercise treatment studies in fibromyalgia (1988–2005). *Health and Quality of Life Outcomes*, Sept. 2006.
- KURTZE, N. Fibromyalgia: effect of exercise. *Tidsskrift for den Norske Laegeforen*, v.24, n.19, p.2475-2478, Oct. 2007.
- LE BRETON, D. *Anthropologie de la douleur*. Paris: Métailié, 1995.
- LUZ, M. O vazio nas relações sociais na cultura atual. In: DA POIAN, C. (Org.). *Formas do vazio: desafios ao sujeito contemporâneo*. São Paulo: Via Lettera, 2001b.
- MALINOWSKI, B. *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos Arquipélagos da Nova Guiné Melanésia*. São Paulo: Abril Cultural, 1976. (Coleção Os Pensadores).
- MAUSS, M. As técnicas corporais. In: _____. *Sociologia e antropologia*. V.2. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1974a.
- _____. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. *Sociologia e antropologia*. V.2. São Paulo: EPU, 1974b.
- MAUSS, M. Efeito físico no indivíduo da ideia de morte sugerida pela coletividade (Austrália, Nova Zelândia). In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.
- _____. A expressão obrigatória dos sentimentos: rituais orais funerários australianos. In: _____. *Ensaio de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 2005. (Coleção Estudos, 47). p. 325-335.
- MERLEAU-PONTY, M. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard, 1976.
- MEYER, B.; LEMLEY, K. J. Utilizing exercise to affect the symptomology of fibromyalgia: a pilot study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v.32, n.10, p.1691-1697, Oct. 2000.
- PALUSKA, S.A.; SCHWENK, T.L. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, v.29, n.3, p.167-180, mar. 2000.
- SEGALEN, M. *Ritos e rituais contemporâneos*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.
- STREET, G.; JAMES, R.; CUTT, H. The relationship between organised physical recreation and mental health. *Health Promotion Journal of Australia*, v.18, n.3, p.236-239, Dec. 2007.

SUMAN, A.L. et al. One-year efficacy of a 3-week intensive multidisciplinary non-pharmacological treatment program for fibromyalgia patients. *Clinical and Experimental Rheumatology*, v.27, n.1, p.7-14, Jan./Feb. 2009.

TOMAS-CARUS, P. et al. A. Improvements of muscle strength predicted benefits in HRQOL and postural balance in women with fibromyalgia: an 8-month randomized controlled trial. *Rheumatology*, Oxford, v.48, n.9, p.1147-1151, Sept. 2009.

VALKEINE, H. et al. Physical fitness in postmenopausal women with fibromyalgia. *International Journal of Sports Medicine*, v.29, n.5, p.408-413, May 2009.

VAN DER KOOI, E.L.; LINDEMAN, E.; RIPHAGEN, I. Strength training and aerobic exercise training for muscle disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.25, n.1, Jan. 2005.

VAN SANTEN, M. et al. S. High or low intensity aerobic fitness training in fibromyalgia: does it matter? *The Journal of Rheumatology*, v.29, n.3, p.582-587, mar. 2002.

WACQUANT, L.J. D. *Corps et ame: carnets ethnographiques d' um apprenti boxeur*. Paris: Agone, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Is fibromyalgia included in the International Classification of Diseases?* Disponível em: < <http://www.who.int/classifications/help/icdfaq/en/>>. Acesso em: 10 maio 2010.

YOUNG, M.J.; BROWN, B.S. Effects of aquatic exercise and education on fitness, pain, and perceived health status in fibromyalgia. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v.35, n.5, May 2003.

ZANNI, G.R. Diagnosing and treating fibromyalgia. *Consult Pharm*, v.24, n.8, 2009.

Práticas e saberes na alimentação: natural, racional ou social?

MARIA CLÁUDIA V. SOARES CARVALHO

[...] tentou-se mostrar aqui como a racionalidade moderna se organizou em torno da conquista pelo conhecimento de um objeto construído que denominou Natureza, e que controlou progressivamente através de disciplinas científica.
(Luz, 1988, p.37)

O título deste texto faz alusão à obra *Natural, racional e social razão médica e racionalidade científica moderna*, em que Madel Luz propõe uma reflexão sobre a construção de saberes no campo da saúde na perspectiva das ciências sociais que se tornou referência para os estudos sobre objetos complexos da Saúde Coletiva. As concepções do mundo contemporâneo, assim como a de Natureza na ciência moderna, seguem um modo de pensar que é também social e “funciona como estrutura epistemológica de explicação e ordenação dos seres e do mundo, e como princípio moral das relações entre os homens e as coisas, e dos homens entre si” (1988, p.28). Nesse sentido, acreditamos que um modo de pensar as práticas alimentares pode ser através da conceituação, estratégica no campo da pesquisa científica como método de investigação das questões que se colocam sobre a vida e a saúde do homem atual.

A pesquisa sobre sistemas médicos complexos, coordenada por Luz no IMS/UERJ, desenvolveu um eixo teórico ancorado no conceito de racionalidade médica, que levou, no momento seguinte

da pesquisa, a uma ramificação, a das Práticas e Saberes em Saúde. O método desenvolvido por Luz, associado à vertente pós-estruturalista de conhecimento praxiológico de Bourdieu, foi estratégico para relativizar concepções, antes tidas como absolutas, situar a posição do pesquisador no trabalho de campo, identificando tendências e forças que se organizam como regras de um jogo e se constroem e reconstroem continuamente.

Um conceito representa um núcleo denso de racionalidade que se propõe a ser operativo, para Luz, como uma caixa de ferramentas na construção de um objeto de estudo. É necessário tanto adequar os conceitos ao objeto, como adequá-los uns aos outros, experimentá-los, reconstruí-los e também compará-los. “Um conceito não traz em si a exigência de ser sempre o mesmo, mas de ser explicitado de modo que possa ser operacional no contexto em que está sendo utilizado.” (Carvalho, 2002, p.26). Para serem operativos na prática, os conceitos devem evitar a polissemia, evitar serem tomados como meras palavras, ou termos soltos e descontextualizados. Descrevê-los superficialmente não seria suficiente, usando as palavras de Geertz, é preciso “ganhar acesso ao mundo conceptual no qual vivem os nossos sujeitos, de forma a podermos, num sentido um tanto mais amplo, conversar com eles.” (1989, p.17). Assim, perceber um contexto com sua infinidade de elementos de interpretação, implica uma seleção capaz de ordenar e classificar esses elementos neste mesmo contexto para “descobrir as estruturas conceptuais que informam os atos dos nossos sujeitos.” (1989, p.19).

Conceituar, então, segundo Carvalho e Luz (2008), é definir um ponto de vista, selecionar os fundamentos, argumentos e teorias que vão sustentar essa construção, pois “não é necessário conhecer tudo para poder entender uma coisa” (Geertz, 1989, p.14), e por fim, mas não necessariamente nesta ordem, nos posicionar eticamente diante da experiência. Escolher um autor, uma teoria implica estar junto com eles, assumi-los como parceiros, não cegamente, mas conscientemente de suas limitações na experiência vivida. As práticas, nos termos de Pinheiro e Luz (2003), mais do que aplicação ou verificação de ideias, são agentes nas transformações sociais, políticas e econômicas, e também fonte de transformações, de pensamento e de sentidos. O

reconhecimento de costumes, hierarquia de valores e símbolos na prática reproduz uma estrutura social que pode representar estratégias, como por exemplo, as de socialização e de inserção social. O que não quer dizer que na condição de praticantes estejamos conscientes de uma estrutura social, nem que a transformação social seja inteiramente determinada por alguma motivação consciente.

A prática alimentar moderna nos grandes centros foi objeto de pesquisa da tese de doutorado sobre estilos naturais de alimentação no Brasil urbano, produzida nesta linha de pesquisa Práticas e Saberes em Saúde (Carvalho, 2009). Um estilo de alimentação, longe de ser homogêneo, contém uma riqueza de elementos que expressam transformações culturais e sociais, como por exemplo, aquelas relacionadas às discrepâncias entre discurso e prática, o que Contreras e Arnaiz (2005) chamariam de *décalage*. Na prática, é mais fácil entender e gostar dos alimentos porque eles estão junto com os gestos, sorrisos, carinhos ou até hostilidade e repugnância. No entanto, quando se transformam em texto escrito, os alimentos e as ações concretas precisam de contexto, de história, de reflexão, de alguma lógica e muita atenção para na seleção dos detalhes das ações.

A observação, ainda que metódica, da realidade, não coincide inteiramente com a própria realidade. O trabalho científico por mais que busque ser fidedigno à realidade, é capaz de ver somente uma parte dela. Quando diante do objeto, o olhar do pesquisador ilumina uma parte da realidade, e deixa outra na sombra. Segundo Bourdieu, há “estruturas invisíveis que organizam o percebido, determinando o que se vê e o que não se vê,” (1997, p.23). Na prática, essas estruturas invisíveis podem ser disposições e projetos futuros, que se reconstruem no presente, mas que tem seu embrião em um passado, socialmente inscrito nos corpos. Bourdieu desenvolveu o conceito de *habitus*, que opera essas disposições na prática: “maneiras duradouras de ser ou de fazer que encarnam nos corpos [...]. O corpo socializado (o que se chama indivíduo ou pessoa) não se opõe à sociedade: é uma de suas formas de existência.” (1980b, p.29), o que articula *habitus* a um modo de entender sociedade e nos leva a tomar decisões.

Como perceber o que é da ordem da coletividade na ação concreta de um indivíduo? Como compreender o que, nas sensações de prazer

e de nojo, sensações tão singulares na alimentação, são da ordem da coletividade? As dificuldades para superar a dicotomia “indivíduo e sociedade” são concretas. Segundo Silva, “a metodologia nas ciências sociais devem partir de regularidades verificáveis tanto nos processos intra e interindividuais como nas análises de fatos e instituições sociais” (2003, p.44). Somente podemos entender o gosto e desgosto que o indivíduo sente de acordo com as circunstâncias, em que está inserido, em uma história socialmente datada, retornaremos a essa questão. Não podemos isolar o gosto nos alimentos, ele se inscreve no corpo como processo de percepção, sendo reforçado ou transformado a todo momento na sociedade. Nos termos de Serres “a pele mostra a própria história, de modo visível nas rugas e cicatrizes, ou invisível nas lembranças de seda ou na timidez do tato sutil [...]. A pele vira porta-bandeira, quando porta impressões.” (2001, p.18). A sociedade respira com nossos pulmões porque ela vive em nosso corpo.

Em uma passagem de Guimarães Rosa em *Grande Sertão Veredas*,¹ um grupo de jagunços, após dias em situação de penúria sem comer nada, abate uma caça, reconhecida inicialmente como um macaco, por uns. Reunidos, os jagunços comemoram e se alimentaram com muito gosto e satisfação. Dias depois, após encontrar uma mulher desfigurada vagando pelo sertão procurando seu filho perdido, perceberam que o tinham comido, e logo em seguida vomitaram o que havia e o que não havia mais em seus estômagos, com uma sensação profunda de desgosto. O mesmo alimento, que deu prazer ao ser ingerido como uma caça comestível, causou repugnância quando os jagunços tomaram consciência que haviam comido um ser humano. Embora essa seja uma passagem literária, ela representa o quanto a sensação do gosto é uma construção social, pois está atrelada à cultura de um grupo social.

Não podemos dizer que um alimento é considerado de sabor desagradável, porque tem sabor amargo, por exemplo, pois este sabor pode ser apreciado, em outro grupo de pessoas. Em algumas culturas os homens ainda consideram os alimentos de sabor amargo perigosos (Flandrin; Montanari, 1998); em outras, valorizam-no, como o chá

¹ Última edição em 2006, da Nova Fronteira.

verde na China, cujo sabor amargo é apreciado e é parte de um ritual popular. Tampouco podemos atribuir somente às condições biológicas da língua esse poder – assim fosse, assumiríamos que as papilas gustativas seriam diferentes entre os homens dos grupos. O gosto não está nem no alimento, objeto, nem no corpo, sujeito, mas na sua interação. O que observamos é que a construção do gosto depende também da construção dos sentidos e dos significados que os alimentos podem assumir em determinada prática, e não está restrito à dimensão biológica de um corpo – pois esta não é soberana. Nem tampouco o gosto se configura de modo abstraído, restrito somente à dimensão social. O gosto se constrói na incorporação daquilo que é da ordem do coletivo, de uma cultura, experimentado e vivido por cada um – o que, ou como, cada um é capaz de incorporar e se apropriar do alimento na prática. Aquilo que compreendemos como da ordem do coletivo se realiza na vida de cada um de nós, pois, nos termos de Geertz, “os homens: eles também, até o último deles, são artefatos culturais” (1989, p.36).

O indivíduo incorpora, quer ele queira ou não, quer ele saiba ou não, os valores da cultura e por isso o conceito de corpo foi um núcleo central na compreensão das práticas de alimentação, se constituindo como uma categoria de análise que demonstra densidade, profundidade, materialidade e permeabilidade.² O corpo pode ser compreendido de forma integral, como algo que ao mesmo tempo que se constitui como um todo, uno, é constituído por aspectos múltiplos³ que se realizam e se expressam em suas relações sociais. A concepção de corpo, investida de suas relações na diversidade da vida, o que Bourdieu denomina corpo socialmente informado, permite interpretações múltiplas, pois o mundo social constrói o corpo, assim como também é constituído por ele. Até mesmo as diferenças entre o corpo masculino e o feminino seguem um

[...] princípio de visão social que constrói a diferença anatômica e que é esta diferença socialmente construída que se torna o fundamento

² Ver em Carvalho (2008) a representação gráfica de corpo como núcleo central das práticas, com uma esfera com camadas de uma mesma cor, em intensidades diversas.

³ Linha de pensamento espinosana. Sobre isso, ver Espinosa (1992).

e a caução aparentemente natural da visão social que a alicerça, caímos em uma relação circular que encerra o pensamento na evidência de relações de dominação inscritas ao mesmo tempo na objetividade, sob forma de divisões objetivas, e na subjetividade, sob forma de esquemas cognitivos que, organizados segundo essas divisões, organizam a percepção das divisões objetivas (2002, p.20).

A percepção, portanto, é própria de um corpo, mas que é organizado no conjunto de uma sociedade, numa organização que é construída por ele mesmo numa relação de reciprocidade com o todo. O corpo se percebe como bonito, masculino ou feminino na medida em que esses modos, incorporados, se reconhecem dessa forma. São múltiplas as formas e manifestações da incorporação da cultura. Não acreditamos com isso que somos prisioneiros da condição de reproduzir uma história, uma cultura, mas que vivemos em um processo contínuo de construção do corpo, impregnado de cultura. A sensação de comer um alimento está ligada à forma como o percebemos, o conhecemos, está associada aos significados que atribuímos a ele, o que, segundo Bourdieu, é quase inevitável sentir o gosto “ele está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas [...], e em estado incorporado, nos corpos e nos *habitus* dos agentes, funcionando como sistemas de esquemas de percepção, de pensamento e de ação” (2002, p.17).

Csordas reproduz a teoria da prática de Bourdieu associada à fenomenologia de Merleau-Ponty para dar conta da percepção como experiência, onde o corpo é o sujeito dessa experiência. Assim, por um lado, não há uma percepção correta, ela é dada no momento de acordo com suas possibilidades de existência. Segundo ele, a percepção não começa nos objetos, eles são o final da percepção. Embora o objeto seja real, ele não é totalmente dado à percepção ou ao conhecimento. No processo de objetivação, a construção do que um objeto venha a ser é parcial no sentido que jamais terminará, e esse caráter de devir, ou de incompletude. Por outro lado, o fenômeno não é totalmente aleatório, há um acordo, um reconhecimento de papéis que os legitima, e que Csordas atribui ao conceito de *habitus*, como um princípio unificador, conjunto de condições objetivas da existência.

A incorporação da experiência pelos sujeitos como guia da percepção na teoria de Csordas inclui o universo imaginário de Appadurai como um combustível numa forma coletiva. A imaginação é capaz de ajustar as regras de um jogo e orientar ações em um determinado campo. Quando incorporada como ela se dá na existência, opera como disposição para ação “A imaginação está agora no centro de todas as formas de acção, é em si um facto social e é componente-chave da nova ordem global.” (2003, p.31). É no sentido de nos tornarmos perceptíveis às disposições de uma “nova” ordem global capaz de orientar as práticas de alimentação que nos propomos a refletir conceitualmente sobre categorias, como comportamento e hábito alimentares.

No âmbito da alimentação, o uso dos termos *hábito*⁴ e *comportamento alimentar* está por demais incorporado a um discurso cotidiano. São utilizados na maior parte das vezes como sinônimos, de modo mecânico, sem demandar uma delimitação em seu uso cotidiano, como meras palavras. Talvez decorrente do fato de que quase sempre quando um nutricionista propõe um tipo de alimentação, ele espera que o outro desenvolva um comportamento equivalente, e que em seguida este se torne um hábito alimentar. No entanto, dependendo do modo que este esquema alimentar é construído, em boa parte das vezes este não passa de um comportamento alimentar provisório ou eventual, e os dois termos acabam se sobrepondo na prática, com um mesmo uso, o que gera polissemia. Comparamos estes dois termos com o conceito de *habitus*, próprio do campo das Ciências Sociais a fim de delimitá-los melhor.

Tanto comportamento quanto hábito alimentares são definidos em relação ao contexto, e estão sujeitos às influências de aspectos sociais, econômicos, históricos e culturais, além dos nutricionais e fisiológicos. No entanto, possuem diferenças de sentido. O comportamento alimentar implica uma ideia que pode ser profundamente específica de um modo de se alimentar, mas não tem uma preocupação com a duração da ação como a de hábito. Traduz uma prática sem a pretensão de situá-la no tempo, e dessa forma não expressa um processo contínuo, porque não tem a obrigação de relacionar um

⁴ Ver variações no uso desse termo fora do Brasil em Pons (2005).

momento a outro – que se segue, o que não ocorre com a ideia de hábito alimentar. Hábito alimentar prevê uma certa assiduidade na ação objetiva, a repetição de um “mesmo” consumo alimentar em um espaço de tempo mais longo que o comportamento, o que prediz, de alguma maneira, uma tendência à continuidade. Assim, enquanto falar em comportamento alimentar garante a descrição de uma prática alimentar que pode ser eventual, falar em hábito alimentar implica uma prática com um caráter processual, em um espaço de tempo marcado pela continuidade e repetição. O termo *hábito alimentar* envolve uma disposição adquirida pra repetição, e assim como comportamento, em sua condição de termo de uso corrente na área, segundo Sandra Pacheco, tem dificuldade de “abarcas elementos não contemplados no modelo biomédico” (2008, p.220). Seguir uma dieta pode fazer parte do comportamento alimentar de uma pessoa, mas não necessariamente faz parte de seu hábito alimentar, no sentido de uma prática com certa continuidade, embora possa se tornar um hábito.

Enquanto a concepção de hábito alimentar informa com certa superficialidade os aspectos do “ser” do sujeito ou se limita à descrição de práticas alimentares com ênfase no consumo de alimentos, *habitus*, indica uma diferença de sentido que amplia sua abrangência para questões intrínsecas a um “modo de ser”, com profundidade e densidade. O conceito de *habitus*, segundo Bourdieu, representa um tipo específico de disposição para a ação que expressa aquilo que o corpo incorporou através de sua vivência em determinada realidade social.

Segundo Bourdieu (1989), as condições materiais de existência estão interligadas ao valor simbólico dos bens e das práticas, pois as práticas produzem o sistema de crenças, de valores etc., numa relação subordinada, embora não determinística. A construção da realidade social depende da visão do agente, que, por sua vez, depende da posição que ele ocupa no mundo e da estrutura social que a perpetua ou a transforma. As ações objetivas se orientam por disposições expressas por elementos componentes do campo de relações, que ao se reposicionarem no campo se atualizam e podem modificar essas disposições. Segundo Ortiz (1994), a conduta humana está relacionada aos fatores reais que a condicionam a um certo objeto futuro (projeto) que ela tende a dar nascimento. *Habitus* são essas

disposições duráveis que tendem a conformar a ação, um princípio que gera e estrutura as práticas e representações, que podem ser regulamentadas sem com isso serem produtos de regulamentação (com finalidades), sem querer conscientemente atingir um fim – dito de outra forma, um princípio que gera práticas organizadas sem serem o produto de uma ação organizada.

Habitus está além de comportamento: engloba-o. É, assim, um conceito que constitui um recurso básico na interpretação dos sentidos e significados das práticas alimentares. “Cada agente, quer ele saiba ou não, quer ele queira ou não, é produtor e reproduzidor de sentido objetivo: porque suas ações são o produto de um *modus operandi* do qual ele não é o produtor e do qual não tem o domínio consciente” (Bourdieu, 1983, p.72). A vida social é objetiva e antecede ao sujeito, à família, à classe social etc.: uma forma social de ser. As práticas reproduzem essas formas, o *habitus*, um *ethos* na ação, no modo de almoçar, por exemplo. Nessa prática, o consumo de um prato principal rico em proteína com acompanhamentos bem servidos expressa *habitus* do comer do trabalhador, aquele que se encontra competente para o trabalho. Essa prática reproduz uma “pré-disposição” inconsciente, internalizada, que sustenta uma posição de direito, de vigor, força ou robustez, e se, ao contrário disso, no almoço houver somente alimentos doces como frutas e frutos, ainda que estes estejam adicionados de complementos nutricionais para se chegar ao mesma composição de nutrientes, isso colocaria a maior parte dos trabalhadores brasileiros em posição de fragilidade social podendo essa prática significar desalento, debilidade ou incompetência para o trabalho. As práticas alimentares podem, sem uma razão nutricional, colocar uma pessoa em situação de desvantagem social, fraqueza, privação e fome. Segundo Bourdieu, os *habitus* fazem sentido porque as pessoas não o fazem com uma “intenção significativa”.

A prática é, ao mesmo tempo, necessária e relativamente autônoma em relação à situação considerada em sua imediatidade pontual, porque ela é produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* [...] só podemos, portanto, explicar essas práticas se colocarmos em relação a *estrutura* objetiva que define as condições sociais de produção do *habitus* (que engendrou essas práticas) com

as condições do exercício desse *habitus*, isto é, com a *conjuntura* que, salvo transformação radical, representa um estado particular dessa estrutura (Bourdieu, 1983, p.65).

O fenômeno da *lightnização* na alimentação nos grandes centros vem se constituindo como um hábito alimentar contemporâneo que cada vez mais expressa uma predisposição do homem moderno, uma forma de ser na realidade social contemporânea, que segundo Lígia Santos (2003, p.315), “pode representar um processo de *lightinização* da existência.”. Uma prática *light* de alimentação nas camadas médias da população pode inserir o sujeito numa posição social de destaque e garantir-lhe um lugar de prestígio. Da mesma forma que uma alimentação pesada, com muita gordura, pode excluí-lo dessa posição, se estamos observando uma camada social média. *Light* é uma categoria recente que representa um “menos” com um significado de melhor e de saudável. Pode representar uma resposta positiva a um modo de vida contemporâneo estressante que incorpora excessos considerado não saudáveis, dando um sentido de relaxamento e bem-estar à vida, uma forma de sobreviver ao ritmo global acelerado e pesado. Comer menos faz parte das “recomendações legitimadas pelo discurso científico” (Santos, 2003, p.194) como bom para saúde.

Mesmo sem consciência, reproduzimos a *lightinização* nas práticas alimentares como predisposição para alcançar uma posição social favorável. As formas de ser podem reproduzir modos conhecidos, contrapor-se a eles ou ainda transformá-los em um campo de ação em que cada ação social implica uma rede de relações e de regras, “os agentes fazem os fatos científicos é até mesmo fazem, em parte, o campo científico, mas a partir de uma posição nesse campo – posição essa que não fizeram – e que contribui para definir suas possibilidades e suas impossibilidades” (Bourdieu, 2003, p. 25).

As possibilidades se colocam nas regras do jogo no campo e podem ser confirmadas, reprodução, ou transformadas, produção, pelos agentes na prática a todo momento. Foi possível acompanhar o uso de ferramentas conceituais de Bourdieu em campos diversos, por exemplo, quando ele discute questões de gosto na sociedade francesa em *La distinction, critique sociale du jugement* (1979), com relação ao

papel do sociólogo em *Os usos das ciências sociais, por uma sociologia do campo científico* (2003), nas questões de gênero em *A dominação masculina* (2002), no papel do jornalista e da TV em *Sobre a televisão, seguido de a influência do jornalismo e os jogos olímpicos* (1997).

A natureza do campo, que não é constante, implica um jogo de interesses e de forças que se reconstrói a todo momento. Para Bourdieu, “o campo é um jogo no qual as regras do jogo estão elas próprias postas em jogo” (2003, p.29). Um campo obedece a leis próprias, mais ou menos específicas, que organizam os agentes, os valores, as forças internamente. “Um “bom historiador” é alguém de quem os bons historiadores dizem que é um bom historiador. É necessariamente circular” (Bourdieu, 1997, p.82). No entanto, se por um lado os agentes ganham força no campo de acordo com suas regras internas, por outro estão sujeitos também às leis do mundo social, de um modo que pode ser mais ou menos autônomo. Quanto mais autônomo um campo for, em relação aos outros campos que se articula, mais “poder” e menos “escravo” este será.

Posição esta de autonomia, que, infelizmente, numa perspectiva neoliberal, não nos encaixamos na prática. Nascemos numa sociedade de capitalismo dependente, e nessa posição estamos submetidos a uma economia em um estágio de hegemonia sobre o planeta denominada de globalização.⁵ A globalização impõe pressões condicionantes no modo de vida das pessoas transformando as paisagens locais, o que implica uma aquisição de diversos padrões em nosso cotidiano alimentar. Segundo Diez Garcia (2003), dois movimentos acentuaram o processo de globalização no campo da alimentação: a diversificação de produtos amplamente distribuídos, e a passagem da cozinha tradicional, com a preparação de pratos típicos, para uma cozinha industrial. As pressões são como uma lei invisível que é incorporada e que nos impõem exigências, o que em nossa posição terceiro-mundista, de capitalismo periférico, não seguir essa “lei” pode significar uma pena de exclusão. Vale refletir sobre como podemos ser excluídos de uma economia que nem se quer chegamos a escolher, nem a participar de decisões? A imposição da modernização como um valor positivo representa uma

⁵ Ver crise da saúde em Luz (2003).

espécie de violência simbólica no sentido que não a “escolhemos”, ela “se exerce com a cumplicidade tácita dos que a sofrem e também, com frequência, dos que a exercem, na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la” (Bourdieu, 1997, p.22).

Segundo Renato Ortiz (1994), o reconhecimento da produção administradas por uma classe dominante, quando implicam um “desconhecimento” das forças que combatem simbolicamente, mantém a reprodução das regras sem transformá-las. O conceito de campo é operacional para uma análise que pode desvendar mecanismos profundos de poder. Ele acrescenta que a reprodução das regras no campo pode não ser somente ritualística e ceder lugar a uma transformação dessas relações de forças como ocorreu, por exemplo, na Reforma Protestante e na Revolução Francesa. No entanto, não nos aprofundaremos nos mecanismo de poder numa dimensão macro: nos termos que Ortiz desenvolve, esse é somente um exemplo de utilização de um conceito. Retornamos aos recursos do conceito de campo, mais voltado para a alimentação e saúde.

Um campo não se orienta totalmente ao acaso. Nem tudo nele é igualmente possível ou impossível em cada momento. No campo da alimentação, não é por acaso que as dietas milagrosas e as notícias espetaculares de alimentos fantásticos, embora sejam consideradas pouco competentes, intervêm no campo sem serem imediatamente desqualificadas. As informações massificadas sobre alimentação disseminadas na TV seguem interesses econômicos do mundo global e agem como um “formidável instrumento de manutenção da ordem simbólica” (Bourdieu, 1997, p.20) que determina o que pode ou não ser dito. Essa fragilidade é expressão do quanto o campo da alimentação e saúde é não tem autonomia, de quanto ele segue um comando externo a ele, como o do campo da comunicação capaz de manter uma ordem simbólica independentemente de seus interesses. A informação é um elemento da mídia eletrônica de massa que contribui para a construção e reconstrução de um universo imaginário. Será preciso ir além do conteúdo da informação para perceber o jogo de interesses e suas regras no campo da comunicação e como esse interfere no da alimentação e saúde, pois são os mecanismos invisíveis que dão à mídia esse poder de manter uma determinada ordem. “É preciso

assinalar desde já, entretanto, que os efeitos da ordenação racional da realidade são de natureza política e social” (Luz, 1988, p.4).

Segundo Appadurai (2003), a imaginação tornou-se um campo organizado de práticas sociais, uma forma de negociação de ação e de possibilidade coletivamente orquestrada. A TV, segundo Bourdieu (1997, p.28), leva à existência, cria e faz ver as informações quando as nomeia, as apresenta ao público. Um programa na TV “pode fazer ver e fazer crer no que faz ver”, o que dá a ela um certo poder no processo de construção do imaginário. Digo certo poder porque ela, por sua vez, não é totalmente livre pra fazer crer naquilo que apresenta, ela sofre os reflexos da globalização através da pressão dos índices de audiência, o que a leva à propagação de “ideias feitas”, uma espécie de *fast-thinking* (que segundo este autor, são aquelas aceitas por todos, banais e comuns) como uma forma de tornar a comunicação rápida, quase instantânea. Isso nos faz retornar aos interesses econômicos de uma classe dominante, citados por Ortiz, no mundo global neoliberal, que delimitam as ações objetivas e interferem no comportamento dos agentes no campo específico. As possibilidades de uma emissora de TV dependem da posição que ela ocupa na estrutura social de um modo mais global, que lhe confere mais ou menos poder no campo da comunicação. Se por um lado, uma emissora de TV exerce uma pressão no campo da alimentação através das informações que veicula, também sofre pressões econômicas através índice de audiência e, nesse sentido, ambos os campos estão sujeitos à globalização, e a autonomia de ambos depende de uma posição favorável numa estrutura maior que lhe confere mais ou menos força.

Assim, o conceito de campo nos esclarece como os agentes produzem sua força e como são desenvolvidas estratégias para “se libertar dessas imposições externas e ter condições de reconhecer apenas suas próprias determinações internas” (Bourdieu, 2003, p.21). Esclarecer as regras e os interesses contribui na percepção de uma estrutura social subjacente ao campo e pode favorecer uma democratização real de forças,

[...] cometemos o erro de conceber as estruturas como sendo, estáticas, fazendo, assim, da mudança, ora um princípio heterogêneo, ora um fenômeno interno, mas de natureza patológica. Ao contrário,

é necessário afirmar a primazia da mudança, e considerar a estrutura como a forma em que se traduz, para o observador, a apreensão instantânea e artificial de uma realidade móvel. Porquanto a natureza só nos mostra as mudanças: se as sociedades humanas, se as culturas fazem parte da natureza, segue-se que as estruturas não são mais que as interseções, no tempo e no espaço, dos processos em vias de mudança e de desenvolvimento. É impossível captar as estruturas se não se compreendem os processos (Lévy-Strauss, 1977, p.217).

Para compreender as preferências de um grupo de pessoas por um estilo de alimentação foi necessário perceber uma estrutura social que orienta a (re)produção ou transformação dos padrões e de práticas, segundo Geertz “em qualquer sociedade particular, o número de padrões culturais geralmente aceitos e frequentemente usados é extremamente grande, o que torna o trabalho analítico de selecionar apenas os padrões mais importantes e reconstituir quaisquer relações que possam ter uns com os outros uma tarefa vertiginosa.” (1989, p.151). Apropriamo-nos consciente ou inconscientemente dos mecanismos que asseguram a reprodução ou transformação de uma estrutura social que representa uma experiência subjetiva, *a priori* incorporada nos agentes, que na prática são potencialmente capazes tanto de reproduzi-la como de transformá-la. A observação das ações sociais pode apreender elementos dessa estrutura, elementos de sistemas de preferência socialmente construídos, pois segundo Bourdieu, “é a estrutura das relações objetivas entre os agentes que determina o que eles podem ou não fazer. Ou, mais precisamente, é a posição que eles ocupam nessa estrutura que determina ou orienta, [...] suas tomadas de posição” (2004, p.23), o que significa dizer que as ações concretas dos agentes tanto estão condicionadas por uma estrutura quanto, elas próprias, condicionam essa estrutura social, numa relação de reciprocidade.

Numa ação social, se por um lado os agentes podem ser livres e autônomos para sua realização, por outro eles dependem e são influenciados por um “outro”, imaginário ou não. Weber esclarece essa relação quando define que “uma ação social (incluindo tolerância e omissão) orienta-se pelas ações de outros, que podem ser passadas, presentes ou esperadas como futuras (vingança por ataques anteriores [...]). Os outros podem ser individualizados e conhecidos ou então

uma pluralidade de indivíduos indeterminados e completamente desconhecidos” (1977, p.139). O que distingue uma ação social é que “o sentido da própria ação de nenhuma forma pode ser sempre especificado com absoluta clareza, nem é sempre consciente, nem muito menos plenamente consciente” (Bourdieu, 1977, p.140). Os sentidos e os significados fazem parte daquilo que faz uma ação ser social como uma forma objetivável, parte de uma estrutura mental, que, segundo Bourdieu, corresponde a uma estrutura social ou objetiva.

O difícil nessa reciprocidade conceitual é que podemos começar a análise tanto pela potência ativa no agente, estruturadora de uma ação social, quanto por sua capacidade passiva de reprodução da estrutura social em que está inserida. Partindo do princípio de que, numa análise interpretativa, estamos priorizando um ponto de vista, e que isso pode alterar os sentidos, perguntamos a todo momento: por onde começar pela estrutura que determinou a ação, ou pela ação que determinou a estrutura? Como resolver esse impasse? Por onde começar a interpretação, já que essa ordem pode alterar o resultado final? É nesse sentido que acreditamos que a conceituação demanda seleção de fundamentos e argumentos.

A questão da reciprocidade em Weber contribui nesta questão. A categoria reciprocidade isoladamente não informa os sentidos presentes ou imaginados em uma ação, embora esclareça a concepção de *estrutura estruturante e estruturada* em Bourdieu. Nos termos de Weber, “por ‘relação’ social deve-se entender uma conduta de vários – referida reciprocamente conforme seu conteúdo significativo, orientando-se por essa reciprocidade. A relação social consiste, pois, plena e exclusivamente, na probabilidade de que se agirá socialmente numa forma indicável (com sentido)” (1977, p.142). Portanto, a resposta está no contexto social. Os sentidos estão objetivados na realidade social de alguma forma, e se articulam com os conceitos. A percepção da realidade social que vai delimitar a construção do contexto social e que vai ser capaz de expressar a estrutura social. Por um lado, percebemos aquilo “que não se precisa dizer, a súplica do amor insigne, as intuições incríveis que faíscam como um raio, o encanto que perdura após a atitude” (Serres, 2001, p.102) e, por outro, sistematizamos esse universo na construção de um contexto com os sentidos.

A construção dos sentidos e significados segue uma articulação entre os elementos percebidos nas práticas de alimentação e as possibilidades de pensá-los, iluminada pelos conceitos. Os sentidos fazem parte de um imaginário social em que as possibilidades sonhadas e os receios das pessoas em suas relações com o outro, são segundo Geertz, “amontoados ordenados de símbolos significativos [por intermédio dos quais] o homem encontra sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive” (1989, p.150). Ainda segundo Geertz, “do ponto de vista particular, tais símbolos são dados, na sua maioria. Ele os encontra já em uso corrente na comunidade quando nasce e eles permanecem em circulação após a sua morte, com alguns acréscimos, subtrações e alterações parciais dos quais pode ou não participar” (1989, p.33).

Assim sendo, perceber uma estrutura social subjacente através da conceituação implica desequilibrar as verdades consideradas absolutas e universais, e torná-las mais relativas e peculiares, “se há uma verdade, é que a verdade está em jogo nas lutas” (Bourdieu, 1989b, p.293). A alimentação é uma prática social culturalmente construída, que não se restringe a um conjunto de nutrientes. Articula o natural, o racional e o social e se constitui como um espaço privilegiado para observação de nossa realidade contemporânea. Acreditamos que a conceituação pode contribuir na organização das impressões e subjetividades que envolvem, por exemplo, o efeito de um encanto, ou do apetite que ele provoca, porque os conceitos são sensíveis aos significados e sentidos nas práticas de alimentação e nossa contribuição é inserir o campo social na Nutrição.

Referências

- APPADURAI, A. *Modernity at large, cultural dimensions of globalization*. London: University of Minnesota Press, 2003.229p.
- CARVALHO, M.C.V. *Reconstruindo o conceito de obesidade*. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- CARVALHO, M.C.V.; LUZ, M.T. Práticas de Saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface*, Botucatu, v.12, n.29, abr-jun 2009.

- CONTRERAS, J.H.; GRACIA-ARNAIZ, M. *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Barcelona: Ariel; 2005.
- BOURDIEU, P. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.
- _____. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- _____. *La distinction*. Paris: Edition de Minuit, 1979.
- _____. *La Nobless d'État*. Paris: Edition de Minuit, 1989a.
- _____. *Le Sens Pratique*. Paris: Edition de Minuit, 1980a.
- _____. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989b.
- _____. *Os usos sociais da ciência, por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo. UNESP, 2003.
- _____. *Question de sociologie*. Paris: Ed. Minui, 1980b
- _____. *Sobre a televisão, a influência do jornalismo e Os jogos Olímpicos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- CSORDAS, T. Embodiment as a paradigm for anthropology. *Journal of the society for psychological Anthropology Ethos*. California. 1990, n.18. p.5-47.
- ESPINOSA, B. de. *Ética*. Lisboa: Relógio d'água, 1992.
- FLANDRIN, J-L.; MONTANARI, M. A história da Alimentação. São Paulo: Liberdade, 1998.
- GARCIA, R.W.D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Revista de Nutrição*. Campinas, v.16, n.4, 2003.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O cru e o cozido*. São Paulo: Cosac & Naif, 2004.
- LUZ, M.T. *Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- _____. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas em saúde no Brasil Atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001, p.17-37.
- _____. *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- ORTIZ, R. A procura de uma sociologia da prática. In: _____. (org.) *Pierre Bourdieu*. São Paulo, Ática, 1994. p.7-36.
- PONS, S.C. Pontos de partida teórico-metodológicos para o estudo sociocultural da alimentação em um contexto de transformação In: CANESQUI, A.M.; GARCIA, R.W.D. *Antropologia e nutrição: um diálogo possível*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.101-126.

SANTOS, L.A.S. *O corpo, o comer e a comida, um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA, 2008.

SERRES, M. *Os cinco sentidos, filosofia dos corpos misturados*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

WEBER, M. Ação social e relação social. In: MARTINS, J.S.; FORACCHI, M. *Sociologia e Sociedade: leituras de introdução à sociologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977. P.139-144.

O exemplo das medicinas alternativas holísticas

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA

A demanda pelas formas “não-oficiais” de consumo de bens e serviços de saúde intensificou-se nas últimas décadas e, como sublinha Luz (1996), seu sucesso não pode ser explicado senão pela presença de um “mal-estar cultural” que tem muito a ver com aquilo que Illich, na introdução à *Nêmesis*, denominava de “crise de confiança” na medicina moderna. Mas, observa essa pesquisadora, outros fatores motivaram essas pessoas, de diferentes camadas sociais, a buscarem recursos terapêuticos holísticos, mesmo que seja de maneira misturada com o uso da medicina moderna. Havia, já nos anos 80, toda uma nova sensibilidade cultural, que, de uma forma menos radical do que preconizara a contracultura dos anos 60, procurava instaurar modalidades mais “naturais” de consumo, nas esferas da alimentação, das práticas de corpo e das terapias:

Esses sistemas terapêuticos e práticas de medicação tinham originalmente em comum uma posição antitecnológica em relação à saúde e, nesta perspectiva, tendentes ao naturismo. Defendiam formas simplificadas e não invasivas no tratamento de doenças, o consumo de medicamentos oriundos de produtos naturais (não “químicos”), e uma proposta ativa de promoção da saúde (distinta do preventivismo médico), ao invés da postura tradicional de combate às doenças, característica da medicina científica hegemônica (LUZ, 1996, capítulo VII, p. 305).

Poder-se-ia acrescentar a essa observação que o tipo de promoção da saúde a que dão lugar nada tem a ver com a obsessão atual com os riscos. De fato, trata-se de terapias que, além de raramente serem iatrogênicas, não apontam para a necessidade de empregar o risco como instrumento de responsabilização. Luz enfoca nesse capítulo da história da homeopatia no Brasil um fenômeno de fundo mais amplo que vem alimentando a demanda pela homeopatia e outras modalidades holísticas de racionalidade médica: a crise cultural que aflige os usuários da medicina moderna. Há uma atitude de reflexividade pragmática por parte dos seus clientes, que pode ser assim sistematizada: a) maior consciência quanto à possibilidade de iatrogenese ocasionada pelos procedimentos de diagnóstico e de terapia; b) desconfiança no poder de cura dos agentes oficiais da medicina; c) insatisfação no relacionamento médico-paciente e no contato com a instituição de saúde, e insatisfação, de um modo geral, com os resultados obtidos através do cuidado institucional.

Essa reflexividade pragmática, estendida ao conjunto das práticas de saúde, faz com que muito da medicina contemporânea possa ser vista como frustrante e insatisfatória - o que ela dita, o que ela faz e pede em sua pretensão terapêutica e com seu aparato tecnológico não tem mais sentido para as crenças que hoje guiam a vida de muitas pessoas. Por que uma prática não-ortodoxa como a homeopatia (que rigorosamente não é tradicional) pode alcançar tanto sucesso nesse contexto? Os motivos apontados por Madel Luz só são convincentes se adotamos uma perspectiva cultural. É a perspectiva de que o ritual da razão médica e os pronunciamentos do seu sumo-sacerdote, o médico, deixaram de ser legítimos. Por muito tempo, como denuncia Illich, eles foram aceitos e foram obedecidos na medida em que portavam os símbolos da modernidade. Mas agora não despertam mais confiança, porque a técnica perdeu sua aura mágica. Em relação a essa crise cultural da medicina, aludida por Luz, as práticas de medicina holística dão um bom exemplo porque mostram de que modo as pessoas hoje estão menos interessadas no ritual simbólico da tecnologia e mais no que lhes é satisfatório, no que faz parte do seu cotidiano e de suas crenças fundamentais.

Como se repara esse elo de confiança entre as crenças das pessoas e as práticas terapêuticas com seus agentes fora do caso da medicina holística? O neoprofissionalismo de inspiração bioeticista tenta dar uma resposta a esta questão nos limites que lhe são permitidos pela medicina ocidental “reformada” e que busca estabelecer suas próprias bases éticas e técnicas para dar maior lugar à autonomia de seus clientes. Mas creio que as medicinas holísticas têm avançado mais, pois não estão em meio de uma reforma desesperada para se adequarem aos novos tempos: na verdade são seus clientes que, tendo mudado a si mesmos, em suas crenças sobre o que querem na vida, buscam o que está de acordo com essas crenças reformadas.

A maioria dessas formas de prática e saber, sobretudo as de origem oriental, está inserida numa cultura que sustenta uma cosmovisão de harmonia entre corpo, mente e universo, incorporada a uma forma de viver milenar. A homeopatia e muitas terapias holísticas ocidentais também estão fundadas em sistemas de crenças similares, embora mais recentemente formados, e dos quais seu sistema terapêutico é visto como uma parte. Portanto, a terapia já está integrada existencialmente a uma forma de viver e de ver o mundo, com ênfase nessa harmonia da ordem cósmica para qual a prática terapêutica deve estar voltada em seus propósitos de cura ou prevenção.

O exercício daquilo que é o equivalente das virtudes nesses sistemas assume uma expressão energética e vitalista, de tal modo que a ênfase na harmonia não equivale a uma concepção quietista nem estática dessa relação corpo-mente-cosmo. Não há como associar a ideia de risco a cada doença como uma “entidade” específica, numa relação inequívoca e individualizada. Aqui, a concepção sobre como as doenças são originadas não serve para alimentar o círculo vicioso da sociogênese dos riscos. Se existe uma preocupação com algo similar a um risco é esta: que o homem, por suas escolhas em seu modo de viver – sua nutrição, seu ritmo somático diário, suas emoções e desejos – perturbe essa harmonia, não de uma maneira leve e corriqueira, o que logo é superado pelas forças vitais internas, mas por causas que atuem de forma drástica e prolongada. A obsessão com os riscos não encontra aqui um terreno fértil nem na figura da

iatrogênese nem na figura da imposição de uma mudança de vida para cada risco identificado. Em outras palavras, o holismo desses sistemas terapêuticos, decorrente de sua crença básica na harmonia de uma totalidade cósmica a que se subordina a saúde, contorna os riscos das enfermidades individuais e os redescreve como ruptura global de uma relação com uma ordem do macrocosmo ou da “natureza” do qual o indivíduo faz parte. Ora, esse risco único e global, que não é parte de uma *fortuna*, nem produzido pelo caos do universo, mas decorre do destino escolhido pelo indivíduo para o seu modo de viver, chama atenção apenas para uma única e básica responsabilidade do indivíduo para consigo mesmo.

O paciente da medicina holística não tem necessidade de fazer a mágica de acreditar no médico descrendo da medicina. Médico e paciente estão desde o início entrelaçados pela mesma crença fundamental, a despeito de ser reconhecido que um tenha acumulado maior saber do que o outro. A satisfação com essa relação e com o curso terapêutico não depende de nenhuma surpresa ou artifício técnico ou comunicacional – vem com a espontaneidade dos que falam a mesma língua numa mesma aldeia. A satisfação é construída na relação e não por uma correspondência abstrata com expectativas anteriores do cliente. Este modelo, por razões óbvias, é difícil de ser imitado pela medicina alopática ocidental:

As medicinas alternativas sobressaindo nesse caso a homeopatia, tendem a ver a relação médico-paciente como um elemento importante da cura, um guia seguro de indicação de evolução do tratamento. O aspecto psicológico, além do simbólico, é aqui evidentemente importante, e coloca para a medicina convencional uma questão crucial face à eficácia médica e resolutividade de questões de saúde da clientela de serviços públicos: grande parte dessa eficácia e resolutividade resultam da satisfação que os pacientes encontram no seu tratamento. Tal satisfação deriva, por sua vez, de uma relação socialmente complexa (em que estão presentes elementos simbólicos e subjetivos) estabelecida entre os dois termos. A satisfação, portanto, não deriva apenas de uma racionalidade técnico-científica, que tende, aliás, a ignorar a dimensão humana envolvida na relação terapeuta-paciente. O sucesso das medicinas alternativas deriva em grande parte da maneira como essas medicinas

estabelecem a relação com seus pacientes. Esta relação poderia servir como um parâmetro de discussão para a medicina institucional na atualidade, colocando-se em pauta a importância do aspecto simbólico em qualquer sistema terapêutico (Luz, 1997).

O conceito de satisfação avançado por essa análise tem de ser destacado como totalmente distinto de um atendimento a uma expectativa de consumo na forma em que aparece nas teorias gerenciais contemporâneas. Não se trata de um “serviço” que corresponda a uma imagem antecipada pelo desejo do cliente. O que se pretende implicar por essa virtualidade de satisfação é a situação em que a totalidade do relacionamento médico-paciente faz sentido para a totalidade das crenças embutidas no estilo existencial escolhido pelo indivíduo que momentaneamente se apresenta como paciente. Não é uma questão de consumo de um artigo qualquer, mas de saber se o que cada um obtém das práticas de saúde é algo realmente relevante e gratificador dentro do seu modo de se ver no mundo.

A pergunta fundamental é: confio o suficiente nessa relação, para que eu possa fazer também a minha parte, e para obter na relação um bem conveniente para minha saúde? Posto de uma maneira mais geral: esta relação tem para mim o mesmo significado de minhas outras escolhas dentro de meu modo de existir e para as minhas mais caras crenças? Estas perguntas costumam ser respondidas positivamente pelos que aderiram às medicinas holísticas. Mas, para muitas situações, essas pessoas continuam a recorrer em forma suplementar à medicina ocidental. O que surge daí é um certo sincretismo moderno/tradicional que não obedece a uma concepção unitária da vida. Tal sincretismo não se constitui, no entanto, num novo dualismo cartesiano onde, por exemplo, a problemática religiosa seja mantida num mundo espiritual separado da cosmovisão mecanicista. No caso, nada obedece a uma separação rigorosa nem gera esferas estanques, já que uma mesma pessoa sincretiza, sem nenhum critério claro, muitas formas de viver, formas que podem parecer antagônicas para a modernidade clássica.

A adoção das práticas holísticas tem a ver com uma interpretação do mundo e do corpo, prescreve certas condutas, mas não se submete a uma autocertificação racional com a verdade de cada crença embutida

nessas condutas como tampouco dá origem a uma vontade de evitar todos os riscos. Por certo é prudente considerar certas advertências (como no caso da Aids), mas elas podem ser resumidas a um mínimo que não perturbe tanto a vida do indivíduo. Para os demais riscos, basta confiar na atitude existencial básica de harmonia que seguramente já por si contorna o que os médicos consideram um dos maiores fatores de risco à saúde no mundo contemporâneo – o estresse.

Assim, submetendo-se essas práticas a uma revalorização dentro de um ecletismo cultural, desaparece a exigência de racionalidade unificadora: o que unifica é o modo de viver. O conflito entre razão e tradição não é resolvido por via da argumentação ou do diálogo, mas por via da convivência pacífica, em que um lado pode questionar o outro, mas a fonte de tradição não é considerada ilegítima simplesmente porque contraria a ciência. As pessoas esperam com a adoção das medicinas holísticas trocar a certeza que se tornou incerta, ou seja, o saber científico da medicina moderna, por uma autossatisfação e uma confiança que resultam de uma microcultura compartilhada, portanto, contam com a cumplicidade dos que lhes prestam cuidados, na reação conjunta à cultura dos riscos que a medicina estimula através dos seus estilos de vida ditados pela chamada *promoção da saúde*.

Referências

LUZ, M.T. *Arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. 1ed. São Paulo: Dynamis, 1996.

_____. Cultura contemporânea e outras medicinas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis Revista de saúde Coletiva*, v.7. n.1, 1997.

SOBRE OS AUTORES

CHARLES D. TESSER – médico; doutor em Saúde Coletiva pela Unicamp; professor no Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde da UFSC.

DANIEL LUZ – acupunturista, professor de kung fu e tai chi chuan; coordenador da equipe de medicina tradicional chinesa do Projeto Racionalidades Médicas do IMS-UERJ de 1993 a 1997. Endereço eletrônico: paraodaniel@gmail.com

EVAIR A. MARQUES – Pedagoga e psicóloga.

HYLTON SARCINELLI LUZ – médico homeopata, dirigente da Organização Homeopatia Ação pelo Semelhante. Endereço eletrônico: hyltonluz@uol.com.br

KENNETH ROCHEL DE CAMARGO JR – médico, doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; pós-doutorado na McGill University, Canadá; professor adjunto no IMS-UERJ. Endereço eletrônico: kenneth@uerj.br

LEANDRO DAVI WENCESLAU – médico, mestre em pedagogia pela UFPe; professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Viçosa. Endereço eletrônico: correiodoleandro@gmail.com

MADDEL THEREZINHA LUZ – Socióloga; doutora em Ciências Sociais/Política pela USP. Professora Titular Aposentada do IMS-UERJ; professora colaboradora do PPGSC-UFF, do PPGSC e do PPGSo da UFRGS. Endereço eletrônico: madelluz@uol.com.br

MARIA CLÁUDIA VEIGA SOARES CARVALHO – Nutricionista, doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ (2009); professora adjunta do Instituto de Nutrição Josué de Castro da UFRJ e professora colaboradora no Programa de Pós Graduação Alimentação, Nutrição e Saúde INU-UERJ; pesquisadora do grupo de pesquisa CNPq Racionalidades Médicas, na linha Saberes e práticas em saúde.

MARIA FREIRE CAMPELLO – médica, mestre e doutora em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ, médica homeopata da rede de atenção básica do município do Rio de Janeiro; professora de pós-graduação em Homeopatia na PUC-Rio de Janeiro. Endereço eletrônico: mariafcampello@gmail.com

MARILENE CABRAL DO NASCIMENTO – doutora em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ; professora adjunta no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade (ISC) da Universidade Federal Fluminense (UFF); integrante do grupo de pesquisa Racionalidades Médicas.

NELSON FILICE DE BARROS – Laboratório de Práticas Alternativas, Complementares e Integrativas em Saúde, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Endereço eletrônico: filice@fcm.unicamp.br

PAULO HENRIQUE MARTINS – sociólogo, professor titular de Sociologia da UFPE; bolsista de Produtividade Científica do CNPq e presidente da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS).

RAFAEL DA SILVA MATTOS – professor adjunto do Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ; pesquisador do grupo de pesquisa CNPq Racionalidades Médicas e Práticas de Saúde. Endereço eletrônico: profmattos2010@gmail.com

ROBERTO PASSOS NOGUEIRA – médico, mestre e doutor em Saúde Coletiva pelo IMS-UERJ; pesquisador do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - DF e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília.

