

RODOLFO FRANCO PUTTINI
LEILA MARRACH BASTO DE ALBUQUERQUE

AVENTURAS ANTROPO LÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE

**AVENTURAS
ANTROPO
LÓGICAS
NO CAMPO
DA SAÚDE**



**RODOLFO FRANCO PUTTINI
LEILA MARRACH BASTO DE ALBUQUERQUE**

AVENTURAS ANTROPO LÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

P993 Puttini, Rodolfo Franco; Albuquerque, Leila Marrach Basto de.
Aventuras antropológicas no campo da saúde. / Rodolfo Franco Puttini e Leila Marach Basto de Albuquerque. Prefácio de André Mota. – São Paulo: Annablume; Fapesp, 2014.
120 p. ; 14x21 cm

ISBN 978-65-5067-063-4

Formato: Livro Digital, 2024

Veiculação: Digital

1. Saúde Pública. 2. Saúde Coletiva. 3. Antropologia. 4. Sociologia. 5. Conhecimento. 6. Ciências da Saúde. I. Título. II. Puttini, Rodolfo Franco. III. Albuquerque, Leila Marrach Basto de. IV. Mota, André.

CDU 614:316.3

CDD 613

Catalogação elaborada por Ruth Simão Paulino

AVENTURAS ANTROPOLÓGICAS NO CAMPO DA SAÚDE

Projeto, Produção e Capa
Coletivo Gráfico Annablume

Imagem da Capa
Pintura de Amélia Montero de Melo (detalhe), 2013.

1ª edição: março de 2014

© Rodolfo Franco Puttini e Leila Marrach Basto de Albuquerque

Annablume Editora
Conselho Editorial
Eugênio Trivinho
Gabriele Cornelli
Gustavo Bernardo Krause
Pedro Paulo Funari
Pedro Roberto Jacobi

Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 554. Pinheiros
05415-020. São Paulo. SP. Brasil
Tel. e Fax. (011) 3539-0226 – Televidas 3539-0225
www.annablume.com.br

Sumário

PREFÁCIO.....	7
<i>André Mota</i>	
APRESENTAÇÃO.....	11
<i>Leila Marrach Basto de Albuquerque</i> <i>Rodolfo Franco Puttini</i>	
RELIGIOSIDADE E SAÚDE MENTAL.....	19
<i>Carlos Eduardo Marotta Peters</i>	
A RELIGIOSIDADE NA MEDICINA POPULAR	53
<i>Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo</i>	
A SOCIEDADE NO CORPO: MODERNIDADE E CORPOS FANTASMAIS	67
<i>Angel Martínez-Hernández</i>	
O MOVIMENTO DAS TERAPIAS HUMANIZANTES: CORPO, CULTURA E RESSIGNIFICAÇÃO DO HUMANO.....	87
<i>Paulo Henrique N. Martins</i>	

Nota prévia à edição digital

Rodolfo Franco Puttini

A presente edição em formato digital da coletânea “Aventuras Antropológicas no Campo da Saúde” nasce com uma motivação clara: tornar acessível, de forma gratuita, um material de grande relevância para estudantes universitários e demais interessados. Esta iniciativa atende a uma demanda antiga de nossos alunos do curso de Ciências da Saúde, que, há uma década, participaram de um evento acadêmico cujas reflexões e debates continuam atualizados.

A Antropologia é uma disciplina que amplia as fronteiras do pensamento no campo da saúde, questionando práticas estabelecidas e oferecendo novos caminhos para compreender o corpo humano, não apenas como objeto biológico, mas como expressão cultural e social. Esta obra celebra essa perspectiva, convidando os leitores a refletirem sobre a saúde como um campo em constante diálogo entre ciência e cultura, técnica e humanidade. O livro reúne temas que, hoje e sempre, permanecem cruciais para o campo da saúde: religiosidades, saúde mental, cultura popular, o corpo na modernidade e as possibilidades de terapias que humanizam o cuidado na prática médica e no trabalho dos profissionais de saúde. São reflexões enraizadas no campo das Humanidades e que permitem compreender o corpo humano não apenas como objeto da medicina, mas também como um sujeito cultural, espiritual e social. Com um novo ISBN, esta reimpressão em formato e-book, reafirma nosso compromisso de oferecer aos leitores um material interdisciplinar que promove uma visão ampliada sobre saúde e sociedade. Esperamos que esta versão digital amplie o alcance das discussões apresentadas e venha servir como um convite à investigação crítica e à construção de práticas mais integradas e humanizadas no cuidado em saúde. Boa leitura!

Prefácio

André Mota

Museu Histórico da Faculdade de Medicina-USP

“Essa visão do mundo que isola o corpo e suspende o homem como uma hipótese secundária e decerto negligenciável, hoje depara com uma resistência social e com um questionamento ético generalizado.”

David Le Breton

A relevante contribuição dessas *Aventuras sociológicas no campo da saúde* marca o encontro de temas e análises, que repercutem como a situação de sofrimento humano, bem como suas formas de controle e cura possuem na história humana formas diversas, compartilhando espaços de conhecimento, de poder e, por extensão, da própria manutenção do mundo. O corpo, essa estrutura vinculada às esferas que constituem a socialidade e historicidade de sua existência e expressão, será igualmente tratado, ora em suas maiores expressões, ora a ser calado, silenciado como forma da garantia do “saudável”, do “modo de andar a vida”, sendo convertido naquele “presente-ausente” da cena social, como bem lembrou o antropólogo David Le Breton.

Basta olharmos os primeiros movimentos da institucionalização dos “doentes mentais” no Brasil para encontrarmos logo nas primeiras descrições de documentos ou imagens, corpos a serem disciplinados pelas terapias psiquiátricas, ou pela releitura delas, indo das técnicas do uso da

violência para a contenção física e as técnicas da laborterapia, chegando às terapias biológicas, com o eletrochoque, a introdução do cardiasol e da malarioterapia. Entre tantas táticas e técnicas, ainda será possível encontrar corpos nus, abandonados até a morte e depois fartamente vendidos para que determinadas faculdades de medicina pudessem realizar os seus “estudos anatômicos”. Produção, digamos, de uma “patologia da pobreza lucrativa”, deixando marcas na visibilidade dos registros oficiais, mas igualmente nas suas entrelinhas, sendo os prontuários médicos um tipo documental extremamente rico para essa constatação.

Constatação de que entre aquele que sofre e aquele que promete a cura existe, na verdade, uma circularidade cultural de (re)conhecimentos e desconhecimentos, identidades e singularidades, desfazendo e refazendo caminhos traçados. A medicina popular ou as chamadas “artes de curar” nos dão uma clara noção histórica de como os sincretismos, as interpretações e a legitimidade da cura se encontram em planos que exigem outras racionalidades, outras formas de existência perante essas práticas. Mais que isso, sinaliza para uma circularidade da cultura dita erudita e popular, de longa duração que no caso brasileiro se configuram, ainda nos tempos jesuíticos, mas que podem ser encontrados seus rastros pelo ideário de cura popular em todo o território, como nas mãos ágeis e reza forte das benzedadeiras.

Contraposição de uma sociedade, que foi sendo marcada no século XIX pela célebre expressão de Karl Marx, de que “tudo que é sólido se esfumagaria”, deixando o homem enevado pelas fantasmagóricas incertezas da aceleração constante dos tempos, na diluição dos espaços e na impaciência frente a qualquer estabilidade, como se ela fosse responsável pela perda de algo, impedindo a própria felicidade humana, redundando num cidadão atrelado, de fato, à efemeridade do consumo e da mercadoria. Símbolos inequívocos de um ponto de cristalização de suas esperanças, já que

há uma promessa de felicidade em suas instâncias normativas, reaparecendo o corpo como substrato importante ao creditar nessa experiência, justamente, uma volta ao mito de Narciso pelas mãos do eterno rejuvenescimento, numa recaptura de um Cyborg-repaginado em contraposição ao Frankstein, o meio monstro meio homem do qual poderíamos nos transformar, último suspiro que o longo século XIX, como disse Eric Hobsbawm, ainda havia deixado.

Nesse momento atual de incertezas, como bem se pontua aqui, em que o indivíduo adoece e a sua cura pela biomedicina ainda está reduzida à imagens, números e marcações genéticas como se o corpo, enquanto *locus* de afetividade e singularidade, fosse um elemento dispensável, a reflexão sobre os tempos e os homens por esse conjunto de ideias nos leva a pensar em outras formas alternativas do cuidado e do acolhimento, ou seja, na retomada dos sujeitos, no compartilhamento e reconhecimento, inclusive, de outras terapias, que ainda oscilam pelos meandros de sua institucionalidade. Um “acontecimento”, que como todos os outros, só ganhará a força histórica pelo reconhecimento de sua existência e necessidade. Restará a nós a constatação, mesmo com a aceleração dos tempos, se é cedo ou tarde para identificarmos sua potência de mudança.



Apresentação

Leila Marrach Basto de Albuquerque
Rodolfo Franco Puttini

“En el arte de la escritura, y en todo lo demás, el comienzo es lo más importante. Cualquier principio es un grandioso momento de la vida, ensenja Ganesha, y las primeras palabras de una carta o de um libro son tan fundadoras como los primeros ladrillos de una casa o de un templo”.

(GALEANO, 2008).

O campo de conhecimento da Motricidade Humana, ou o que se produz comumente na área da Educação Física, abraça infinitas expressões corporais. Neste amplo espectro, vale refletir sobre as dimensões sociais e culturais que expressam as corporeidades constituídas coletivamente em uma época.

O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade do Instituto de Biociências da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Campus de Rio Claro, reserva a linha de pesquisa “A natureza social do corpo”, na área de concentração Pedagogia do Movimento, que se volta para a investigação das experiências corporais fundadas na cultura. Como líderes do Núcleo de Estudos *Corpo e Sociedade*, certificado pelo CNPq, reunimos um conjunto de iniciativas didáticas e de pesquisa voltadas para as possibilidades teóricas e empíricas das Ciências Sociais na compreensão e interpretação das experiências corporais humanas.

Esta coletânea é um dos resultados desses esforços e compreensão de as palestras realizadas por ocasião do “1º. Seminário de Ciências Sociais e Humanas no Campo da Saúde: Estado da Arte”. Sob o rótulo “Aventuras Antropológicas no Campo da Saúde” intencionamos inaugurar um campo de reflexão para profissionais, partindo de temas pouco valorizados nas escolas de saúde. Para tal, ousamos questionar o Método, desorganizar a Ciência e abrir espaço para Indisciplinas que acolham o dado impuro e o resultado inconcluso. As palavras de Mário Benedetti (1988) dão o tom desta nossa aventura:

Todo mandato é minucioso
e cruel
eu gosto
das frugais transgressões

[...]

obedecer cegamente deixa
cego
crescemos
somente na ousadia

só quando transgrido alguma
ordem
o futuro
se torna respirável

A nossa inspiração maior, todavia, foi Marcel Mauss (1974) que, em 1934, considerou as técnicas corporais como atos fisiopsico-sociais, contrariando as bem comportadas separações entre cultura e natureza que sustentam a epistemologia moderna. Assim, convidamos o leitor a participar da experiência desse olhar sobre o corpo e a identificar nele a natureza, a cultura, a sociedade e a história. Isso implica em desobedecer a ordem das epistemologias, descolonizar racionalidades e inventar sincretismos.

Também identificados com os desafios de Bruno Latour (1994), damos voz aos campos de conhecimentos híbridos de natureza e cultura, que têm um exemplo na Educação Física/Motricidade Humana. Mas não nos esqueçamos, também, das outras disciplinas das Ciências da Saúde, como a Enfermagem, a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Nutrição, a Terapia Ocupacional em um contexto em que a Medicina é prática de saúde hegemônica.

Procuramos nessas fronteiras epistêmicas dar dignidade às diversas experiências coletivas como as religiosas, as alimentares, as afetivas, as familiares, as comunitárias, as festivas, as ritualísticas, as simbólicas, as subjetivas, aos tabus... Enfim, tudo que anima a vida como fonte de imanência e transcendência ao corpo e à alma. Lembramos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou, em 1946, uma perspectiva prática aproximada dessa abordagem teórica.

Então, de que lugar falamos? Como se apresenta no pensamento pós-colonial de Salman Rushdie (1994), encontramos-nos entre duas culturas, como que sentados entre duas cadeiras, entre a natureza e a cultura do corpo e a cultura da sociedade. Estamos entre-lugares...

Enfim, os quatro temas de que trata esse livro expressam o estado da arte desta nossa primeira iniciativa. Carlos Eduardo Marotta Peters apresenta nosso papel como intelectuais brasileiros atuantes diante das ideologias do campo da saúde; Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo mostra que é possível trazer para o campo da saúde uma discussão sobre as margens das ciências da saúde, a medicina popular; Angel Martínez-Hernández discute os problemas da cultura da globalização e do consumo em nossas vidas; e Paulo Henrique Martins oferece o paradigma da dádiva como um modelo de atuação nessas circunstâncias especiais da modernidade.

Carlos Eduardo Marotta Peters, historiador, doutor em História Social pela UNESP - campus de Assis e, atualmente, professor do Centro Universitário Toledo de Araçatuba e pesquisador no

campo da história cultural, nos apresenta um artigo de cunho historiográfico em que descreve, com maestria, passagens de modos de vida da sociedade brasileira em relação à saúde mental e à religiosidade. A imbricação entre esses dois campos práticos é apresentada por Marotta Peters em um percurso complexo, convidando o leitor, principalmente profissionais de saúde, a admitir a atualidade temática da loucura superposta às questões religiosas. Determinantes sociais são traçados diante dos variados sentidos da loucura, em épocas, cada qual relacionada a definições atreladas, ora a valores científicos, ora a valores morais e religiosos. Sobressai, para tanto, um método de análise: a arqueologia de Michel Foucault permite uma forma de fazer entender temporalmente a loucura por inversões de épocas. No século XVI o *louco* porta um desvio; no século XVIII a loucura adquire o significado de doença e se torna objeto médico; no século XIX a loucura transforma o homem em objeto de conhecimento; no século XX a loucura adquire um sentido de medida e controle da sociedade. Ou seja, falar dessa herança social seria melhor fazê-lo pela admissão da existência de discursos sobre a loucura e sobre práticas que foram produzidas, principalmente, pelos interesses do campo da ciência, da psiquiatria nascente da época; e que deveriam incluir, além dos valores médicos e científicos, outros valores como morais, éticos e religiosos. Ao transpor para o Brasil os respectivos períodos historiográficos sobre a loucura, Marotta Peters concentra os estudos no século XX e revela resultados de sua investigação empírica (dissertação de mestrado), analisando, em uma instituição de tipo asilar no interior de São Paulo, prontuários médicos, em que descobre informações surpreendentes ao verificar a relação da visão de mundo do gerente espírita da instituição com as flagrantes distorções sobre a loucura, vinculadas ao discurso médico vigente e ao poder local de autoridades municipais. Enfim, a análise do historiador permitiu concluir sobre o asilo espírita uma característica institucional disciplinar, aproximando-se do saber médico-psiquiátrico do período.

Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo é pesquisadora em Etnofarmacobotânica desde a década de 70, com destaque

para o papel das plantas na terapêutica da medicina popular. Seus esforços de mais de trinta anos se materializaram no Banco de Dados de sua coleção de plantas medicinais conservadas junto ao Herbário do Departamento de Botânica da USP, que se tornou importante fonte de dados para pesquisas de inúmeros estudiosos em diversos campos de conhecimento. No seu artigo, ao tratar da medicina popular com ênfase na etnobotânica, a autora traz à luz as dimensões funcionais e sacrais das práticas de cura. Essa abordagem resgata, ao mesmo tempo, as propriedades das plantas e a força das crenças coletivas. Seu olhar mais completo que aquele dirigido pela biomedicina, eminentemente materialista, é, neste movimento, desafiador à mera “eficácia simbólica” ou ao alegadamente inócuo placebo. Maria Thereza nos oferece uma posição rara e original, tanto no campo das ciências humanas como no campo das ciências da natureza, pois seu esforço em não deixar nada escapar, confere dignidade às práticas curadoras seculares enraizadas na cultura brasileira e nos alerta para a prepotência do paradigma médico hegemônico.

Angel Martínez-Hernández, antropólogo filiado à antropologia médica italiana e professor titular da Universitat Rovira i Virgili (Espanha), brinda-nos com uma atualização sobre a temática corpo na sociedade global. Coloca na ordem do dia a discussão das características da sociedade contemporânea, anotando cuidadosamente o papel do cidadão na urbe global, assim designada a sociedade líquida, ou seja, sociedade de consumo em que se produz para o consumo corpos consumidores e/ou corpos mercadorias. Como não se distinguir o prazer do efêmero nessas condições corporais fantasmagóricas? Somos todos modernos nessas condições de vida vertiginosas, oscilando entre a realidade e a ilusão, corporificada em subjetividades efêmeras e instáveis. Essas reflexões de Martínez-Hernández colocam em questão a nossa subalternidade ao poder do meio de comunicação em nossas vidas. Nem somente os Estados, nem tanto a organização das sociedades civis suportam os multiculturalismos, que se transformam em produtos culturais, consumidos nas urbes globais por nós consumidores cosmopolitas em

uma dinâmica entre o global e o local: gastronomia, esportes, arte, notícias, tecnologias da comunicação, tecnologias de saúde, dieta, ginástica para estética, próteses, entre outras fronteiras da corporeidade são exemplos utilizados pelo autor para situar o fenômeno contemporâneo, sintetizado no corpo-consumidor/corpo-mercadoria, produtos que circulam vinculados ora à mercadoria simbólica, ora ao insumo/cosumo. Há, no entanto, saídas nas palavras de Martinez-Hernaez: "... existem os movimentos sociais baseados na reciprocidade, na ajuda mútua e em mecanismos semelhantes que se espalham e deslocam gerando uma subjetividade que não é para si, senão orientada para um exterior relacional". Coisificação e personificação são duas lógicas importantes a serem consideradas na fenomenologia dos corpos (corpo-consumidor, corpo-mercadoria), pois Angel nos lembra, na referência do trabalho de Michel Foucault, a relevância do discurso médico nesse contexto reificante: no processo do corpo coisificado para as instituições biomédicas pouco importam a pobreza, a marginalização social, a opressão, as dietas empobrecidas, os agrotóxicos, as campanhas publicitárias sobre câncer e poluição; importam as doenças nos corpos. Por outro lado, o corpo na cultura massificada, anônimo, ganha personalidade enquanto mercadoria de consumo (cosmético, perfume, moda, alimentos típicos...). Enfim, a sacralização do corpo, fenômeno sem precedentes na cultura global contemporânea, simboliza um novo paradigma, a síndrome consumista coletiva para indivíduos em isolamento social. Poderia se arriscar a dizer, trata-se de um problema de saúde pública!

Paulo Henrique Martins, antropólogo, Professor Titular de Sociologia da Universidade Federal de Pernambuco e um dos representantes mais ativos no Brasil do Movimento Anti-Utilitarista nas Ciências Sociais, trata das terapias humanizantes, o complexo conjunto de cuidados do corpo e da alma que já deixou de ser alternativo nas sociedades contemporâneas. Encontra, nesse movimento, expressões da dádiva, esta fabulosa descoberta do antropólogo francês Marcel Mauss que vem sendo retomada por antropólogos e sociólogos como modo de enfrentar o modelo mercantil fundado

no utilitarismo. Faz deste pressuposto antropológico o eixo explicativo para as novas modalidades de solidariedade emergentes nas sociedades contemporâneas. A terminologia utilizada pelo autor já denuncia a abrangência da sua análise: ao destacar a dimensão dos vínculos sociais engendrados por essas práticas, sinaliza para a emergência de um novo humanismo em resposta à colonização dos nossos saberes sobre o corpo. Este *partis pris* desafia a epistemologia cartesiana ao defender a importância de uma aproximação física e afetiva mais intimista, voltada a complexificar a prática de uma biopolítica fundada no saber científico rigoroso. Isto é, longe dos acertos corporativistas ou de mercado, oferece às terapias humanizantes um espaço mais fundamental, o melhor seria dizer fundacional, além dos “meros acertos técnicos dentro do saber biomédico”, quando elas são meramente consideradas complementares. E também, o caráter sincrético dos experimentalismos que fazem parte dos períodos criativos da história dos homens reúne, nas terapias humanizantes, física, psicanálise, epistemologia e magia, abrindo uma fresta para novas noções de sujeito e de realidade que dão dignidade ao simbolismo sempre presente nas interações sociais. No horizonte, vislumbra-se o fim das purezas epistemológicas. Seu olhar, porém, não é ingênuo: alerta para os riscos dos reducionismos cientificistas e das seduções do mercado que, sabemos, cooptam as mais inocentes das utopias. Enfim, trata-se de uma reflexão com muitas camadas que sintetiza a trajetória de estudos de Paulo Henrique sobre as mudanças históricas das experiências corporais das sociedades contemporâneas.

Aos autores, o nosso agradecimento pela participação no 1º Seminário e pela colaboração para a realização deste livro. E, não menos importante, à FAPESP pelo auxílio financeiro imprescindível.

REFERÊNCIAS

BENEDETTI, M. Transgressões. In: _____. Antologia poética. Rio de Janeiro: Record, 1988.

GALEANO, E. Escribir sí. In: _____. *Espejos: una historia casi universal*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores & Siglo XXI Iberoamericana, 2008

LATOUR, B. Jamais fomos modernos. São Paulo: 34, 1994.

MAUSS, M. Técnicas corporais. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: EPU, 1974.

RUSHDIE, S. Pátrias imaginárias. In: _____. *Pátrias imaginárias: ensaios e textos críticos, 1981 - 1991*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1994.

Religiosidade e saúde mental

Carlos Eduardo Marotta Peters

Este trabalho é debitário da reviravolta teórico-metodológica ocorrida na produção histórica brasileira nas últimas três décadas. A partir da influência de diversas correntes, como a Nova História francesa, a micro-história italiana, a História Social inglesa, e do diálogo com outras ciências, como a Antropologia, a Sociologia, a Linguística, a Psicologia e a Geografia, a História produzida no Brasil enveredou por novos problemas, fontes e abordagens. O que houve, em suma, foi uma ampliação de seus domínios e o aumento da preocupação com temáticas e questões antes consideradas secundárias ou irrelevantes, como as mentalidades coletivas, o imaginário, o corpo, a religiosidade, etc. A reação suscitada por tal mudança foi múltipla. Alguns historiadores aceitaram trilhar, às vezes de forma acrítica, as vias abertas por essas tendências para a análise do passado (e também do presente), enquanto outros apontaram sérias limitações nas novas abordagens¹.

1 Emília Viotti da Costa (1997, p. 14), por exemplo, considerou a micro-história feita a partir de então parecida com “...peças coloridas de um caleidoscópio quebrado”, o que significa que não tendem a se articular num todo significativo, relegando à história o papel de depositária de fragmentos, uma multiplicidade de experiências sem sentido. Houve, segundo ela, excesso de deslumbramento frente ao novo. Também a tendência a inverter certos postulados fez com que os historiadores deixassem de lado aspectos

Dentre as *novidades* dessa historiografia, destaca-se a análise da complexa relação das sociedades humanas com a doença, problematizada não apenas como fenômeno natural ou patológico. As representações produzidas historicamente sobre as doenças, os saberes, as práticas, as ciências criadas em torno delas, as instituições gestadas para sua contenção, os significados religiosos e a produção de bodes expiatórios se tornaram temas corriqueiros no trabalho dos historiadores. As representações de mundo foram valorizadas e o corpo e a doença emergiram como objetos da História. Influenciados, num primeiro momento, pelo pensamento do filósofo francês Michel Foucault, os historiadores voltaram também sua atenção para a loucura e para instituição criada na modernidade para seu tratamento: o hospício.

Foucault se tornou referência porque buscou compreender como os aparelhos de conhecimento e práticas institucionais subjetivaram a doença, a loucura e os *desvios* em geral, que passaram a fazer parte de um determinado regime de verdade, constituindo-se como *objeto* para o pensamento. Isso levou sua análise para um novo caminho. Não se trataria mais de partir de um objeto específico para demonstrar as diversas formas de sua manifestação na história, mas chegar ao objeto a partir do estudo das práticas e perceber como e quando o objeto emergiu como tema, como discurso e como preocupação histórica. Em suma, os objetos históricos e os sujeitos históricos emergem, segundo ele, como efeito das construções discursivas, e não devem ser tomados como ponto de partida para a explicação das práticas sociais. Nessa perspectiva, o trabalho de análise deve desconstruir os discursos e revelar as teias que permitiram sua constituição e naturalização.

O filósofo francês realizou uma série de inversões que muito chamaram a atenção dos historiadores. Sua análise deu

fundamentais para a compreensão da vida do indivíduo em sociedade. Assim tal tipo de análise histórica serviria a um propósito conservador.

à loucura status de objeto histórico. Segundo Margareth Rago (1995, p. 68), ele cometeu uma ousadia, situando no século XVIII, antes visto como século de luta pela liberdade e da construção dos ideais republicanos e democráticos, a invenção da prisão e das modernas técnicas de dominação. A prisão não representou, segundo ele, um progresso na humanização das sociedades, mas resultou de uma sofisticação nas formas de dominação e violência. Partindo de tal constatação, Foucault propôs uma análise *microfísica*, em que o poder é concebido como uma rede de relações positivas que percorre todos os domínios da vida social, produzindo individualidades e adestrando corpos para aumentar a produtividade do trabalho.

Na obra *A história da loucura* (1995), Foucault analisa os sentidos atribuídos à loucura e o surgimento da psiquiatria. Ele argumenta que a loucura só tem realidade e valor de doença no seio de uma cultura que a reconhece como tal. Segundo esta linha de raciocínio, a cultura ocidental dos séculos XIX e XX é que teria dado à doença o sentido definitivo de *desvio* e ao doente um status que o excluiu do mundo produtivo e normalizando. Foucault descreve o desenvolvimento da moderna concepção de loucura a partir do final da Idade Média. Nesse período, a loucura existia em estado de liberdade, inserida no cotidiano, e não possuía fundamento médico. Ao invés dos *loucos*, os grandes estigmatizados do período eram os *leprosos*, que expressavam o castigo de Deus dado aos pecadores. Os *loucos* paulatinamente ocuparam o lugar dos *leprosos*. O sagrado, contudo, continuou envolvendo a relação da sociedade com eles, pois passaram a ser confinados em navios, as *naus dos loucos*, que ficavam circulando de um ponto a outro sem se fixarem em nenhum local específico. Essa circulação equivalia a uma espécie de exílio ritual (FOUCAULT, 1995, p. 11).

A partir do século XVI, certa razão dominadora começou a designar o *louco* como portador de um defeito, um *desvio*. O *louco* deixou de pertencer à vida cotidiana e passou a ser confinado num outro espaço: o hospital. As casas de internação

multiplicam-se na Europa no decorrer do século seguinte. Os *loucos* misturavam-se com a população das *workhouses*, o que demonstra que seu estatuto não estava claramente determinado. O Hospital Geral, fundado em Paris em 1656, recolhia e alimentava alienados, pobres, desempregados e outros. Não possuía uma lógica médica. Tratava-se de uma instância da ordem monárquica e burguesa. A miséria e a loucura se transformaram em um obstáculo à ordem pública num período de grandes mudanças econômicas e sociais. O trabalho passou a ser um índice para detectar os *desvios*. Apareceu a distinção entre o *pobre bom* e o *pobre mau*: um seria laborioso, o outro ocioso, moralmente voltado contra os *desígnios de Deus*. Os locais de cárcere dos loucos eram, ao mesmo tempo, casas de internamento e de trabalho. Essas casas passaram a desempenhar importante papel na manutenção da ordem pública. Recebiam, em períodos de crise econômica e aumento da mendicância, os ociosos presos pelo Estado. Assim, a tensão social era parcialmente controlada. Em outras épocas, quando os empregos abundavam, as casas ofereciam mão de obra barata. A loucura se inscreveu, portanto, no conjunto das inquietações suscitadas pela pobreza. O *louco* era visto como incapaz de trabalhar e integrar-se em seu grupo social. O efeito social da loucura seria, então, o aumento da desordem, da libertinagem, do crime e, em última instância, da própria miséria.

No século XVIII, outro sentido foi criado para as casas de internamento. A loucura adquiriu definitivamente significado de doença. O médico deveria, a partir de então, evitar que a doença se espalhasse pelas cidades. Para tanto, os locais de internação deveriam ser purificados e isolados. Outra inversão surgiu na segunda metade dos XVIII. A questão da loucura passou a ser vista como efeito dos novos tempos. As instituições, o progresso, o abandono da religiosidade e a ampliação dos limites do pensamento, dos desejos, da sensibilidade e o artificialismo da cultura foram entendidos como causas profundas de distúrbios mentais. A loucura seria uma contrapartida do progresso da humanidade (FRAYSE-PEREIRA, 1985, p. 73). No interior do discurso mé-

dico, ela adquiriu status próprio, vindo a se desligar da miséria, da criminalidade e de outras formas de *desvio*. Assim, a sociedade burguesa em processo de consolidação reconheceu sua responsabilidade perante uma doença considerada insidiosa. O homem privado e produtivo e sua família deveriam ser protegidos dela.

A loucura tornou-se objeto médico e o internamento passou a ser uma prática terapêutica, que objetivava reinscrever o *louco* na instituição familiar. A família burguesa emergiu como modelo ideal e natural. O asilo de loucos se tornou uma reprodução simbólica desse modelo; nela, o *louco* assumiu o papel de alguém a ser educado. Os asilos observaram e registraram os *desvios*, o que levou à construção de diversos tipos de tratamentos, muitos deles fundamentados em punições severas e violentas. O objetivo do tratamento era homogeneizar as diferenças de conduta, reprimindo comportamentos irregulares. A relação entre doente e médico foi estabelecida como uma relação de dominação. A autoridade do médico, nesse caso, nascia da ordem moral e da família burguesa.

A loucura, em suma, tornou o homem objeto de conhecimento. No processo de racionalização do mundo em curso no século XIX, essa doença teve um lugar reservado apenas no espaço da exclusão. Segundo Foucault, a medicalização da loucura desenvolvida pelo racionalismo do século XIX possuía um núcleo moral; o que se avaliava era principalmente a aptidão para o trabalho e para o casamento. Dessa forma, os discursos e as práticas produzidas pela psiquiatria não podem ser entendidos como meramente médicos ou científicos. Por sua natureza, tais discursos e práticas levaram a intervenções políticas, muitas vezes repressivas, no interior de projetos de amplos projetos de ordenamento social (FRAYSE-PEREIRA, 1985, p. 87).

Na Europa do século XIX, portanto, um novo personagem passou a atormentar os sonhos burgueses de harmonia social. Trata-se do *louco*, ser polissêmico e obscuro, capaz de reações inusitadas, muitas vezes violentas, incapaz de contribuir para a construção de um mundo calcado no trabalho e na liberdade de

escolha, fundamentos essenciais do homem moderno na visão do liberalismo triunfante. No amplo espectro do conservadorismo, por outro lado, a própria sociedade urbano-industrial era vista como causa da loucura. Diversos reformadores sociais, saudosistas de um mundo organicista que o capitalismo solapava com uma rapidez atordoante, advogavam a necessidade de restaurar a ordem, reforçar hierarquias e educar as massas para que fossem mais obedientes e produtivas. A racionalização do corpo humano já era, àquele momento, fenômeno consolidado. O corpo-máquina era esquadrihado por diversos saberes científicos e a lógica de aproveitamento máximo das capacidades físicas, com a busca pelo movimento perfeito, já despontara no horizonte de vários discursos.

Além de temer o louco, a sociedade burguesa definiu os seus contornos, identificou seus comportamentos, construiu discursos para verificar as causas de sua existência e propôs formas de intervenção capazes de efetuar curas ou pelo menos diminuir seus efeitos desagregadores no tecido social. Desse esforço nasceram a psiquiatria e espaços institucionais cientificamente pensados para aprisionar o desatino. O século XIX foi, nesse sentido, o século de consolidação desse novo ramo da medicina e dos hospícios (CUNHA, 1986, p. 14). Esses últimos, instituições disciplinares voltadas ao encarceramento do *louco* e ao seu tratamento *científico*, passaram a realizar um trabalho contínuo de classificação da loucura.

O crescimento das cidades, o surgimento das multidões, a presença de pobres, ociosos, criminosos e outros elementos considerados perturbadores da ordem, levou o pensamento psiquiátrico a mudar suas concepções. Houve uma ampliação do conceito de loucura na segunda metade do século XIX. Nesse momento, segundo Maria Clementina Pereira Cunha (1986, p. 25), ela deixou de ser apenas furiosa e visível, tornando-se insidiosa, invisível e difícil de ser detectada por leigos, o que aumentou a competência dos especialistas. O referencial teórico dessa reviravolta foi a teoria da degenerescência, formulada pelo médico

francês Bénédict Morel na década de 1850. Para ele, a degeneração era hereditariamente transmitida. A doença seria muito mais complexa do que concebiam pioneiros como Tuke e Pinel, que a viam como *erro de julgamento* ou *desvio da razão*. Morel disseminou a preocupação com o degenerado; alguém que pode parecer normal, sociável, mas que se encontra no meio do caminho rumo à loucura. Sua doença seria invisível, o que aumentaria sua periculosidade.

As manifestações da degenerescência foram associadas com práticas contrárias à ordem social, como a vagabundagem, o jogo, o vício, a prostituição e o crime. A multidão e a pobreza urbana foram também associadas à loucura. As populações marginais, apontadas desde longa data como perigosas, passaram a ser vistas também como doentes. A cidade atrairia tais degenerados e potencializaria a doença em seus espaços insalubres. Em termos institucionais, houve também uma mudança. Encarcerar o louco não seria suficiente depois da ascensão da teoria de Morel. O combate deveria se estender aos focos de degeneração. Um novo papel foi criado para a polícia, e se intensificaram as ações para *higienizar* e organizar as famílias (CUNHA, 1986, p. 25-6).

As instituições de internamento foram questionadas na final do século XX. O acúmulo de acusações sobre sua violência, sua higiene precária, suas instalações ruins, sobre a ausência de controle externo, etc., suscitou discussões profundas sobre a validade de suas práticas e discursos. O vínculo da psiquiatria com regimes autoritários e os usos políticos dessas instituições, escolhidas pelos órgãos de segurança para encarcerar *loucos* improváveis como anarquistas, comunistas, democratas radicais, prostitutas, alcoólatras, mendigos, homossexuais, dentre outros, lançou uma espessa névoa sobre o discurso que afirmava sua neutralidade científica.

No Brasil, a implantação da psiquiatria e da medicina social começou no final do século XIX, e adquiriu força na primeira metade do século seguinte. Cidades como o Rio de Janeiro e, principalmente, São Paulo, que receberam milhares de imigran-

tes e cresceram rapidamente, passaram a demandar, na ótica dos grupos dirigentes, medidas de controle que deveriam se inspirar nos modelos europeus. Controlar ex-escravos, imigrantes e homens pobres em geral, evitando a multiplicação dos degenerados, era preocupação comum das autoridades e das classes dominantes na virada para o século XX.

Os pesquisadores que analisaram tal processo afirmam, quase em uníssono, que a ordenação da sociedade por meio da medicina científica visava criar condições para que se forjassem trabalhadores ordeiros e disciplinados, com vistas à incorporação produtiva no mundo do trabalho, principalmente no universo da indústria. Simultaneamente, houve crescente homogeneização na área da saúde pública nas mãos dos médicos diplomados. Neste contexto, num processo que se assemelha ao ocorrido na Europa, foi inevitável o embate entre a medicina dita *científica* e os diversos agentes que praticavam a medicina popular. Curandeiros, benzedeadas, espíritas e outros se tornaram alvo da fiscalização das autoridades policiais.

Na mesma época, o movimento espírita, fundamentado no princípio da caridade, começou a criar instituições para cuidar dos *loucos*. Nesses espaços, produziu discursos e práticas diferentes daquelas propostas pela psiquiatria, o que incomodou as autoridades e os representantes das instituições médicas. Os espíritas não cuidavam apenas da loucura, pois suas práticas religiosas envolviam o combate a um amplo espectro de doenças, que teriam, segundo eles, causas espirituais. Para muitas autoridades e médicos, as instituições e os grupos espíritas acobertavam práticas ilegais de medicina (CARVALHO, 1999, p. 34).

O processo de reeducação da população e a repressão às práticas populares de medicina na primeira metade do século XX intentavam expropriar da memória popular os conhecimentos a respeito da saúde e da doença, visando impor um modelo de saúde baseado na medicina científica. A imposição de novos hábitos e valores só alcançaria êxito, na visão dos agentes de saúde, quando o projeto estatal de saúde não enfrentasse mais a concorrência

da medicina popular. Tal constatação está presente na maioria das obras que se debruçam sobre o tema da consolidação do saber e das instituições médicas no Brasil. Em análises específicas sobre a história da loucura, como as de Maria Clementina Pereira Cunha (1990) e de Magali Engel (1997), tal embate envolvendo espíritas, médicos e autoridades públicas demonstram a institucionalização e a imposição do saber médico no país. O espiritismo passou a ser visto, no interior do discurso médico, como causa de distúrbios mentais. Segundo Angélica Aparecida Silva de Almeida (2007), houve até mesmo uma campanha sistemática para a erradicação do espiritismo no Brasil. Articulada por psiquiatras que associaram mediunidade e loucura, tal campanha marcou negativamente as relações entre psiquiatras e espíritas e gerou uma ampla literatura. Diversas teses, artigos e livros foram publicados por psiquiatras no combate à *loucura espírita*. Os espíritas, por sua vez, fundaram asilos e utilizaram suas editoras para se defenderem, e acusaram os psiquiatras de intolerância religiosa e apego ao materialismo. Esses trabalhos mostram a incompatibilidade entre os projetos de saúde pública propostos pelos médicos e as práticas curativas populares.

A análise desses autores se situa num nível *macro*, nas instituições médicas e na expansão de sua racionalidade até as esferas de decisão. Mudando a escala de análise, percebemos que as políticas de *normalização* gestadas no interior de instituições médicas e implantadas pelo Estado não eram monolíticas e nem o projeto da medicina dita científica era homogêneo. Beatriz Teixeira Weber (1999, p. 85) afirma que o processo de transformações do saber médico no século XIX foi longo e conflituoso. As inovações que, no século XX, dariam uma aura de ciência consolidada à medicina não foram inicialmente aceitas nem nos centros onde eram produzidas. A assepsia, por exemplo, prática baseada no princípio da proliferação das bactérias de Pasteur, chocou-se com a incredulidade e resistência de médicos antigos e tradicionalistas. Nesse sentido, as práticas médicas, apesar de se imporem pouco a pouco, não eram homogêneas e nem contavam com a confiança

de parcelas significativas da população. A infiltração da medicina nas instituições sociais aconteceu lentamente. No decorrer do século XX, de acordo com Anne Marie Moulin (1985, *passim*) passou a ser cada vez mais difícil formar família, praticar esportes ou mesmo arrumar um emprego sem passar pela aprovação de um especialista. As críticas à ineficácia da medicina, tão comuns no século XIX, diminuíram sensivelmente em tal contexto.

Se restituirmos a pluralidade dos contextos onde os projetos ordenadores foram postos em prática, será possível operar uma modulação particular da história global do Estado e das instituições médicas². A análise detida da realidade social brasileira permite evidenciar muitas formas de acomodação entre curandeiros, espíritas, benzedeiros e outros detentores de saberes sobre doenças e curas, membros do poder público e mesmo médicos diplomados. Muitos médicos atuavam literalmente em dois universos, prescrevendo tratamentos espirituais ou simplesmente fazendo vista grossa frente a tais práticas, mesmo nos momentos em que a legislação apertou o cerco contra os chamados *charlatães*.

Assim, se o foco mudar para a história da consolidação de movimentos religiosos como o espiritismo e para as táticas criadas por eles para obter legitimidade social, uma realidade mais complexa emerge. O espiritismo chegou ao Brasil na segunda metade do século XIX. Era visto na época como mais uma novidade vinda da França, país de referência cultural para amplos setores da elite brasileira. A nova religião nascera no contexto de expansão do pensamento cientificista no século XIX. Articulava elementos do evolucionismo, do positivismo e da crença na reencarnação, extraída de antigas religiões orientais e da tradição filosófica greco-romana. Para Sandra Jacqueline Stoll (2003, p. 11), no espiritismo brasileiro foram os aspectos religiosos da doutrina que se tornaram hegemônicos, misturando-se com elementos do

2 Conforme a proposta de microanálise presente na obra do historiador Jacques Revel (1998, p. 28).

catolicismo nativo, enquanto que, no movimento francês original, a tendência ao discurso cientificista predominou.

O espiritismo, uma religião que crê na reencarnação, no aperfeiçoamento dos espíritos encarnados, que define uma moral a ser seguida pelos homens no mundo e que afirma a possibilidade de contatos entre mundo espiritual e mundo carnal, sempre alegou possuir parentesco com a ciência. A ciência é vista pelos espíritas como fruto da evolução do pensamento humano no século XIX, século visto como aquele que viu nascer uma nova revelação divina: a prova da existência do mundo espiritual. As sessões de contato com esse universo espiritual atraíram uma grande audiência na França, nos EUA, na Inglaterra e no Brasil, e as informações obtidas durante tais contatos foram consideradas, nas comunidades e movimentos espiritualistas, como provas concretas da existência desse universo e como ferramentas fundamentais para o entendimento de suas leis gerais de funcionamento. As obras de Allan Kardec, considerado o *decodificador* do espiritismo moderno, sacralizaram discursos e métodos científicos, colocando-os a serviço das revelações dos espíritos.

O espiritismo brasileiro, apesar do forte acento religioso e da ênfase nos rituais de cura espiritual, também conheceu uma corrente *cientificista*. Na década de 1910, a oposição entre *religiosos* e *científicos* serviu para gerar diferenciações, marcar posições e definir identidades no interior do movimento. A mistura de idéias científicas com a crença nos espíritos foi comum em muitos grupos brasileiros. Dentre tais misturas, uma das mais comuns foi a que absorveu noções e práticas da psiquiatria e de outros ramos da medicina. Allan Kardec, pensador espírita mais influente no Brasil, já havia analisado as causas da loucura. Em sua primeira obra, o *Livro dos espíritos*, ele dedicou espaço ao tema. Kardec afirmou que a loucura poderia ter causas orgânicas e sociais, como diziam os médicos, mas defendeu que parte dos casos de loucura teria causas espirituais. A doença seria resultado da “...ação persistente de um espírito mau sobre um indivíduo” (KARDEC, 1992, p. 304). Essa leitura de Kardec inspirou seus

seguidores brasileiros a fundarem instituições asilares, voltadas para o tratamento espiritual dos *loucos*.

Segundo Antonio Flávio Pierucci (1996, p. 70), o espiritismo cresceu no Brasil no século XX principalmente por ter um pensamento adequado às demandas espirituais da classe média ascendente. Trata-se de uma doutrina que explica e dá sentido à morte, bem como estabelece padrões de comportamento aceitáveis, que podem, em função do *carma*, levar débitos ou créditos para outras vidas. O núcleo moral do espiritismo, por sua vez, reforça valores burgueses que obtiveram ampla aceitação nesse segmento social. A defesa da família, a definição de papéis naturais e diferenciados para homens e mulheres, a naturalização da ordem social capitalista (ainda que com ressalvas ao seu excessivo materialismo), e, principalmente, a possibilidade de realizar curas espirituais; tudo isso seduziu as camadas médias da população brasileira. Mas não esse segmento social compôs as fileiras do Espiritismo. A pregação da caridade e as curas espirituais atraíram também pessoas pobres, que viram na religião solução para seus dramas pessoais e fonte de inspiração para sua ação no mundo.

A ênfase do movimento na caridade ampliou sua aceitação na sociedade brasileira, o que inspirou os espíritas a fundarem instituições voltadas para a ajuda ao próximo, como creches, asilos e hospícios. Alguns líderes e divulgadores influentes do movimento espíritas brasileiro também dedicaram parte de suas publicações à questão da loucura, como J. Herculano Pires e Bezerra de Menezes. A terapêutica nos espaços institucionais espíritas foi fundamentada em preces, passes e uso de águas energizadas.

Em minha dissertação de mestrado (PETERS, 2000), analisei o *Asilo Espírita "Discípulos de Jesus"* de Penápolis (cidade situada na região Noroeste do estado de São Paulo), uma das várias instituições fundadas pelos espíritas para tratamento da loucura no Brasil. Discuti suas práticas terapêuticas e suas complexas relações com o poder público local e com outros grupos religiosos. Entre 1935 e 1945, a referida instituição confinou e ministrou tratamento a mais de mil internos. Muitos deles foram presos

pela polícia e, depois de ficarem nas dependências da cadeia, foram transferidos para a instituição espírita. O asilo recebeu apoio financeiro e doação de alimentos da Prefeitura de Penápolis e de outros órgãos públicos, além de contar com doações e pagamento de mensalidades por parte das famílias de alguns internos.

A fundação do referido asilo se deu num contexto de grande mudança econômica e social. A partir da década de 1920, a região Noroeste conheceu um significativo aumento populacional devido à dinamização da produção cafeeira e ao crescimento urbano nas margens da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil. O aumento da população foi acompanhado por uma série de *problemas*. A pobreza, a mendicância, a prostituição, a criminalidade e também a loucura se tornaram, de acordo com as autoridades e formadores de opinião locais, *efeitos colaterais* do processo de modernização. Tais *problemas* foram agravados pela crise de 1929. Nesse contexto, a questão da assistência aos desvalidos passou a preocupar sensivelmente as autoridades. A presença nas ruas de *degenerados* (mendigos, vadios, prostitutas, bêbados e *loucos*) foi denunciada pelos jornais em suas seções policiais e nas colunas onde publicavam cartas de leitores. A partir de então, a população passou a exigir ações mais duras das autoridades. Diversos mecanismos foram então criados para a contenção dos chamados *comportamentos desviantes*, incluindo o incentivo ao assistencialismo e o aumento da repressão policial.

Nesse contexto, o trabalho efetuado pelo *Centro Espírita "Discípulos de Jesus"* foi amplamente divulgado. Entre 1925 (ano de fundação do referido centro) e 1935, os espíritas recolheram os *loucos* nas ruas e na cadeia da cidade, e iniciaram trabalhos de recuperação em suas próprias casas. Para tanto, contavam apenas com doações de outros espíritas. Em 1935, depois de uma bem sucedida campanha de arrecadação de fundos e da obtenção do apoio da Prefeitura Municipal, fundaram *Asilo Espírita "Discípulos de Jesus"*. O líder espírita João Marchese foi um dos principais responsáveis pela construção do asilo. A liderança de Marchese direcionou o movimento local para a prática assistencialista. A

base para tal linha de ação foi uma junção criativa das obras de Allan Kardec com diversos discursos que naquele contexto propunham formas de controle da *degenerescência*. Tal articulação resultou em uma visão de mundo que apresentava pequenas diferenças frente às linhas traçadas pela Federação Espírita Brasileira. Os espíritas locais construíram uma representação da sociedade e de seus problemas articulando o amplo *vocabulário* que estava à disposição no período: a doutrina espírita, a psiquiatria, a concepção corporativa de Estado, a moral católica e burguesa, etc³.

O movimento espírita incorporou saberes e práticas de outras instituições. Manteve contatos constantes com as autoridades policiais, com as quais articulou um plano de ação conjunta que incumbia o asilo de abrigar os *loucos* recolhidos pela polícia. Também fez parcerias com médicos, políticos e jornalistas. Assim, obteve subsídios financeiros e doação de alimentos. Os espíritas construíram identidades sociais plurais e plásticas que, apesar de estarem ancoradas nas obras de Allan Kardec, também se adequaram a um universo em processo de urbanização, complexo, cheio de limitações, imposições e possibilidades novas. Tal caldo de cultura levou-os a se apropriarem criativamente da doutrina e moldá-la segundo as necessidades do momento. O espiritismo local, por meio de suas instituições, firmou-se nos pequenos espaços ainda não ocupados pela medicina oficial, já que não existia na região instituições como o Juquery. Assim, uma instituição leiga e gerida por religiosos, acabou contribuindo para a *normalização* do espaço urbano e para disciplinar *desviantes* que incomodavam a sociedade local, ajudando a manter a ordem pública numa ampla região do interior do estado São Paulo; tudo isso num contexto em que a psiquiatria consolidava seu monopólio sobre o tratamento da loucura.

3 De acordo com Michel de Certeau (1994), é um erro procurar nas ações dos indivíduos uma única motivação, já que o cotidiano os incita a realizar constantes invenções e ressignificações.

A ação disciplinar do asilo pôde ser analisada por causa da existência de uma rica fonte documental: seus prontuários. Tais documentos permitiram compreender as formas de tratamento aplicadas pela instituição, apreender a representação da loucura produzida pelos espíritas, entender sua arquitetura (fator importante que rege o funcionamento de instituições disciplinares) e refazer os diversos estágios pelos quais os *loucos* tinham que passar para serem considerados curados e devolvidos para a sociedade. O tratamento variava de acordo com as diversas formas de manifestação da *loucura*. A divisão básica se dava entre homens e mulheres. Os primeiros deveriam ser readaptados para uma vida produtiva no mundo do trabalho, onde desempenhavam o papel de provedores. A cura era buscada através da laborterapia, com trabalho em pequenas plantações ou na fabricação de colchões. Para as mulheres, a laborterapia se desdobrava em trabalhos de costura e preparo de alimentos. Logicamente, junto a essa divisão coexistiam diversas outras, que tentavam dar conta de tipos diferentes de *dementes*, o que gerou uma complexa teia de delimitações.

Foi possível delimitar, através da repetição constante de trajetórias e padrões, as diferentes faces atribuídas à *loucura* no interior do asilo. A análise das fontes nos levou a concluir que ele pode ser considerado uma instituição disciplinar. O ordenamento social, no período em questão, passou a ser preocupação de várias instituições, ligadas ou não ao Estado. Apesar de suas diferenças (e excetuando as organizações de esquerda), a maioria delas objetivava minimizar os conflitos e construir uma imagem de nação integrada e progressista. As práticas do asilo só podem ser entendidas nesse contexto. Ancorada na idéia de progresso, a doutrina kardecista delineava quais os papéis a serem desempenhados pelos indivíduos na sociedade urbana, aliando a moral cristã ao ideal de produtividade. Apresentava, ao mesmo tempo, soluções para os problemas gerados pela modernidade, tornando-se aliada do discurso médico e jurídico no trato da questão dos *desvios* sociais. A função integradora do Espiritismo explica, em

parte, porque o movimento obteve aceitação na sociedade brasileira apesar da resistência do catolicismo institucionalizado.

O processo de tratamento utilizado no asilo era fundamentado em práticas de cura espiritual, consideradas curandeirismo pela medicina oficial e pelo Código Penal da época. Em Penápolis, tais práticas eram toleradas e até mesmo financiadas pelo poder público. Mesmo os médicos que atuavam na cidade consideravam o trabalho dos espíritas benéfico para a sociedade. O funcionamento do asilo se assemelhava, em muitos aspectos, ao de hospícios como o Juquery. Segundo Maria Clementina Pereira Cunha (1986, p. 83), a semelhança entre os aposentos no Hospício do Juquery representava a negação da individualidade e da privacidade do sujeito, que era instalado em espaços idênticos e despersonalizados. Além de ficarem em completo isolamento, os *loucos* estavam sob constante vigilância. No asilo espírita, a homogeneização dos aposentos também estava presente, assim como o isolamento. A instalação dos ingressantes em suas dependências não era aleatória. A disposição das instalações possuía uma lógica normativa que regia todo o funcionamento da instituição. Os internos cumpriam determinados estágios necessários para serem considerados aptos ao trabalho e ao convívio social. O sistema progressivo, segundo Geraldo Ribeiro de Sá (1996, p. 111), torna definitivo o processo de mensuração e definição das etapas na caminhada disciplinar, cuja meta é a introdução do sujeito na *sociedade da produção* e reprodução, regida por princípios racionais. A divisão e o controle do tempo, por sua vez, reforçavam a lógica da produtividade presente no universo do trabalho.

A loucura recebeu diversas classificações. Critérios tão díspares quanto o grau de sociabilidade do indivíduo e pequenos indícios, como vícios corporais, perceptíveis apenas pelo olho clínico do responsável pela instituição, eram utilizados para definir os tipos de loucura. Para Marchese, a loucura resultava do assédio de espíritos inferiores. Sua influência variaria, segundo ele, de acordo com o grau de evolução espiritual da pessoa assediada. A base para tal visão eram as formulações de Allan Kardec acerca da

existência de escalas de evolução da alma. Segundo Karece, existiam espíritos avançados, distantes da *carnalidade* e próximos da iluminação, e espíritos baixos, ainda próximos da animalidade. A escala de evolução da alma apresenta a seguinte configuração: 1ª classe (espíritos puros, que não precisam mais reencarnar); 2ª classe (espíritos superiores); 3ª classe (espíritos sábios); 4ª classe (espíritos cultos); 5ª classe (espíritos benevolentes); 6ª classe (espíritos batedores e perturbadores, imperfeitos); 7ª classe (espíritos neutros); 8ª classe (espíritos pseudo-sábios); 9ª classe (espíritos levianos) e 10ª classe (espíritos impuros).

Para Marchese, a loucura era a manifestação da impureza dos espíritos pouco evoluídos, vulneráveis à influência de espíritos desencarnados. Também poderiam ocorrer, segundo ele, manifestações espontâneas de imperfeição, sem a ocorrência de influências espirituais, resultado de situações cotidianas que exigiam elevação espiritual e bom senso. A loucura, de acordo com tal classificação, adquiria várias faces. Marchese configurou a lógica interna do asilo com o objetivo de adequar as alas às manifestações de loucura espiritual. Seus internos eram classificados dentro do esquema de escala de evolução dos espíritos e eram submetidos a tratamentos adequados à sua condição.

Comportamentos como o alcoolismo, a homossexualidade, a ociosidade ou mesmo a incapacidade para o trabalho eram considerados indícios de loucura espiritual e serviam para enquadrar o interno numa certa categoria. O indício fundamental que caracterizava o interno como *louco*, era, no caso dos homens, sua adaptação ao mundo do trabalho e, se fosse mulher, sua adequação aos papéis de mãe e esposa. A definição do *desvio* na conduta feminina, na perspectiva de João Marchese, tinha como referência um padrão de imagem idealizado de mulher, o de boa mãe, filha e esposa, devidamente encarcerada na esfera privada do lar. Neste aspecto, o ponto de vista de Marchese assemelhava-se àquele desenvolvido pelo saber médico-psiquiátrico do período. Maria Clementina Pereira Cunha (1986, p. 143-4) identifica a mesma postura no interior da classe dos médicos psiquiatras em seu es-

tudo sobre o Hospício do Juquery. Naquela instituição, como no asilo espírita, a busca do *estranho*, do *desvio*, no universo feminino, abarcava tudo o que destoava da imagem construída para a mulher. Há grande semelhança entre os casos de loucura feminina presentes nas duas instituições. Em ambas, a transgressão ultrapassa os limites das normas sociais, atingindo a própria natureza, que dera destinação definida para a mulher no mundo. O papel social de mãe e esposa seriam os alicerces da condição natural e sagrada da mulher. Assim, os casos mais comuns de loucura feminina geralmente relacionavam-se com *sexualidade invertida*, independência exagerada, recusa ao casamento, à maternidade e à família. Ou seja, a recusa ou resistência a desempenhar papéis sexuais e sociais previamente estabelecidos. As palavras⁴ de Marchese, num prontuário de 1938, explicitam sua visão de loucura feminina:

Cada um tem seu lugar no mundo terreno. Nós somos iguais em espírito e a encarnação no homem ou na mulher é por causa da necessidade de evolução de cada um. Se o espírito precisa evoluir no sentimento, encarna como mulher. Se precisa evoluir na inteligência, encarna como homem.⁵

Marchese usava, em sua concepção de loucura feminina, estereótipos solidificados desde o século XIX. Os papéis do homem e da mulher foram naturalizados, o que definiu os dois gêneros como portadores de qualidades e aptidões próprias. De acordo com Margareth Rago (1987, p. 62), nesse tipo de discurso, comum na medicina e na biologia da época,

4 A grafia das palavras extraídas dos prontuários foi atualizada para facilitar a leitura.

5 Prontuário n. 489 de dezembro de 1938. p. 2.

Aos homens [cabia] o cérebro (muito mais importante que o falo), a inteligência, a razão lúcida, a capacidade de decisão. Às mulheres, o coração, a sensibilidade e os sentimentos.

Assim como o controle da conduta dos homens buscava preservar seu papel de provedor do lar, a vigilância e normalização da conduta feminina tinham como objetivo preservar a vida doméstica, mantendo a mulher em sua função de reprodutora e perpetuadora da família. A imposição de um novo imaginário de família, criado pela sociedade burguesa em formação no Brasil das primeiras décadas do século XX, influenciou as práticas disciplinadoras do asilo espírita. Segundo Margareth Rago (1987, p. 62), o novo modelo de feminilidade legava à mulher a função de vigia do lar, que deveria estar ciente de todos os fatos cotidianos, prevenindo contra qualquer sinal de doença ou desvio de seus filhos e de seu marido.

João Marchese partilhava a ideia de que o papel social da mulher deveria restringir-se ao espaço de atuação privado, enquanto que aos homens caberia a atuação na esfera pública. Os casos relatados nos prontuários de internação do asilo apontam para a constatação de que a loucura, na mulher, era maior ou menor de acordo com o grau de distanciamento que ela apresentava frente a seu papel social (esposa, dona de casa) e a sua condição natural (mãe sentimental e amorosa). Esse é o caso, por exemplo, de uma interna registrada como Doralice. Segundo o dirigente espírita, ela

(...) é pessoa trabalhadora, ajuda a sustentar a casa, lavando roupa para fora. Todos se dão bem com ela, mas não gosta da idéia de se casar ou ter filhos, prefere viver solteira junto com o irmão. Doralice tem que resolver os problemas dos sentimentos femininos que carrega, tem que evoluir, virar mulher de verdade.⁶

6 Prontuário de Doralice, n. 325, dezembro de 1936.

Diante da recusa de Doralice em assumir o papel natural de esposa e desenvolver os sentimentos compatíveis com tal papel, Marchese considerou-a louca, mas com a ressalva de que sua loucura se devia à influência de espíritos baixos. O tratamento ministrado seguiu dois caminhos: sessões de *desobsessão*⁷, com a presença de médiuns, e laborterapia, para restaurar suas habilidades naturais de mulher.

Outras internas também foram tratadas com as mesmas técnicas. A laborterapia a que foi submetida Doralice era composta por trabalhos manuais, como corte e costura, preparo de alimentos e cuidados com a horta comunitária mantida pelo asilo. Em casos raros, o que não foi possível constatar no tratamento de Doralice, as mulheres recebiam visitas de crianças para que desenvolvessem *sentimentos maternos*.

A maior parte das mulheres internadas no asilo recebia a classificação de espírito *neutro*. Esse tipo de espírito, no esquema proposto por Kardec, apresentaria como característica fundamental a inconsistência intelectual e sentimental. Tal classificação era adequada à concepção de mulher predominante na época. Nesse sentido, dedicar-se a uma atividade *masculina*, que exigia o uso da capacidade racional e que levava à construção de um espaço de existência próprio e autônomo, também significava uma transgressão frente aos comportamentos *naturais*. Esse foi o caso de Ivana C. Ela ficou internada no asilo por oito meses a pedido de parentes próximos por ter um comportamento considerado *masculino*. Em seu prontuário, a postura independente e a busca por autonomia econômica foram consideradas sinais de loucura:

(...) a dita senhorita não conhece o objetivo de sua existência, que é trilhar o caminho do amor materno, desenvolver afeição pelas

7 Nome dado pelos espíritos ao ritual de expulsão de espíritos que exercem má influência sobre os vivos.

crianças e ser esposa fiel e submetida a (*sic*) proteção de um marido honesto e trabalhador.⁸

O tratamento prescrito para Ivana incluía sessões diárias de laborterapia, principalmente em atividades voltadas para o desenvolvimento de sentimentos e vocações femininas, como a costura, a culinária e o trato com idosos. O trato com idosos teve significado especial em seu tratamento. Marchese acreditava que, caso uma mulher viesse a se tornar solteirona, sua função seria cuidar dos velhos da família.

O objetivo de uma solteirona é cuidar dos parentes idosos (...) só assim ela pode recuperar um pouco sua natureza original não desenvolvida e perdida numa vida sem matrimônio.⁹

Cláudia Fonseca (1989, p. 110), em estudo sobre a condição da mulher burguesa no início do século XX, afirma que uma das únicas maneiras de a mulher solteira escapar dos rótulos de *magoada*, *egoísta*, *sovina*, era virar governanta, doméstica ou *titia*, dedicando-se à família e ao trato com as crianças. As linhas gerais dessa visão inspiraram as concepções das lideranças espíritas de Penápolis sobre o *problema* da mulher solteira. A solteirona, nessa perspectiva, poderia se transformar numa importante aliada da família, uma espécie de vigilante moral da conduta dos jovens e das crianças.

No prontuário de Maria Aparecida¹⁰, internada no ano de 1935, são enumerados os sintomas de sua loucura: “*não mostra espírito materno para cuidar de seus filhos e perdeu o juízo sofreu distúrbios por falta de um marido*”. Não estar apta a cuidar dos filhos era sinal inquestionável de loucura, pois significava a recusa do papel natural de mãe. O fato de ter perdido o marido muito

8 Prontuário de Ivana, n. 456, setembro de 1937, p. 3.

9 Ibidem, p. 4.

10 Prontuário de Maria Aparecida, n. 212, 1935, p. 1.

cedo foi visto como um agravante em seu quadro: “(...) *ela piorou quando seu esposo faleceu (...) perdeu o pilar central que sustentava sua família*”. A soberania masculina sobre a família é reforçada nesse discurso. O lar harmonioso perdera, no caso, sua principal figura, o homem, aquele que imprimia certa racionalidade ao conjunto da família. Sem essa racionalidade, o caos se instalara no domínio doméstico, causando a substituição do pai pela mãe. De acordo com seu prontuário, a necessidade de desempenhar um papel que não lhe cabia no arranjo familiar teria sido a principal causa de sua doença.

Outro caso em que distúrbios mentais impossibilitavam o cuidado dos filhos é o de uma interna de nome Encarnação, encaminhada ao asilo em 1942. João Marchese produziu um relato detalhado sobre o caso:

(...) em 1942 o mm Juiz acima mencionado [Alberto da Silva] mandou-me chamar para por-me a par de outro fato que acabava de se dar no município de Alto Alegre. Uma senhorita por nome Encarnação, que fora seduzida, deu a luz uma criança, e depois de 40 dias, por que sofria de ataques foi retirada da casa de seus pais pelo Senhor Juiz da comarca, enquanto a lei julgasse o ocorrido. A dita moça foi me entregue, ela e sua criança, e eu a conduzi para o Asilo Espírita Discípulos de Jesus, ficando a mesma 4 meses internada, ela e sua filha. Essa moça sofria de ataques catalépticos ficando como morta, durante algumas horas e não podia cuidar da sua filhinha, nem mesmo dar-lhe de mamar. Minha senhora tomou então a criança sob seus cuidados, levando-o para a nossa casa, só sendo levada para os braços da mãe quando fosse amamentá-la. O senhor juiz recomendara-me muito cuidado para com a criança, pois, que durante o ataque ela rolava na cama e podia esmagar a criança.¹¹

11 Depoimento presente no processo n. 234 contra João Marchese. Em meados da década de 1940, muitos líderes espíritas foram acusados de praticarem ilegalmente a medicina, sendo obrigados a se defender na Justiça. Em

Marchese constatou que o estado da moça era agravado por sua condição de espírito *neutro*. Segundo ele, a jovem sofria constantes ataques de espíritos *malignos*, que tinham a intenção de desviá-la de seu papel natural de mãe. Para tanto, jogavam-na num estado de imobilidade para impedir que amamentasse o filho. Isso mostrava a fragilidade de seu espírito, passível de ser influenciado por tais entidades. Encarnação foi submetida a sessões diárias de *desobsessão*.

Marchese demonstrava preocupação especial quando os casos envolviam crianças. Os prontuários desses casos costumam ser mais detalhados. O líder espírita via a família como a célula básica da sociedade. Um lugar especial era ocupado pela criança nessa concepção: *a criança é o espírito vulnerável, que deve ser protegido para que aproveite direito a encarnação para purificar suas faltas e corrigir seus defeitos*. Na constituição da família nuclear moderna, novas concepções sobre a criança foram disseminadas. Segundo Philippe Ariès (1981, *passim*), a ideia de infância só nasceu a partir do século XVII, com a disseminação da escolarização e o incentivo ao desenvolvimento da afeição entre pais e filhos. De uma posição secundária frente ao mundo dos adultos, a criança foi alçada à condição de figura central na família contemporânea. Espaços próprios foram criados para seu desenvolvimento, e a ela foi dirigida uma atenção especial. Esse novo estatuto gerou novas preocupações: o menor abandonado, a mortalidade infantil, o aleitamento materno, etc.

De acordo com Margareth Rago (1985, p. 77), no início do século XX a amamentação passou a ser prática fiscalizada por higienistas, pediatras, puericultores, filantropos, administradores

função desse processo, João Marchese foi obrigado a fechar o asilo espírita. A instituição foi reaberta na década de 1950 com o nome *Hospital Espírita "Discípulos de Jesus"*. Passou a contar com a presença de médicos diplomados, ficando os espíritas responsáveis apenas por tratamentos espirituais complementares. Tal instituição ainda estava em funcionamento quando da elaboração deste trabalho.

e religiosos. Todos eles condenavam as práticas sociais que atrapalhavam ou impossibilitavam a amamentação. A partir de então, o *desvio* frente ao papel de mãe e esposa, que gerava o abandono da amamentação dos filhos, passou a significar, além de um *desvio* moral, um crime previsto em lei, e que punha em risco o futuro das famílias e de própria nação.

Em Penápolis, as preocupações dos espíritas com a questão não eram isoladas. Várias campanhas foram criadas para estimular as mães a praticarem a amamentação. Nessas campanhas houve ampla participação de autoridades públicas, religiosos, médicos, jornalistas e professores. São inúmeros os artigos de jornais dedicados ao esclarecimento das mães sobre o tema. O jornal *O Pennapolense*, por exemplo, passou a publicar, a partir de 1929, uma coluna dedicada à questão. Intitulada *A palavra do médico*, dava dicas sobre como cuidar dos bebês, como prevenir e remediar doenças e a quem recorrer em casos de emergência. Na segunda metade da década de 1930, foi fundado um lactário na cidade, que passou a se responsabilizar pela coleta e distribuição de leite materno. As mulheres espíritas participaram ativamente dessas campanhas.

No caso dos homens, a *loucura* possuía características próprias. O desempenho no mundo do trabalho era o índice pelo qual se estabelecia o grau de loucura. Os comportamentos que desviavam o homem de seu papel de provedor do lar, pai e esposo, eram considerados sintomas de loucura. Nesses casos, a variedade de diagnósticos era maior, pois a loucura masculina parecia afetar todas as classes de espíritos.

Os internos agressivos, chamados *furiosos*, que necessitavam de cuidados constantes, eram vistos como a encarnação de espíritos impuros ou levianos. Tais espíritos, segundo os responsáveis pelo asilo, seriam inclinados a todos os vícios, pois eram ignorantes e inconseqüentes. Sua condição inferior no plano evolutivo seria identificável em função de sua ligação instintiva e despuddorada com os prazeres carnaís. A exteriorização de sua condição inferior ligava-se, portanto, a práticas ligadas ao corpo. Segundo

Marchese, “*espíritos impuros podem ser identificados por sua conduta carnal. São eles que se debatem e (...) se tocam praticando a pior forma de relação sexual.*”¹² Em tais casos, Marchese acreditava não haver influências externas no comportamento do doente.

São criaturas pobres de espírito, padecendo de sua carnalidade extremada. Seus atos são próximos dos actos dos animais, sua razão é primitiva e sua busca maior é por sentimentos corporais sua baixaza vem de dentro.”¹³

Para esse tipo de paciente não haveria possibilidade de cura imediata. Segundo Marchese, seu espírito necessitava ainda de sucessivas reencarnações para que se depurasse e conseguisse a iluminação. A função do tratamento no asilo era simplesmente direcionar seus espíritos para essa evolução futura, com resultados mínimos. As sessões mediúnicas a que eram submetidos teriam o objetivo de canalizar boas vibrações para suas almas, invocando bons espíritos para guiá-los em suas provações.

Tudo o que podemos fazer por eles é tentar tirar seus vícios obscuros, suas ações animais. Tudo o que podemos fazer é rascunhar uma nova conduta para esses infelizes. O plano evolutivo de Deus cuidará do resto.¹⁴

A mordaza e a clausura eram adotadas nesses casos. A condição evolutiva inferior desses internos, que se aproximaria da escala animal, demandava, de acordo com as prescrições da doutrina, tratamento semelhante àquele que se emprega no adestramento de animais:

12 Prontuário n. 08, outubro. de 1935, p. 24

13 Ibidem, p. 25

14 Ibidem. p. 27

Temos que ensinar com o artifício do castigo. Se se debatem, devemos amarrar seus pés e mãos. Se gritam, devemos tapar sua boca, se tocam nas partes, devemos eliminar sua liberdade de movimento. Só assim entenderão que as privações por que passam é consequência de seus atos ruins.¹⁵

Esse era o caso de um interno de nome Jurandir, agricultor que morava nos arredores do município de Penápolis. Em seu prontuário de internação, Marchese indicou os motivos que levaram os pais do rapaz a procurá-lo.

Jurandir morava com seu pai e sua mãe perto do córrego Lageado, era sustentado pelo pai e ajudava em alguns trabalhos na roça, mas de vez em vez era acometido de acessos de fúria e comportamentos errados, se tornou por isso um peso para seu pai que no dia 29 de outubro [de 1935] me procurou dizendo que Jurandir tinha quebrado muitos moveis de sua casa e também tinha incomodado crianças seus vizinhos e conhecidos...¹⁶.

Os indícios arrolados por Marchese reforçavam suas suspeitas de que se tratava de um espírito impuro. Seu comportamento desviava-se dos padrões de normalidade. Primeiramente Marchese arrolou informações sobre a conduta sexual de Jurandir. Constatou, por meio de uma conversa com seu pai, que ele constantemente se masturbava e demonstrava ter pouco controle sobre seus desejos sexuais. A conduta sexual *desviante* de Jurandir foi considerada indício inquestionável de sua condição de espírito impuro. A loucura, nesse caso, era a exacerbação e exteriorização desse desvio.

O comportamento violento e os vícios, segundo a leitura de Marchese eram característicos de outro tipo de loucura: a das

15 Ibidem, p. 28.

16 Prontuário de Jurandir, n. 78, p. 167.

peçoas *obsedadas*¹⁷. Os *obsedados* eram tão perigosos quanto os outros habitantes da ala 3 do asilo, reservada para loucos violentos, mas o seu processo de tratamento era diferenciado. Baseava-se na expulsão do espírito *obsessor* através de sessões mediúnicas que costumava ser bastante ruidosas. Tal fato era justificado pelos espíritas pelo fato do *obsessor*, nessas ocasiões, resistir à expulsão, proferindo palavras de baixo calão e ameaçando os médiuns presentes na sessão.

Quando livres da obsessão, os doentes eram considerados totalmente curados. As pessoas enquadradas nessa categoria passavam, na maioria das vezes, apenas alguns dias nas dependências do asilo. A narração dos casos de obsessão preenche páginas e páginas de prontuários do asilo. Marchese obteve, por causa dos rituais de *desobsessão*, grande fama na região, recebendo diariamente diversos pedidos de auxílio. O líder espírita chegou a descrever as condições degradantes a que eram submetidas tais pessoas quando de sua remoção para o asilo.

Chegavam em caminhões de cinco a oito por vez acorrentados na carroceria, para tirá-los de lá precisava mais de cinco pessoas, e os arrastavam para dentro do asilo enquanto gritavam e blasfemavam... Eu pedia para que não fossem tão cruéis com os dementes, mas nem sempre as autoridades e os responsáveis ouviam.”¹⁸

Outro habitante da ala 3 era o chamado *louco cármico*. Sua condição, de acordo com a leitura espírita de Marchese, resultava da expiação por atos praticados em outras vidas. A gravidade de suas faltas demandava um período de sofrimentos, geralmente com a duração de uma vida carnal. O *louco cármico* sofria para poder superar seu estado, pagando suas faltas. Essa condição de loucura permanente atribuída a ele, impedia que se estabelecesse

17 Obsedado era o termo utilizado pelos espíritas para referirem-se às pessoas influenciadas por espíritos baixos desencarnados.

18 Prontuário n. 130, p. 299.

um processo de tratamento igual ao dos outros *loucos*. Marchese acreditava que o tratamento deveria ser apenas rotineiro, de contenção de seus atos mais violentos e cura de seus males físicos.

A loucura quando provém da expiação é para toda vida carnal (...) a pessoa expia seus erros (...) o que podemos fazer é evitar que além dessa privação o doente sofra outras como consequência de sua condição. Um espírito em estado de expiação deve cumprir sua missão na terra para evoluir, esse é o sentido e a finalidade das almas segundo o plano divino, esse é o objetivo da evolução.”¹⁹

Mais complexa e sutil era, para Marchese, a loucura que acometia as classes superiores de espíritos, os *cultos e sábios*. Por causa de seu avançado estágio de purificação, eles seriam bons e conduziriam a vida terrena com *retidão de conduta, elevação moral e intelectual, discernimento e sabedoria*. Seriam, em suma, capazes de desempenhar satisfatoriamente o papel destinado a eles na vida carnal. Eram, segundo tal visão positiva, trabalhadores, caseiros e resignados quanto às razões de sua posição social e econômica. Sua elevação espiritual e intelectual e sua capacidade de julgamento os posicionavam, segundo Marchese, como guias para os menos afortunados. Assim, Praticavam boas ações, eram caridosos e davam exemplo. Tinham a missão de *emanar luz* e sabedoria, ajudando espíritos *impuros* em sua travessia carnal. Uma vida bem sucedida financeiramente era indício de elevação espiritual. Há no espiritismo a tendência a sacralizar a posição dos indivíduos na sociedade de classes. As diferenças sociais seriam justas, pois resultariam da lei universal do *carma*. O esforço individual e o acúmulo de boas ações é que definiriam o sucesso e o fracasso, a riqueza e a pobreza, a felicidade e a tristeza. De certa forma, os problemas sociais não eram entendidos, nessa visão, como real-

19 Prontuário n. 107, p. 223.

mente sociais, pois adviriam da conduta atomizada dos homens. A sociedade seria apenas a soma dessas atitudes individuais.

Como então a loucura se manifestava em seres tão perfeitos e tão pouco suscetíveis às tentações? A explicação cunhada por João Marchese era engenhosa. De fato os espíritos *cultos* e *sábios* não se deixavam influenciar por comportamentos *baixos*. Contudo, a tentativa constante dos espíritos *impuros* de desvirtuá-los, com a ambição de atrapalhar sua missão benigna, causaria o tormento dos *bons* espíritos. O espírito *culto* ou *sábio* teria, portanto, consciência do que seria bom ou ruim e do valor positivo de instituições como a família, do trabalho e dos atos de caridade. A tortura espiritual a que eram submetidos, contudo, poderia dificultar seu relacionamento familiar, seu desempenho no trabalho e sua firmeza e desprendimento na realização de obras de caridade.

(...) os impuros os atordoam (...) vêm ao pé de seu ouvido a noite e perturbam seu sono, os enervam com palavras de baixo calão distraem quando tentam trabalhar. Eles querem desencaminhar os bons, tirar do caminho da evolução espiritual (...) não só espíritos impuros desencarnados que atrapalham o plano divino, mas os encarnados também porque se apegam à carne, aos valores materiais e às ideias venenosas, falam de violência, revolução e outras coisas que destroem a harmonia do mundo.”²⁰

A sociedade é apresentada como harmônica e perfeita, sendo desestruturada pela ação de espíritos baixos, incapazes de encontrar o caminho da evolução moral e espiritual. A menção a ideias revolucionárias não é aleatória. Em diversas ocasiões, as lideranças espíritas se pronunciaram contra a ação política e intelectual de comunistas, anarquistas, etc. O ideário esquerdista foi tão estereotipado que chegou a ser apontado, por alguns líderes

20 Prontuário n. 685. p. 1048.

espíritas, como agente acelerador da degeneração dos pobres e dos trabalhadores²¹.

A procura pelo tratamento de *desobsessão*, no caso dos espíritos evoluídos, partia da própria pessoa, já que tinha consciência de sua condição. Sua internação era, geralmente, de apenas alguns dias e o processo de cura a que eram submetidas resumia-se a pregações do evangelho espírita e a sessões mediúnicas em que: “(...) o espírito obsessor é afugentado livrando o obsedado de suas lamúrias constantes.”²²

Pessoas enquadradas nesta ordem obtinham diversas regalias em sua curta carreira como internos do asilo. Como eram considerados em essência *bons*, não influenciáveis, podiam passear livremente pelas diversas alas do prédio. Seus quartos eram os mais confortáveis, situados na ala 1. Em grande parte dos casos, podiam até passear livremente para fora das dependências do asilo. Além disso, eram eles que decidiam quando deveriam retornar a seus lares.

Um espírito culto e um espírito sábio têm idéia do seu estado sua capacidade de julgamento não é afetada e nunca mentem (...) se dizem que estão livres do obsessor devemos acreditar neles.”²³

A instituição espírita atuava, portanto, como um aparelho normalizador da família, considerada por todos os envolvidos na contenção dos *desvios* como a célula fundamental da sociedade. Neste sentido, a concepção de sociedade ideal desenvolvida por João Marchese assemelhava-se àquelas defendidas por autoridade

21 Muitos dos apontamentos contrários ao comunismo foram produzidos após a *Intentona Comunista* de 1935, evento que fez aumentar os temores de uma revolução comunista no Brasil. O medo do comunismo foi capitalizado por Getúlio Vargas, o que facilitou a instalação da ditadura do Estado Novo.

22 Prontuário n. 695, p. 1069.

23 *Ibidem*, p. 1070.

des públicas e médicos. Em função de sua atuação, o poder público pôde enxergar no asilo espírita uma opção para a falta de vagas nas instituições mantidas pelo Estado. A articulação entre espíritos e autoridades públicas foi, portanto, possível nesse contexto, mesmo diante da postura cada vez mais *imperialista* da medicina em sua busca pelo monopólio do discurso sobre a doença e das práticas de cura. A naturalização e sacralização das diferenças sociais, dos papéis a serem desempenhados por homens e mulheres e própria ordem social, deu ao movimento espírita um caráter eminentemente conservador, contribuindo, a despeito das ruidosas disputas com católicos e, mais recentemente, evangélicos, para sua aceitação no Brasil.

Em fins do século XX, para se adaptar a uma cultura que valorizou cada vez mais o indivíduo, o consumo e a busca incessante pela felicidade, o espiritismo passará por sensíveis mudanças. Suas instituições filosófico-espiritualistas, com corpo doutrinário e ritualístico próprio, e com estilo iniciático e organizacional parecido com a estrutura de outros cultos ou grupos de culto, passarão a conviver com dissidências que se aproximaram da auto-ajuda e do esoterismo holístico. Diversos espaços surgiram para a promoção de eventos, como vivência e *workshops* de natureza terapêutica, divinatória, espiritual, palestras e cursos (LUZ, 1998, passim). Luiz Gasparetto, que fundou o *Espaço Vida e Consciência* na década de 1980, é um dos mais famosos representantes dessa nova corrente espiritualista. Mas tal mutação foge ao escopo deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Angélica Aparecida Silva de. Uma fábrica de loucos: psiquiatria x espiritismo no Brasil. 2007. 232 p. Tese (Doutorado em História). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2000.

ARIÈS, Philippe. História social da família e da criança. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. Conflitos entre um médium e a justiça (1930/40): discussão sobre as possibilidades de utilização do documento judiciário na pesquisa histórica. *Revista Pós-História*. n. 7, UNESP: Assis, SP, 1999.

CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de. Curandeirismo e medicina: práticas populares e políticas estatais de saúde em São Paulo nas décadas de 30, 40 e 50. Dissertação (Mestrado em História). Assis-SP: Universidade Estadual Paulista, 1995.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

COSTA, Emília Viotti. A dialética invertida: 1960-1990. *Revista Brasileira de História*. São Paulo: ANPUH/ Marco Zero .vol. 14, n. 27, 1997.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *Cidadelas da ordem: a doença mental na República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ENGEL, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. DEL PRIORI, Mary. (org.). *História das mulheres no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Contexto, 1997.

FRAYSE-PEREIRA, João Augusto. *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultural; Brasiliense, 1985.

FONSECA, Cláudia. Solteironas de fino trato: reflexões em torno do (não) casamento entre a pequena burguesia no início do século. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 9, n. 18, ago 1989.

FOUCAULT, M. *A história da loucura na Idade Clássica*. 4. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

KARDEC, Allan. *O livro dos espíritos*. Rio de Janeiro: FEB, 1992.

LUZ, Leila Amaral. *Carnaval da alma: comunidade, essência e sincretismo na Nova Era*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Museu Nacional. Rio de Janeiro, 1998.

MOULIN, Anne Marie. Os frutos da ciência. LE GOFF, Jacques (org). As doenças tem história. Lisboa: Terramar, 1985.

PETERS, Carlos Eduardo Marotta. Asilo Espírita “Discípulos de Jesus” de Penápolis: a loucura no cotidiano de uma instituição disciplinar (1935-1945). 143 p. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Estadual Paulista, Assis-SP, 2000.

PIERUCCI, Antonio Flávio; PRANDI, Reginaldo. A realidade social das religiões no Brasil: religião, sociedade e política. São Paulo: Hucitec, 1996.

REVEL, Jacques. Microanálise e construção do social. In: REVEL, Jacques (org.). Jogos de escalas: a experiência da microanálise. Trad. Dora Rocha. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

RAGO, Margareth. Do cabaret ao lar: a utopia da cidade disciplinar. Brasil 1890-1930. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

RAGO, Margareth. O efeito-Foucault na historiografia brasileira. Tempo Social - Revista de Sociologia da USP. São Paulo, 7 (1-2), out. 1995.

SÁ, Geraldo Ribeiro de. A prisão dos excluídos: origens e reflexões sobre a pena privativa de liberdade. Minas Gerais: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora; Rio de Janeiro: Diadorim, 1996.

STOLL, Sandra Jacqueline. Espiritismo à brasileira. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; Curitiba: Orion, 2003.

WEBER, Beatriz Teixeira. As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria: Editora da UFSM, Bauru: EDUSC, 1999.



A religiosidade na medicina popular

Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo

A medicina popular compreende um sistema médico, visto envolver em seu corpus os quesitos básicos para que assim a entendamos: diagnóstico, etiologia e terapêutica. Seus conhecimentos, fundamentados no saber empírico acumulado, são calcados em ideias e valores ditados pelo consciente coletivo, segundo o contexto sociocultural no qual se insere, cujos significados são partilhados por todos seus membros. Transmitidos por meios predominantemente orais, tais conhecimentos envolvem o corpo em sua relação com a saúde, a doença e a cura de males físicos, mentais e espirituais.

A medicina popular vem mantendo seu espaço na sociedade contemporânea, lado a lado com o sistema médico oficial. Porém, por influência do etnocentrismo da medicina hegemônica, hoje ela é entendida como produto de cultura inferior, por não ter valor reconhecido cientificamente e, fundamentalmente, por ter incorporado em seus modelos, a espiritualidade.

Entendendo que entre culturas não há uma superior à outra, mas apenas diferenças, as medicinas que se competem na preferência popular representam paradigmas diferentes, orientados por padrões culturais diferentes.

O sistema médico popular, em sua dinâmica, ao delinear seu perfil nos diferentes contextos socioculturais do país, vem imprimindo desde os tempos coloniais, traços que apontam a predo-

minância de elementos doutrinários de caráter religioso, veiculados pelas três principais matrizes influenciadoras: portuguesa, indígena e africana, certamente, benéfico para o doente.

Decorrente dos sistemas de crença envolvidos no processo histórico da medicina popular brasileira, diferentes categorias de protagonistas, foram se firmando no país, com suas designações próprias, tais como:

curandeiros, benzedeiros, rezadores, raizeiros, pais e mães-de-santo, mestres catimbozeiros, juremeiros, pajés urbanos e pajoas, entre outros doutores na arte de curar, eleitos pelo povo (Camargo, 2011, p.42).

Lembramos, porém, que o termo pajé, tanto pode ser designativo de pajé indígena ou caboclo, como aqueles que, em comunidades negras, desempenham atividades médico-religiosas, comum no Maranhão, segundo Ferretti (2004)

Em uma contextualização histórica, sociocultural e religiosa na dinâmica da medicina popular, tem destaque a influência da matriz portuguesa, representada pela medicina jesuítica dos primeiros séculos de colonização, quando os procedimentos de ordem religiosa se confundiam com remédios, sangrias e tudo o mais empregado para salvar o doente das doenças, assim como sua alma, garantindo a vida eterna através do batismo, caso a morte não pudesse ser evitada (Marques, 1997).

As ideias religiosas, veiculadas pelos jesuítas em seu trabalho de catequese, desempenharam papel fundamental na formação da mentalidade brasileira do ponto de vista religioso, ao ligar a doença a castigo divino e a morte a vontade de Deus. Tais ideias foram se fixando na mentalidade dos colonos e indígenas catequizados, ao se perpetuarem, até hoje, nas práticas de muitos curadores que se apoiam em rezas e benzeduras, além de pregarem a devoção a santos católicos, como intercessores junto a Deus na obtenção de curas (Rodrigues s/d; Santos Filho, 1947, parte IV cap.25).

Foi na Idade Média que o Cristianismo recuperou a noção de doença-punição dos povos da Mesopotâmia, 3000 anos a.C.,

com a ideia de que a doença marca o pecado (Dias, 2007), a exemplo da lepra, doença que aparece nos Evangelhos como estigma da impureza dos homens, ideia que permaneceu por toda a Idade Média, como símbolo do pecado, segregando os portadores deste mal em leprosários. Eram exigidos dos doentes que ingressavam aos hospitais medievais, a confissão e a comunhão para a remissão dos pecados e a obtenção da harmonia com Deus, como condição para o êxito da ação terapêutica.

Daquela maneira de pensar a doença, a cura e a morte, foram se desenvolvendo práticas piedosas: orações, promessas a santos protetores, penitências, procissões, peregrinações a santuários, usos junto ao corpo de objetos benzidos, como terços, medalhas, escapulários, etc., assim como agradecimentos por curas através de ex-votos depositados em salas de milagres (Scarano, 2004) e, sobretudo, o uso dos remédios milagrosos.

A associação “doença” – “remédio divino” – “cura milagrosa” perdura no pensamento médico popular dos curadores de hoje, como herança da cultura religiosa portuguesa apreendida pelos jesuítas, ao admitirem que as enfermidades do corpo e da alma, somente poderiam ser curadas por intervenção divina (Marques, 1997).

Os jesuítas teriam sido os que mais contribuíram para o conhecimento das plantas medicinais nativas que, ao lado das exóticas trazidas pelos conquistadores, eram empregadas na manipulação dos remédios preparados nas boticas juntos a seus colégios espalhados pela costa brasileira. Foi famosa a *Coleção de receitas medicinais*, do Colégio da Bahia e de Olin-da. Entre elas, estava a *Triaga Optima* da Botica do Colégio Romano, a *Triaga da Índia*, *Triaga contra lombrigas* e a *Triaga Brasileira*, composta de mais de sessenta substâncias, considerada a mais importante farmacopeia jesuítica (Santos, 2009). Nesta triaga, como mencionada por este autor, já eram empregadas plantas nativas ensinadas pelos indígenas, entre elas: jacarandá (*Dalbergia spp* – Fabaceae), copaíba (*Copaifera spp* – Fabaceae); maracujá (*Passiflora alata* Ait, *P. edulis*

Sims. – Passifloraceae); jaborandi (*Pilocarpus spp* – Rutaceae (Joly & Leitão Filho, 1976; Rizzini & Mors, 1976). Santos (2009) acrescenta que a introdução das plantas nativas nas farmacopeias jesuíticas, citando Ferraz (1995), fez com que a matéria médica trazida pelos europeus às colônias americanas fosse profundamente modificada.

Triagas eram polifarmácias à base de vinho e mel, acrescidas de substâncias de origem vegetal, animal e mineral. O termo, de origem grega – *Theriake* – e latina – *Theriaca*, inicialmente significava antídoto contra envenenamentos de qualquer origem, exceto os corrosivos (Santos, 2009). Ficou conhecida no séc. II a.C., a Triaga de Mitrídates, rei do Ponto, a qual, depois, Andrômaco, médico de Nero a reformulou, no século I (Santos, 2009:62; Albarracin, 1993). Esta triaga, entre outras, inclusive a de Galeno, tornaram-se famosas por toda Idade Média e Renascimento, ganhando prestígio na Europa, assim como no Brasil, até final do séc. XIX, e, ainda, presentes nos formulários adotados nas escolas médicas da Bahia e do Rio de Janeiro, nas primeiras décadas século XX.

A triaga como fórmula medicinal, de uso no Brasil, foi mencionada por Chernoviz (1890:1073), como consta da 6ª edição de seu *Diccionario de medicina popular e das ciencias accessorias. Para uso das familias*, onde, fazendo referência à triaga composta de 71 substâncias, diz: “Este electuario antigo é empregado ainda hoje como calmante e contra as diarrehas, da dose de 4 a 16 grammas em clysteres ou em pílulas”.

Com a expulsão dos jesuítas em 1760, por ordem do Marquês de Pombal, devido ao isolamento a que foram submetidas as populações no entorno dos colégios por eles fundados na costa brasileira, foi se desenvolvendo modelos religiosos, culminando no que hoje chamamos de catolicismo popular (Seabra, 2003). Este alimentava a ideia da prevalência da vontade divina em casos de doenças e curas e privilegiava os remédios manipulados por aqueles dotados de saberes oriundos de dons divinos, os remédios milagrosos.

DA TRIAGA À GARRAFADA.

As garrafadas, conhecidas dos brasileiros de norte a sul do país, sem dúvida podem ser consideradas herdeiras das velhas triagas.

Hoje, cabe aos detentores do saber médico, eleitos pelo povo por seus poderes sobrenaturais, quem as manipula, agregando em veículos alcoólicos – cachaça ou vinho branco – mel e substâncias de origem vegetal, mineral e animal, tal como nas antigas triagas.

É possível admitir que o vocábulo triaga tenha sido substituído no meio popular, por “garrafada”, por volta de 1640, quando até então, só as boticas dos Colégios jesuíticos eram autorizadas a preparar remédios. Só a partir daquele ano que pessoas de fora daqueles colégios poderiam exercer o ofício de boticário, mediante autorização do físico-mor em Lisboa ou de seu representante em Salvador, na Bahia. Após aquelas disposições legais, proliferaram as boticas, se arvorando em boticários muitos lavadores de vidros ou simples ajudantes das boticas jesuíticas (Santos, 2009), os quais passaram a preparar suas próprias receitas, acondicionadas em garrafas, e a vendê-las em suas próprias boticas.

As triagas, transmutadas em garrafadas, atravessando séculos, hoje manipuladas pelos curadores, estão presentes nos ambientes sagrados de diferentes sistemas de crença, nos mercados, feiras livres e no comércio ambulante de todo o país.

Considerando a “garrafada” herança das velhas triagas, vindas de um passado distante, qual a razão de sua sobrevivência nas sociedades contemporâneas, onde todos os brasileiros são amparados pelas políticas públicas de saúde que, se supõe, lhes garantem a medicação de que necessitam? O que significa curadores, à frente de hospital público, fornecendo “garrafadas”, ao lado de plantas medicinais, a doentes que acabam de sair de suas consultas, aquelas que as políticas públicas lhes garantem por direito?

Quais pesquisas foram feitas, buscando saber as razões de estarem ali curadores à frente de hospitais, aguardando seus clien-

tes, com seu comércio ambulante de produtos medicinais, antes de serem banidos pelos órgãos públicos competentes, pela inconveniência de estarem ocupando aquelas áreas?

Resposta a estas questões pode estar, simplesmente, na posição inflexível da biomedicina em não buscar compreender os valores culturais que norteiam as práticas médicas populares, principalmente por ter incorporado em seus modelos, a espiritualidade, elemento que se associa aos conceitos: *saúde, doença e cura*, bem diferentes daqueles apregoados pela medicina cartesiana.

A espiritualidade, condição humana de dimensão transcendental, está presente na tradição cultural brasileira por herança, basicamente, das principais matrizes influenciadoras, dando origem aos diferentes sistemas de crença desenvolvidos no país, com destaque para as religiões mediúnicas, onde acontecem rituais de cura.

Sem uma explicação concreta à espiritualidade, por tratar-se de bem imaterial, a mente humana vagueia por um universo que não existe no concreto, mas ela crê existir porque se herda culturalmente do grupo familiar, social e religioso, nele buscando os significados da vida, dando sentido a ela. Por sua vez, a espiritualidade mantém uma relação de parentesco com a religiosidade, visto estar, esta, desempenhando seu papel social, ao buscar disciplinar o homem em suas ideias sobre o intangível universo de seus pensamentos, voltados ao sagrado, levando-o a obedecer doutrinas e regras, aquelas que vão dar sustentação aos sistemas de crença, onde congregam adeptos (Camargo, 2005/2006).

É a religiosidade que confere à medicina popular seu caráter sacral, condição que faz alimentar no homem e no grupo social ao qual pertence, a crença nos “poderes” sobrenaturais do curador de interpretar doenças, indicar terapias e de preparar remédios, aos quais se admite de eficácia garantida.

Na medicina popular, o curador ouve a queixa do doente atentamente e, usando dos recursos que julga os mais adequados, busca restituir ao indivíduo que sofre, o estado anterior à instalação do mal que o levou à consulta. O curador, com base em sua experiência, é capaz de perceber que o sofrer implica na interação de fatores

físicos, mentais, sociais e espirituais, conjugados subjetivamente por aquele que sofre algum mal. Este mal pode ser traduzido em dor física localizada, possibilitando ao curador, depois de determinada a etiológica subjetivamente construída, determinar o órgão afetado ou a parte do corpo atingida e a terapia a ser aplicada.

Na verdade, há uma cumplicidade entre o doente e o curador em torno do poder simbólico de cura, que se supõe presente nos recursos terapêuticos empregados. Situação que se cria não só nos ambientes coletivos onde congregam adeptos deste ou daquele sistema de crença, mas, também, com a mesma intensidade, tal cumplicidade se dá quando do encontro isolado de um curador com seu consulente. São, para todos os envolvidos, entendidos como momentos sacralizados.

Consideremos que, a partir da interação que se estabelece entre o curador e o doente em rituais de cura, todo o conjunto ritualístico compreendido de elementos materiais e imateriais empregados, como: benzeduras, passes, bençãos, banhos, remédios, transes de incorporações etc se torna sagrado ao ser investido de poder. Citamos, ainda, as plantas medicinais empregadas em chás, unguentos, xaropes, garrafadas e, ainda, cremadas em cigarros, charutos, cachimbos e incensórios, aos quais são atribuídas propriedades que transcendem as classificações taxonômicas, fórmulas químicas e análises farmacológicas. Para o curador, outras propriedades são para ele, tão ou mais importantes que os aspectos materiais (Oliveira, 2010) dos elementos de que compõem o conjunto ritualístico de cura.

Diante da apreensão da natureza religiosa do pensar médico popular, sejam quais forem os modelos de crença envolvidos, podemos admitir estar todo o conjunto ritualístico presente, desempenhando duplo papel, embora complementares:

papel sacral²⁴ e papel funcional

24 Termo tomado emprestado de Cândido Procópio Ferreira de Camargo em *Umbanda e Kardecismo*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1961:112.

Naquele conjunto, podem estar: plantas ou remédios, posturas e movimentos corporais – mãos, pernas, braços, tronco, cabeça – comuns, por exemplo, no desenvolvimento de transes de possessão induzidos por estímulos sonoros – percussão de atabaques, cantos e palmas – acompanhados de danças, próprios das religiões afro-brasileiras. Também nos procedimentos de pajelança, benzedura, passes, com ou sem imposição das mãos, envolvendo curadores, portando ou não objetos de qualquer natureza, como: ramos de plantas, terços, imagens, cabaças, maracás, facas, etc.

Esta dicotomia propiciará condições de se analisar, separadamente, os conteúdos de cada papel.

1º- *Papel sacral* de valor simbólico, subjetivamente construído no mito e legitimado no rito, que faz impregnar todos os elementos presentes dos poderes curativos emanados de forças sobrenaturais, segundo ditam os sistemas de crença dos quais fazem parte o doente, o curador e seu grupo familiar e social.

2º- *Papel funcional* – na apreensão dos elementos de que compõe o conjunto ritualístico, considerando-os separadamente, em seu valor intrínseco – componentes químicos, princípios ativos e consequentes, atividades biológicas – passíveis de verificação empírica.

Esta dicotomia possibilitará ao pesquisador enveredar por discussões mais abrangentes, dada a multidisciplinaridade que caracteriza os estudos da medicina popular, ao envolver diferentes áreas do conhecimento.

No papel sacral percebe-se a prevalência do pensamento subjetivo de explicações passíveis de diferentes interpretações, enquanto no papel funcional, prevalece o pensamento passível de explicações racionais.

A princípio, esta ideia de investigação foi aplicada às plantas medicinais, presentes nos rituais, particularmente, as psicoativas, a fim de procurarmos entender e explicar seu papel no conjunto ritualístico de cura, nos sistemas de crença afro-brasileiros, visto sabermos de antemão, que a escolha das espécies botânicas não é aleatória, pois cada uma tem seu papel bem definido nos rituais.

A escolha das plantas psicoativas decorreu de suas propriedades em propiciar estados alterados de consciência, possibilitando as condições ideais para o contato com o sobrenatural, a exemplo do transe de possessão, momento em que as entidades invocadas assumem seus papéis nos rituais de cura. A princípio nos fixamos na ideia de que o estado de transe proporcionasse condições especiais quando da comunicação com os doentes, enquanto linguagem verbal. Assim, em estado de transe, o médium, através da entidade incorporada, usando de um linguajar com forte carga emocional e de convicção quanto aos seus poderes, possibilita ao doente, impregnado de sentimento de fé, admitir sentir-se curado, fator que se soma ao convencimento de estar, realmente, diante da entidade curadora.

Quanto ao *papel sacral* do transe de possessão em rituais afro-brasileiros, podemos admiti-lo, também, em seu *papel funcional*, se comparado ao transe hipnótico empregado em consultório médico, na cura de transtornos mentais. Quando comparadas as técnicas de indução do transe em consultório empregadas para se atingir as etapas hipnoidais ideais, com as técnicas empregadas em rituais religiosos afro-brasileiros, por exemplo, encontramos muita semelhança. Porém, as diferenças estão em quem é submetido à hipnose. Em consultório médico é o paciente, aquele a ser o submetido ao transe hipnótico, momento quando o médico procura introduzir ideias em sua mente, enquanto nos rituais afro-brasileiros, é o médium que entra em transe para assumir uma entidade que, incorporada nele, passa a ser o agente curador.

Concluimos que, analisar somente o papel das plantas medicinais psicoativas ou não, de atividades biológicas cientificamente comprovadas é, simplesmente, fragmentar a investigação. Tal postura não nos leva a um resultado capaz de explicar as curas, uma vez que as plantas são, apenas, parte de um conjunto de outros elementos, combinados, buscando os mesmos fins.

Pesquisas mais abrangentes, nos levaram a admitir estarem as supostas curas na complementaridade dos papéis *sacral* e *funcional* do conjunto ritualístico, interagindo com a maneira como o doente, em sua fé religiosa, assimila a etiologia subjetivamente

construída e decodificada pelo curador e a terapêutica por ele indicada, fazendo-o crer em sua eficácia e na certeza da cura.

Diante do exposto, ponderamos ser a medicina popular regida por três princípios básicos:

1. *Princípio da legitimidade.* Todos os instrumentos de ordem material e imaterial presentes nas práticas de cura, tem seus papéis legitimados por ritos próprios. Estes, certamente, obedecendo aos ditames que orientam os sistemas de crença, aos quais pertencem os grupos sociais inseridos numa dada sociedade, são irmanados por ideais religiosos comuns, os quais orientam suas vidas, cujos significados são partilhados por todos.

2. *Princípio da sacralização.* Tornam-se sagrados, todos os elementos de que compõe o conjunto ritual de cura, aqueles que, segundo Durkheim (1989), separados de seu contexto original por meio de ritos próprios, são impregnados de poderes sobrenaturais, denominados pelos curadores como: axé, força vital, energia, vibração, etc. Como parte deste contexto, estão as plantas que, deslocadas de seu habitat natural – o do contexto vegetal propriamente dito – lhes são imputados valor sacral, legitimado por ritos próprios (Camargo, 2005/2006).

3. *Princípio a credibilidade:*

a. na crença do curador na eficácia das técnicas por ele adotadas, assentadas em sua experiência.

b. na crença do doente nos poderes sobrenaturais do curador, que provem de dons divinos.

c. na crença expressa pelo consenso, considerando todo o grupo familiar, social e religioso, nos reais poderes do curador, capazes de devolver ao “doente”, o estado anterior à instalação do mal que o levou à consulta.

Lembramos que os itens do princípio da credibilidade já foram aventados por Levy-Strauss (1976), ao tratar da eficácia

simbólica da magia. Porém, admitimos não nos bastarmos com o rótulo simplista de eficácia simbólica para as supostas “curas” que, envolvendo terapias que somam elementos de ordem material e imaterial, possibilitem ao doente, “sentir-se curado”.

Podemos conhecer cada elemento do conjunto ritualístico de cura em seus valores intrínsecos e em suas potencialidades, enquanto em seus papéis funcionais. Mas, uma análise sobre como se comporta todo o conjunto ritualístico na complementaridade dos papéis sacral e funcional, se combinando na cadeia de interações que se processa entre eles e junto à dinâmica do corpo humano, em seus componentes: físico, bioquímico, psicológico, tal análise, se orientada pelos recursos da biomedicina, certamente, vai esconder os porquês do “sentir-se curado”, ou seja, o estado de saúde almejado pelo doente e alcançado pelo curador.

O espírito combativo da medicina hegemônica, face os princípios que regem a medicina popular, só se abrandará a fim de viverem harmonicamente nas sociedades brasileiras, quando aquela admitir que os sistemas médicos que se competem na sociedade brasileira, compreendem paradigmas diferentes, regidos por padrões culturais diferentes. Tais padrões vão fundamentar os princípios básicos que regem, primordialmente na interpretação do “sentir-se curado”, um estado que se alcança na plenitude da harmonia mente/corpo, ao colocar o sistema imunológico em sua posição mais elevada, certamente, benéfico para o doente.

REFERÊNCIAS

Albarracín, Agustín. O fármaco no mundo antigo. História do medicamento

v.2. Rio de Janeiro: *Glaxo do Brasil*; 1993.

Camargo, M.T.L.A. Os poderes das plantas sagradas numa abordagem etnofarmacobotânica. Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia. São Paulo, n. 15 – 16, p. 395 – 410, 2005 - 2006

Camargo, Maria Thereza L. Arruda. “Garrafada na medicina popular. Uma revisão historiográfica”. *Revista Dominguezia* – Museo Juan A. Dominguez vol. 27 (1) 2011. Facultad de Farmácia e Bioquímica – Universidad de Buenos Aires – Argentina.

Chernoviz, Pedro Napoleão. *Diccionario de medicina popular e das ciencias accesorias para uso das familias*. 2 vols. Paris: A.Roger & F.Chernoviz; 1890.

Dias, J.P. Sousa. *A farmácia e a história*. (org.) História da farmácia e dos medicamentos. (org.) Ricardo Fernandes de Menezes. (On line) www.acd.ufrj.br/consumo/leituras/lm_historiafarmaciamed.pdf [05/09/2007]

Durkheim, E. *As formas elementares da vida religiosa*. São Paulo: Ática, 1978, Coleção Grandes Cientistas Sociais.

Ferraz, Márcia H.M. Química médica no Brasil Colonial; o papel das novas terras na modificação da farmacopéia clássica. In: Alfonso-Goldfarb,

A.M. & C.A. Maia (orgs) *História da ciência: o mapa do conhecimento*. Rio de Janeiro/São Paulo: Expressão e Cultura/EDUSP; 1995.

Ferretti, Mundicarmo. *Pajelança do Maranhão no século XIX: o processo de Amélia Rosa*. SãoLuís MA: CMF/FAPEMA; 2004.

Joly, Ayrton Brandão; Leitão Filho, Hermógenes de Freitas. *Botânica econômica*. São Paulo: HUCITEC; Ed. Universidade de São Paulo; 1976

Levy-Strauss, C. A eficácia simbólica. In: _____. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1976

Marques, Vera R. Beltrão. Remédios secretos – Saberes e poderes. trabalho apresentado no 49º /Congresso Internacional de Americanistas, Sección Medicina y salud. 7-11 de julio, Quito- Equador: 1997.

Oliveira, Walter. A construção da saúde e o espaço da medicina tradicional. www.ccs.ufsc.br/spb/walter.doc. Acesso em 10/08/2010

Rizzini, Carlos T. ; Mors, Walter B. *Botânica econômica brasileira*. São Paulo: EPU, Editora da Universidade de São Paulo; 1976.

Rodrigues, Lopes, *Anchieta e a medicina*. Belo Horizonte MG: Edições Apollo; s/d.

Santos, Fernando Santiago dos. *As plantas brasileiras, os jesuítas e os indígenas do Brasil: história e ciência na Triaga Brasília (séc. XVII-XVIII)*. São Paulo: Novo Autor Editora; 2009.

Santos Filho, Lycurgo. *História da medicina no Brasil (séc. XVI- séc. XIX)*. 2 v. São Paulo: Brasiliense; 1947. (Estudos Brasiliensis 3)

Scarano, Julita. *Fé e milagre*. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo; 2004.

Santos, Fernando Santiago. *As plantas brasileiras: os jesuítas e os indígenas do Brasil: história e ciência na Triaga Brasília (séc. XVII – XVIII)*. São Paulo, Novo Autor Editora; 2009.

Seabra, Odete C. Lima. *Cotidiano e vida de bairro na metamorfose da cidade em metrópole, a partir das transformações do bairro do Limão*. Tese de Livre-Docência do Departamento de Geografia da USP, área: Geografia Urbana. 2003.



A sociedade no corpo: Modernidade e corpos fantasmiais¹

Angel Martínez-Hernández

INTRODUÇÃO

O título deste texto é uma evidência e ao mesmo tempo uma modesta provocação. Evidência, porque os humanos somos seres sociais que estamos enredados numa urdidura de significados, expectativas sociais e valores que terminam nos completando como humanos, incluindo nossa corporalidade (que é o cérebro senão um órgão socializado?). Provocação, porque é uma forma de se descentrar do olhar hegemônico das epistemologias individualistas que se converteram em funcionais com nosso tempo, especialmente com um modelo capitalista necessitado tanto da ideia de explicações individualistas do comportamento como de consumidores que se criam e se pensam a si mesmos como autônomos. Não obstante, somos seres sociais, a sociedade está em nosso corpo como nosso corpo na sociedade, e isto me parece

1 Este texto é uma elaboração em português de um artigo publicado anteriormente em espanhol (Martínez Hernández 2009). Quero aproveitar para agradecer a Rodolfo Puttini e a Leila Marrach Basto de Albuquerque a maravilhosa hospitalidade oferecida no 1º Seminário de Ciências Humanas e Sociais no Campo da Saúde realizado no campus de Rio Claro (SP) da UNESP no qual se apresentou uma versão deste texto.

válido para qualquer momento histórico, incluindo a sociedade líquida contemporânea.

O caráter líquido da sociedade moderna e de seu estilo de vida associado se converteu nos últimos anos numa metáfora recorrente na paisagem intelectual das ciências sociais e humanas. Com tal tropo se querem evocar imagens de transformação social e fluidez, onde as formas de fazer e de estar mudam antes que se sedimentem, obrigando aos cidadãos da modernidade a uma reinvenção constante de suas vidas e de suas identidades sociais; à precipitação do instável. A mudança contínua é o referente do estrutural na sociedade líquida, enquanto os saberes e práticas com pretensão de estabilidade se convertem em fantasmagorias que são eliminadas antes que possam tomar corpo. A fluidez da modernidade resignifica os horizontes antes que tenham sido definidos com clareza e arroja aos atores sociais, como indica Bauman (2006) com acerto, a um eu permanentemente impermanente, completamente incompleto, definidamente indefinido e autenticamente inautêntico.

O cidadão da modernidade mostra, efetivamente, algumas destas características que desenham um protótipo social de subjetividade unida ao hedonismo do efêmero. Isto não significa que tenham desaparecido as inércias que unem aos indivíduos a um mundo que também gera suas reiteraões, senão que o princípio predominante que rege agora as existências parece ser a estabilidade do instável. Antes que a vida social cristalice esta volta a procurar acomodo em outro tipo de estado, volta a reinventar-se e transformar-se. É como se a definição que a física nos brinda dos estados sólido e líquido da matéria adquirisse uma extremada força evocativa para definir nosso tempo; entendendo o primeiro, a solidez, como aquele que se baseia num movimento entre suas moléculas muito restringido e limitado a uma espécie de vibração em torno de uma posição de equilíbrio fixa; e o segundo, a liquidez, como aquele que permite que suas moléculas se encontrem relativamente livres e possam mudar sua posição respectiva. A modernidade líquida introduz um grau considerável de entro-

pia. Se como uma vez disse Clifford Geertz (1973), toda cultura organiza a experiência de seus membros pondo a seu alcance significados e fazes de significados, o cidadão da modernidade se vê abocado a construir seu projeto vital a partir de sistemas de valores e representações que longe de ser estáticos estão marcados pela ductilidade, a hibridação cultural, a complexidade, a inovação, o provisório e também a incerteza.

O propósito deste artigo é debater como na modernidade fluída se estabelecem também mecanismos de reiteração que permitem algumas cristalizações. Mais concretamente, meu argumento é que o cidadão da modernidade aparece unido à relação consumidor-mercadoria de uma forma diferente à estabelecida no passado, por ser este vínculo agora vertiginoso e ao mesmo tempo onipresente. Esta relação social, que é ademais laço econômico-político e cultural, conforma uma subjetividade que tende a amagar os desajustes sociais e a representá-los numa linguagem naturalizada que apela ao corpo mais do que ao discurso. É uma das características do novo individualismo e sua ênfase no corpo como agente hedonista e nas tecnologias corporais como promessas de reversibilidade corporal (o *fitness*, a cirurgia plástica, o prolongamento artificial da juventude, etc.) e de felicidade (a cosmética corporal e psicofarmacológica, entre outras). O corpo é agora uma dupla entidade fantasmal que é subjetivada (o corpo-consumidor) e objetivada (o corpo-mercadoria), simultaneamente que adquire sintonia com a sociedade de consumo. Mas antes de entrar nesta ordem de coisas é preciso que aqui tentemos decifrar, ainda que brevemente, as condições que possibilitaram a construção social desta nova subjetividade.

O CORPO, A VERTIGEM E A URBE GLOBAL

Um olhar à dimensão histórica nos devolve a imagem de uma vida social que vai tomando velocidade, ao menos desde a chegada da modernidade ocidental entre os séculos XVII e XVIII, e que exacerba sua celeridade nos últimos decênios da

mão dos processos de globalização. Não por acaso pós-modernidade (GIDDENS, 1990), super-modernidade (AUGE, 1993) e hiper-modernidade (LIPOVETSKY, 2006) são alguns termos frequentados para definir esta situação contemporânea. A famosa dicotomia que nos ofereceu Lévi-Strauss (1996) entre “sociedades frias” – onde a tradição se reproduz a si mesma, sem mudanças substanciais- e “sociedades quentes” –aquelas que transformam a reprodução numa espécie de espiral, quem sabe se ascendente ou descendente- adquire capacidade denotativa e associativa com a solidez e a liquidez, respectivamente. Frente à circularidade que se reproduz sobre si mesma fazendo questão de consolidar a tradição e o mundo social, as “sociedades quentes” impõem uma fluidez que os processos de globalização têm exacerbado e acelerado.

A “globalização” ou “mundialização” foi definida como um processo eminentemente tecnológico e econômico, ainda que também social, político, militar e cultural, que produziu uma interdependência regional e uma condensação do mundo até agora inéditas. Para alguns céticos se trata de uma quimera que é fruto de um excesso intelectual (HIRST E THOMPSON, 1996). Para outros é um conceito que define uma realidade objetiva, um novo vinco do capitalismo, chame-se “era global” (ALBROW, 1996), “era da informação” (CASTELLS, 1998) ou exacerbação da modernidade (GIDDENS, 1990). Os detratores da globalização como realidade objetiva são cada vez mais residuais, enquanto os defensores da validade empírica deste conceito efetuaram contribuições diversas sobre o mundo que nos toca viver.

Os teóricos da globalização costumam coincidir em que esta mostra diferentes dimensões, tanto em sua infra-estrutura (a tecno-economia mundo, as migrações multinacionais, geralmente organizadas desde o Sul para o Norte, a crise ecológica, etc.) como em seu super-estrutura (protagonismo das mídias, incremento das organizações políticas pão-estatais, metacultura global, etc). Uma delas –provavelmente a mais propugnada- é do que a internacionalização do capital e o poder de determinação

das redes de mercado multinacionais estão conformando uma economia-mundo caracterizada pela complexidade das relações e pela conseguinte perda de poder das estruturas estatais. Certamente, o Estado-nação é hoje mais do que nunca uma entidade vulnerável às estruturas financeiras internacionais. Uma estrutura que se caracteriza por sua volatilidade (CHESNAIS, 1994; CASTELLS, 1998; HELD et al, 1999). Quanto mais líquidos (HELD, 2000) e deslocados são os mercados, mais o Estado-nação se revela como uma instituição disfuncional, pois se mostra como demasiado pequena para enfrentar os reptos da globalização e –paradoxalmente– demasiado grande para dar conta dos desafios locais. Daí a intensificação que se produziu recentemente tanto das políticas e estruturas pão-estatais como da descentralização do poder no interior de muitos estados.

Outra das dimensões mais marcantes é a revolução tecnológica de tipo informacional que levou a transformar as concepções clássicas de espaço e tempo ou, se se preferem as palavras de um autor como Castells: “a substituição dos lugares pelo espaço dos fluxos e a aniquilação do tempo pelo tempo atemporal” (1998:384). Se o espaço tradicional se baseava numa coincidência entre simultaneidade e contiguidade, dando preeminência ao “lugar” sobre o global, agora o espaço se estaria organizando, ao menos para os processos hegemônicos de produção, poder, cultura e interação organizativa, em termos de fluxos que superam o princípio de contiguidade. Como indica Giddens (1990), a exacerbação da modernidade supôs a diferenciação progressiva entre o espaço (*space*) e o lugar (*place*). Este novo espaço se imbrica com um novo tempo reconstituído que deixou de ser linear, irreversível e previsível, para ser “deslocado”, ahistórico e aleatório, no sentido de introduzir descontinuidades em sua seqüenciação que fazem que passado, presente e futuro possam fragmentar-se e recompor-se num sistema virtual de “impulsos eletrônicos” (CASTELLS, 1998).

A urbe global não é outra coisa que o novo espaço dos fluxos. Não é a cidade como lugar (DELGADO, 2001). É a sociedade

como rede de relações de todo tipo que vai constituindo uma malha densa com posições de centralidade e de periferia, de globalização e desglobalização, de dominação e exclusão. A urbe global é uma estrutura de fluxos que fagocita áreas até faz umas décadas consideradas rurais por oposição ao urbano, que escapa à materialidade da cidade para espalhar-se e disseminar-se, para deslocar-se e atingir qualquer localidade. Isto não significa que o mundo local tenha desaparecido. Como diz Castells, se e verdade que a maior parte do poder se organiza no espaço dos fluxos, a gente segue vivendo nos lugares. As experiências cotidianas continuam inserindo-se nas relações cara a cara, nas identidades étnicas e nacionais, nos sistemas de parentesco e nos vínculos da afetividade.

Na minha perspectiva, é como se a dicotomia entre comunidade (*Gemeinschaft*) e sociedade (*Gesellschaft*) que organizou durante tanto tempo a divisão entre, por um lado, as relações a pequena escala e, por outro, a vida cidadã característica do modelo urbano-industrial (ver TÖNNIES, 1986), tivesse-se desintegrado com a introdução de uma terceira forma organizativa: a sociedade rede. Já não estamos ante uma realidade social complexa – de solidariedade orgânica, como apontava outro clássico: Durkheim (1982)- que se lapela sobre o modelo da comunidade baseado na solidariedade mecânica da vida social a pequena escala. Sobre estes dois protótipos se sobrepõe uma sociedade rede articulada sob o princípio da interconexão.

A superposição da sociedade rede sobre os modelos tradicionais de organização social não deve entender-se como uma simples co-habitação, senão como uma estrutura que estabelece uma lógica de dominação sobre as formas anteriores, já seja mediante a coerção direta ou a hegemonia dos “globalismos” (leia-se: ideologias da globalização). Prova disso é que o global acaba de uma ou outra forma localizando-se e incidindo na vida de pessoas concretas mediante a tecnologia, a economia, o poder militar ou as tendências culturais predominantes. Dificilmente se pode escapar na urbe global ou em suas margens ao poder dos meios de comunicação, aos sistemas peritos como a biomedicina

ou à diversidade de marcas comerciais que conformam esse novo panteão das companhias multinacionais. Inclusive nos espaços mais periféricos da urbe global nos encontramos com qualquer destes sistemas e seus produtos associados: telenovelas, anúncios, marcas comerciais, medicamentos, entre outros muitos, que tentam persuadir a um consumidor potencial. Agora bem, se tudo o global se localiza, não tudo o local se globaliza. Não tudo o local é apropriado nem considerado apropriável. Não tudo é incluso em circuitos globais de comunicação e consumo.

O desprendimento do local ou, dito de outra forma, a inclusão de produtos locais em estruturas globais não é algo novo, pois tem como referente histórico prévio a época colonial europeia, entre outros processos precedentes de dominação econômica e política. O inovador agora é a intensificação deste fenômeno. As redes de interdependência entre lugares diversos acrescentaram sua densidade configurando um efeito de redução do espaço que reverte no contato entre culturas e na assimilação e difusão de categorias, artefatos, ideias e produtos diversos.

A urbe global supôs uma ruptura progressiva com o esquema clássico que identificava cultura com território. Isto não significa que se esteja produzindo uma modificação total dos vínculos territoriais às quais têm estado associadas à maioria das culturas existentes, senão que se observa um maior desprendimento das culturas do “lugar” e uma disseminação e interação intercultural que tem como paradigma a cidade multicultural. Hannerz (1993, 1996) definiu-o como uma espécie de “*ecumene global*” onde as diferentes culturas estão adquirindo gradualmente o papel de subculturas. A meu juízo, a urbe global propicia uma metacultura que dissimula, mediante o *collage* da diversidade cultural, uma realidade de mestiçagem e hibridação desiguais, bem como de hegemonia. A urbe global é mais uma rede que uma *ecumene*, mais um cenário de mercado e dominação que uma realidade de comunicação entre iguais.

Se nos perguntamos como os diferentes produtos culturais conseguem sua inclusão na rede de fluxos multinacionais?, a res-

posta que parece mais razoável é: mediante sua reconversão à estrutura que faz possível a globalização; e esta é principalmente a tecno-economia-mundo, entendida num sentido amplo e inclusivo dos meios informacionais e de comunicação. O protagonismo da tecno-economia-mundo nos processos de difusão cultural supõe a reconversão dos produtos culturais, sejam estes, comida chinesa, talhas de madeira senegalesa, canções norte-americanas ou terapias asiáticas tradicionais, em mercadorias. Deste modo, os produtos e significados culturais locais ficam inseridos em estruturas significantes globais que os modificam, absorvem e transladam a uma variedade de usuários/consumidores de outras latitudes, os quais os transformam de acordo com suas próprias necessidades; ainda que muitas destas necessidades podem vir impostas pela lógica estrutural global ou ser o resultado da eliminação por parte do mercado dos produtos locais rivais. Assim, as realidades locais guardam um grau importante de dependência da estrutura dos processos de globalização. Inclusive podemos pensar que os novos movimentos contestatários e de revitalização das culturas indígenas se veem abocados a participar desta mesma estrutura, pois ela é a areia do poder econômico e político da modernidade. É por isso que os produtos culturais que nos chegam de outros mundos locais aparecem geralmente reconvertidos em mercadorias, ou em notícias, que são hoje em dia um tipo mais de mercadorias.

Neste contexto, a modernidade ocidental -chamemo-la sistema pós-industrial, novo capitalismo, capitalismo informacional ou, seguindo os passos de Max Weber (1987), “racionalização” capitalista- revela dois de suas facetas mais marcantes. Por um lado, faz-se visível, num conjunto de produtos, serviços, modas, tendências e modelos culturais que são mercantilizados e inseridos em fluxos multinacionais. Por outro, e aqui reside seu poder, ela é a mesma estrutura de fluxos e de mercado global que penetra nas diferentes lógicas regionais mercantilizando ou eliminando seus produtos e aprisionando as estruturas locais mediante sistemas diversos de hegemonia e coerção.

A urbe global é fundamentalmente um mercado planetário que precisa autoconsumir-se incessantemente para reproduzir-se. Nela, o moderno se converte em tradicional num lapso breve de tempo ou se dilui como efêmero antes de adquirir forma. Também, paradoxalmente, o tradicional devem no que podemos denominar como “tradicional efêmero”, já que na modernidade líquida a tradição sempre é uma miragem enganosa como uma realidade que foi, quando nunca foi; não ao menos da mesma forma nem cumprindo as mesmas funções sociais. As culturas indígenas que antes citamos já não são o que eram, nem o serão, pois devem reinventar-se a si mesmas como consequência de estruturas globais que as obrigam a uma reação e reconstrução contínuas. O global não atinge a todos em termos de oportunidades, mas sim à maioria em relação a seus constrangimentos. Também não são tradicionais os produtos culturais etiquetados como tais aos que acede o cidadão da urbe global persuadido pelo marketing do autêntico.

O cidadão da urbe global é, fundamentalmente, um consumidor cosmopolita que tem um acesso como nunca se teve a produtos de outros mundos locais; no entanto, de forma quase invariável este acesso vem governado pela relação consumidor-mercadoria como estrutura significante. O conteúdo dos produtos pode ser muito variado (gastronomia, roupa, arte, esporte, notícias, tecnologias da comunicação). Sua denominação de origem também, pois as companhias multinacionais se constituíram numa espécie de nova pátria ao lado das históricas, com suas senhas de identidade, sua impronta, seu estilo, sua cultura empresarial e sua imagem de marca. Não obstante, a forma e as condições de acesso a estes produtos são recorrentes e uniformes, pois se enraízam no vínculo mercadoria-consumo. Significa isto que tudo está mercantilizado na modernidade? Evidentemente não, pois também existem os movimentos sociais e os espaços baseados na reciprocidade, na ajuda mútua e em mecanismos semelhantes que se espalham e deslocam gerando uma subjetividade que não é para si, senão orientada para um exterior relacional.

Significa isto que a lógica da mercadoria é hegemônica? Sim, e que essa mesma lógica converteu a metacultura global numa cultura e uma sociedade do consumo que organiza nossas vidas e promove uma nova subjetividade consumista, para si. O risco de não se adaptar a este modelo de subjetividade é a marginalização (“modernizar-se ou morrer”, diria Bauman). O preço: a solidão do corpo fantasmal.

O excesso de informação, de produtos, de objetos, de modas e tendências possíveis é à paisagem da urbe global como o cidadão-consumidor é a fantasmagoria do sujeito soberano com capacidade individual de decisão como modelo do sujeito para si mesmo. A autonomia do consumidor deve ser criada por ele mesmo para que se converta em funcional com uma sociedade baseada na construção contínua de desejos, carências e necessidades, bem como dos produtos adequados para responder a estas insatisfações. Cada vez que uma mercadoria começa a resolver uma insatisfação, aparecem outras novas frustrações geradas na comparação com novas mercadorias. Assim deve ser para que este modelo social se reproduza constantemente oferecendo promessas que nunca poderão nem deverão ser cumpridas; pois disso se trata, de gerar desejos que nunca possam ser colmados, de pôr a trabalhar os estados de ânimo, as emoções e os recursos corporais em benefício de determinados interesses de consumo.

CORPOS CONSUMIDORES E CORPOS CONSUMIDOS

A ilusão de autonomia do cidadão da modernidade está associada à centralidade do corpo em nossas vidas; um corpo que é agora fim e não só médio. Está presente nos debates intelectuais e na luta política sobre a identidade sexual e de gênero, bem como na denúncia cidadã da violação ou a tortura. Acharo-lo nesse imaginário evocado por biotecnologias como a fecundação assistida, a clonagem, as técnicas de recombinação do DNA ou o prolongamento artificial da vida; biotecnologias que –tudo há que o dizer- anunciam a superação das fronteiras corporais tradicio-

nais e a possibilidade de redesenhar nossa corporalidade. Adquire também um papel marcante nas práticas cotidianas, como são as novas rotinas baseadas na dieta e a ginástica para a consecução de determinadas metas estéticas, bem como na cultura do consumo com seu bombardeio de imagens criadoras de necessidades e desejos corporais. O lugar que em outros momentos ocuparam categorias como “espírito”, “cidadão”, “personalidade” ou “sujeito” foi agora ocupado por esta entidade sócio-natural que condensa as novas tensões do cidadão da urbe global.

Para alguns autores, como Terence Turner (1994), a centralidade do corpo não é outra coisa que o reflexo do individualismo consumista do capitalismo tardio que tendeu a localizar numa dimensão socialmente sagrada (o corpo) um conjunto de construções culturais como a identidade e de fenômenos sociais como as relações de produção. O corpo e seus derivados (corporalidade, incorporação, *embodiment*, etc.) são, em realidade, conceitos profusamente utilizados nas ciências sociais, na crítica de arte e nesses novos discursos humanísticos que são os estudos culturais. Quicá, como também indica Turner, isto não seja mais do que a expressão de como o novo capitalismo determinou os discursos profanos e intelectuais de nosso tempo, incluindo as formas de luta política da sociedade civil que desde a década dos sessenta do século XX reivindicam o corpo como espaço de liberdade individual. Pensemos a modo de exemplo – e apesar de que para alguns possa ser herético – no Maio francês do 68 e seus slogans de liberdade pessoal e a autogestão do corpo como um dos metas que anunciava o passo de um capitalismo da produção a um capitalismo do consumo, pois talvez não serviu para transformar o ordem das coisas, para criar novos consumidores “autônomos”, para superar o corpo como meio para redefinir um corpo como fim?

Na “monocultura global da felicidade” baseada na boa vida, a evitação do sofrimento, o conforto cotidiano e o consumo da maior quantidade possível de bens e serviços (APPLBAUM, 2000), o corpo adquire um especial protagonismo que nubla

ao sujeito do discurso e o fagocita, convertendo-o num sujeito fundamentalmente corporal. O corpo é agora uno dos espaços privilegiados de consumo e um dos objetos mais frequentemente mercantilizados para a criação de (in)satisfações e desejos. O corpo é agente ativo do consumo (o corpo-consumidor) e ao mesmo tempo mercadoria (o corpo-consumido). O primeiro redundava num individualismo hedonista e na ilusão do “corpo subjetivado”. O segundo, por sua vez, bem pode associar-se com a fantasmagoria de um “corpo objetivado” em mimeses com a mercadoria ou atuando como seu suporte.

A dialética entre subjetivação e objetivação do corpo nos evoca com facilidade conceitos muito frequentados na teoria marxista como fetichismo da mercadoria. Também evoca a conhecida afirmação de Marx (1976) no capital com respeito a que o capitalismo supõe tanto a reificação das pessoas e as relações sociais como a personificação das coisas. O corpo-consumidor é um corpo subjetivado e personificado em benefício de um sujeito reificado. Por sua vez, o corpo-mercadoria é um corpo objetivado e coisificado que atua como suporte de uma marca comercial que foi subjetivada e personificada. Em ambos casos se descobre sob estas dialéticas inversas o fenômeno que Lukács (1969) definiu como objetivação do sujeito e subjetivação do objeto, bem como uma das formas mais expressivas desta curiosa pirueta simbólica do capitalismo: a criação de uma “objetividade fantasmal” pela qual o mundo dos fenômenos pode ser desocializado e desubjetivado em nome de uma suposta objetividade de fatos reais.

Como é sabido, a dialética de coisificação e personificação é própria da lógica da mercadoria, mas isto não supõe que não afete a realidades diferentes; isto é: não diretamente econômicas, pois estas realidades podem estar colonizadas por esta mesma lógica. Este é o caso dos sistemas peritos da modernidade e suas burocracias associadas de gestão dos corpos que atuam como estruturas estruturadas além de estruturas estruturantes, como diria Bourdieu (1991). O campo da medicina ocidental ou biomedicina é um exemplo claro.

Sabemos que o papel reificador da medicina não é algo novo. Como argumentou Michel Foucault em *Naissance da clinique*, o fenômeno da coisificação e fragmentação do corpo tem um de seus precedentes mais destacados na conformação, a princípios do século XIX, da medicina positiva. Comparando um relatório clínico de Pomme, um clínico do século XVIII que tratou de curar um caso de histeria com banhos de dez a doze horas por dia durante dez meses, e outra de Bayle, um médico do século XIX que visualizou pela primeira vez as lesões encefálicas da paralisia geral progressiva sífilítica, Foucault (1972) introduziu-nos nesse vinco do conhecimento que deu luz à medicina positiva. Num lapso inferior a cem anos, no intermédio da medicina de finais do século XVIII e princípios do XIX, produziu-se uma transformação tal da ciência médica que o modelo classificatório neohipocrático das doenças foi substituído por uma incursão sistemática no espaço dos órgãos. Como consequência desta nova articulação ou *episteme*, o conhecimento médico se deslocou de uma botânica dos sintomas a uma gramática dos sinais, de uma visão holística da doença e do corpo a uma perspectiva fragmentada, de um “Que tem você?” a um “Onde lhe dói a você?”.

Os rasgos que traçou Foucault sobre o nascimento da medicina positiva são aplicáveis ao desenvolvimento posterior da ciência médica, que foi aperfeiçoando progressivamente tanto o processo de coisificação do corpo como a aura de objetividade fantasmal de seu conhecimento e de sua prática. A estruturação da medicina em especialidades que se correspondem com determinados fragmentos ou estruturas do corpo, a proliferação de técnicas que permitem a visualização do espaço dos órgãos e o impacto mais recente da biologia molecular e suas biotecnologias associadas, são alguns exemplos de coisificação. Também as práticas cotidianas nos sistemas peritos. No hospital, os médicos e outros profissionais da saúde conversam entre si sobre a patologia do número sete, ou do quinze, falam entre si sobre a fadiga de final da jornada depois de ter tido “três fémur e dois epifisiólisi”, ou relatam que assistiram “três neoplasias e duas cirroses hepáticas”. Na lin-

guagem médica, o “onde” que apontava Foucault se converteu no espaço protagonista. O sujeito que mora no corpo, esse sujeito que se chama “eu” no discurso e que adquire entidade biográfica, foi dissolvido e omitido. Suas palavras se correspondem, em todo caso, com uma comunicação de mal-estares, sintomas e sinais de alguma doença ou disfunção (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 1998, 2000). Agora, o mundo experiencial e biográfico do afligido requer só um atendimento episódico que se observa como algo próprio do trato “humano” ou “humanitário”, mas não como aquilo que deve centrar o atendimento do profissional. O corpo foi reificado, naturalizado e resignificado em outra entidade nova que será gerida com racionalidade burocrática. Mas não só isso.

Em realidade, no discurso médico observamos uma dupla resignificação. O paciente é naturalizado e objetivado enquanto sua doença é personificada. É o que se desprende de frases como “Hoje tive três neoplasias”, é que o paciente foi coisificado e encapsulado na realidade natural de uma doença inevitável cuja lógica é desocializada e a patologia adquiriu caráter de personagem com vida própria no imaginário do discurso médico. Desta maneira se constrói uma objetividade fantasmal que isola a doença do sujeito e de suas relações sociais. Pouco importa o papel da pobreza, da marginalização social, da opressão, das dietas empobrecidas, dos agrotóxicos, das campanhas publicitárias de substâncias cancerígenas ou da poluição. Uma neoplasia é sempre uma neoplasia.

Nas mensagens publicitárias ocorre algo parecido. O corpo é objetivado e coisificado como mercadoria ou suporte da mercadoria. No entanto, o produto cosmético, o perfume, a calça de moda ou o alimento rico em fibras que promete uma longa vida a seu consumidor são realidades personificadas que se convertem em protagonistas do relato. O que tem personalidade própria, o que tem um nome, não é o corpo, senão o produto que representa. Inclusive, naquelas circunstâncias nas que as mercadorias são apresentadas por rostos famosos, o significativo desses rostos é que já são um produto no mercado (uma mercadoria) que

apresenta os benefícios do objeto ou serviço anunciado. Estamos ante uma marca comercial apresentando outra marca comercial. O corpo da publicidade é, em realidade, um corpo coisificado, anônimo e em solidão que adquire personificação só na medida em que é mercantilizado, em que toma uma decisão que se apresenta como inteligente, em que maximiza o seu capital, em que veste uma prenda com nome que lhe converte em alguém com capacidade de consumo ou com identidade dentro da cultura da modernidade.

Provavelmente não exista outra cultura que tenha sacralizado o corpo da mesma forma que a metacultura global contemporânea. O corpo é o paradigma do novo sujeito na também nova sociedade, pois enfatiza as características mais funcionais de consumo continuado e irreflexivo. É evidente que o corpo está ligado a um sujeito social que toma decisões ou que crê tomá-las, mas do que se trata agora é que este sujeito é, sobretudo, um corpo fantasmal ou -quicá seria melhor dizer- uma corporalidade fantasmal.

O corpo é material, obviamente, mas também é cultural. Como indica Csordas (1994), há uma diferença substantiva entre o corpo como materialidade e a corporalização (*embodiment*) como realidade social. De igual forma que não é o mesmo a base física de um livro e o texto que esta incorpora, também não o é o corpo material e o corpo como agente ativo e culturalmente construído. Esta essência biocultural do corporal é a que possibilita o vínculo entre necessidade e significado, e que ao mesmo tempo permite que esse mesmo vínculo possa reproduzir mediante a necessidade do sentido e o sentido da necessidade estruturas como a sociedade de consumo. Não existiria uma sociedade de consumo sem corpos consumidores nem corpos consumidos geradores de desejos e necessidades.

Corpos, também, solitários. O corpo ante o televisor consumindo mensagens publicitárias que são construídas a partir de outros corpos ou fragmentos corporais, o indivíduo-consumidor fazendo uso das novas tecnologias, o corpo bulímico ou anoré-

xico interiorizando, incorporando e consumindo determinados cânones estéticos, ou o sujeito abatido que transforma a tristeza numa “depressão” que “deve” ser assistida com os antidepressivos de última geração, são todas elas imagens de solidão.

A omnipresença do corpo na urbe global pode entender-se como uma hipertrofia do individualismo no capitalismo tardio. O sujeito do discurso deixou passo à hegemonia de um corpo objetivado-subjetivado como símbolo e função indispensável da nova sociedade de consumo; um modelo corporal que mostra pretensões de universalidade, já que se espalha no espaço/tempo dos fluxos criando tendências, desejos, necessidades e empatias. É uma dos múltiplos paradoxos de nosso tempo, pois quanto mais diversos e autônomos nos pensamos a nós mesmos em nossa capacidade para desenhar nossas vidas, mais imersos nos encontramos nos enredos de um jogo social que gera homogeneidades e novos constrangimentos, como o hedonismo ávido e a solidão do consumidor.

CONCLUSÕES

O elemento distintivo da modernidade não se encontra, obviamente, no consumo como ação universal humana, senão no tipo de consumo, em isso que Bauman (1996:110) chamou com acerto “síndrome consumista” que prima, a diferença da sociedade produtivista do capitalismo pré-informacional, a rapidez, o excesso e o desperdício. Dito em outras palavras, a síndrome consumista reduziu o intervalo para a resolução da insatisfação (a rapidez), multiplicou o número de necessidades e insatisfações (o excesso) e gerou um estilo de vida baseado na consecução de produtos descartáveis e efêmeros (o desperdício). Estas três características da síndrome consumista são, a meu juízo, inerentes à nova subjetividade corporal: a) o corpo ávido e ansioso por consumir, b) o corpo do excesso que se expressa na obesidade e também na dialética entre anorexia e bulimia, e c) o corpo descartável, modificável e líquido que trata de evacuar o excesso pré-

vio com um novo consumo, com a fantasia de uma carência (in) satisfeita.

A imagem típica do capitalismo produtivista: a grande fábrica com obreiros “incorporando” as tarefas produtivas até reproduzi-las como espasmos, como nos representava de forma aguda, cômica e ao mesmo tempo dramática Chaplin em *Tempos modernos*, ou a transposição macabra da grande fábrica aos campos de extermínio, como em Auschwitz, deixou passo no capitalismo do consumo a uma nova imagem constituída pelo corpo em solidão, o corpo isolado, o corpo individual emudecido que se mostra como objeto de desejo, como anúncio ambulante de prendas de moda ou como expressão de uma experiência mais inscrita em sulcos, gestos, tatuagens e olhares que em palavras. Esta nova imagem resulta mais conforme com a deslocalização produtiva e com as pautas de consumo da modernidade, pois são experiências de solidão reconvertidas em mercadorias de consumo para outras experiências de solidão. Seu formato mais comum, e provavelmente mais paradigmático, é a imagem do corpo solitário dos spots publicitários de perfumes e produtos cosméticos, onde se prima a individualidade corporal a partir do recurso iconográfico de uma afetividade autocontida na linguagem falada, mas não no corporal. Evocações de experiências que são desenhadas com ícones mudos que produzem um efeito de isolamento e, curiosamente, de empatia a partir do seu isolamento, onde os personagens secundários costumam converter-se numa paisagem naturalizada e deshumanizada. A intimidade do corpo ressalta neste contexto como a hipérbole do individualismo, como a ilusão de uma experiência isolada e autoconstruída a partir de imagens, de recordações, de sensações, de evocações, de sentimentos e de sensibilidades interiores. Inclusive o corpo em ação, em movimento, em interação, tende a não valorizar o ambiente externo, pois as cenografias são postas em cena de e para o corpo protagonista, da mesma maneira que o objetivo final é aceder a outros corpos anônimos, desconhecidos e solitários, à margem de qual seja sua localização e sua história.

REFERÊNCIAS

- ALBROW, M. *The Global Age: State and Society Beyond Modernity*. Cambridge: Polity Press, 1996.
- APPLBAUM, K. Crossing borders: Globalization as myth and charter in American transnational consumer marketing. *American Ethnologist*, v. 27, n. 2, p. 257–282, 2000.
- AUGÉ, M. *Los nos lugares espacios de anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa, 1993.
- BAUMAN, Z. *Vida líquida*. Barcelona: Paidós, 2006.
- BOURDIEU, P. *El sentido práctico*. Madrid: Taurus, 1991.
- CASTELLS, M. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. 3 Vols*. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
- CHESSAIS, F. *La mondialisation du capital*. París: Syros, 1994.
- CSORDAS, T.J. *Embodiment and Experience*. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
- DELGADO, M. Los procesos de apropiación del espacio público. Etnografía de los espacios urbanos. In Provensal, D. *Espacio y territorio. Miradas antropológicas*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona, 2001. p. 45-54.
- DURKHEIM, E. *La división del trabajo social*. Madrid: Aka, 1982.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. París: PUF, 1974.
- GEERTZ, C. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books, 1973.
- GIDDENS, A. *The Consequences of Modernity*. Stanford: Stanford University Press, 1990.
- GODELIER, M. *Lo ideal y lo material*. Madrid, Taurus, 1989.
- HANNERZ, U. *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*. New York: Columbia University Press, 1993.

- HANNERZ, U. *Transnational Connections. Culture, People, Places*. Londres: Routledge, 1996.
- HELD, D. ¿Hay que regularizar la globalización? *Claves de razón práctica*, v. 99, p. 4-11, 2000.
- HELD, D. et al. *Global Transformations: Politics, Economics and Culture*. Cambridge: Polity Press, 1999.
- HIRST, P.; THOMPSON, G. *Globalization in Question: The International Economy and the Possibilities of Governance*. Cambridge, Polity Press, 1996.
- LÉVI-STRAUSS, C. *Raza y cultura*. Madrid: Cátedra, 1996.
- LIPOVETSKY, G. *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama, 2006.
- LUKÁCS, G. *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*. Ciudad de México: Grijalbo, 1969.
- MARX, K. *Capital, A Critique of Political Economy*. London: Penguin Books. 3 Vols., 1976.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, A. “Antropología versus Psiquiatría. El síntoma y sus interpretaciones”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18(68):645-659.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. *What's Behind the Symptom?* London & New York: Routledge, 2000.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. “Cuerpos fantasmales en la urbe global”. *Fractal: Revista de Psicología*, 21(2):223-236.
- PRAT, J. *Los sentidos de la vida. La construcción del sujeto, modelos del yo e identidad*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2007.
- TÖNNIES, F. *Comunitat i associació*. Barcelona: Edicions 62, 1984.
- TURNER, T. Bodies and Anti-Bodies: Flesh and Fetish in Contemporary Social Theory. In Thomas Csordas *Embodiment and Experience*. Cambridge: Harvard University Press, 1994. p. 27-47.
- WEBER, M. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.



O Movimento das Terapias Humanizantes: Corpo, Cultura e Ressignificação do Humano

Paulo Henrique N. Martins

INTRODUÇÃO

A tese aqui defendida é que no interior dos novos movimentos culturais que emergem na segunda metade do século XX a partir de processos que acentuam as diferenças de gênero, de culturas, de etnias, entre outros, há de se destacar a peculiaridade de certo movimento voltado para uma nova política do corpo e da saúde, o das terapias humanizantes, ou das novas medicinas, que questionam os mecanismos de controle, de punição e de culpabilidade que fizeram os indivíduos refém da modernidade cristã, patriarcal e capitalista. Essas novas medicinas estão na base, no nosso entender, de uma revisão importante sobre as percepções sociais e culturais do bem estar social, denunciando os impulsos de colonialidade inscritos no saber médico biocartesiano.

No campo da saúde este movimento cultural passou a ser conhecido por denominações diversas que revelam os diferentes discursos em competição. Para uns, estaríamos conhecendo a emergência das Terapias Alternativas, para outros de Terapias Não-Convencionais e para terceiros, de Terapias Complementares. Tais expressões refletem as diversidades de interpretações que se têm sobre esse vasto e heterogêneo campo de práticas não referendadas oficialmente pelos cânones médicos e pelo saber científico oficial – ou apenas aceitos parcialmente - e que refle-

tem novas possibilidades da medicina humana. Assim, enquanto para uns as novas práticas terapêuticas são apenas um fenômeno de manipulação de massa gerado pela sociedade informacional, para outros, no plano oposto, estaríamos vivendo a emergência de um novo e legítimo movimento médico inspirado menos com os propósitos do consumo mercadológico e mais pela aproximação do cuidado da vida com as expectativas culturais e com o bem estar social e existencial.

Desde já, gostaríamos de assinalar que as terminologias usadas para designar este fato inovador no campo das práticas terapêuticas – terapias paralelas, complementares, alternativas, etc. – nos parecem bastante insatisfatórias, pois elas reproduzem um padrão geométrico limitado a respeito da representação e do agenciamento do corpo e da vida, que favorece a redução do sistema vital a uma máquina de manipulação técnica e psicológica. Neste sentido, todas as terminologias que buscam explicar a emergência irrecusável dessas novas práticas de cuidado não expressam adequadamente a complexidade fenomenológica dos significados das mesmas num contexto, também irrecusável, de depreciação das relações interpessoais na organização das práticas biomédicas.

Desde uma perspectiva estética podemos propor que a representação biopolítica do corpo humano deixa progressivamente de ser regida pela metáfora mecânica assumindo uma forma mais claramente rizomática. Ou seja, a lógica da causalidade apenas funciona quando nos limitamos a analisar as diferenças superficiais entre objetos, como, por exemplo, apreciamos as árvores de uma floresta a partir de sua superfície. Mas quando nos debruçamos no estudo da floresta a partir do subsolo vemos que a mesma é formada de entrelaçamentos importantes de suas raízes, tipos de rizomas que não podem ser explicados causalmente, mas apenas pelos pertencimentos complexos de raízes com formas as mais variadas. Esta dupla leitura da floresta pode assim ser aplicada para pensarmos as mudanças em curso nas representações sobre vida e morte, corpo e saúde: há uma leitura externa que se limita

a um entendimento visual do corpo humano e há outra leitura que se abre também para a escuta, o tocar, o sentir e o intuir além do visualizar. Esta leitura rizomática que valoriza o sentimento compartilhado de corpos que vivem e que sofrem é claramente mais complexa que a leitura dominante da biomedicina oficial.

Há, logo, novas expressões estéticas da vida humana que surgem com a perda de legitimidade das representações tradicionais pensadas para o controle dos corpos e não para a liberação do sujeito social. Há, como diz F. Guattari (1992), uma reapropriação autopoietica dos meios de produção das subjetividades com ênfase na singularidade existencial de grupos e indivíduos e que coloca uma escolha ética crucial entre a representação do corpo humano como máquina e a sua representação como dispositivo de liberação da criatividade, da afetividade e da singularidade humana. Mas para avançarmos na ordenação de outra biopolítica menos preocupada com os dispositivos de classificatória e mais envolvida com ações liberatórias é necessário sairmos dos limites de visões científicas restritivas e simplificadas de subjetividade que dissociam sujeito e corpo humano. É importante compreendermos o corpo como dispositivo processual, moral e estético, que se realiza criativamente não para o controle das populações com vistas a facilitar a apropriação da energia social pelo capitalismo biomédico, mas, ao contrário, para promover a liberação de práticas mediante um novo paradigma energético (MARTINS, 2007) que facilite ao sujeito social reencontrar o humano como experiência liberatória de si mesmo.

É o que vemos, por exemplo, na conceitualização filosófica de Mestre Eckart sobre o termo *desprendimento* que ele considerava mais importante que a própria experiência do amor na medida em que a liberação dos apegos promove a unidade originária do sujeito (2004). Trata-se, logo, de adotar um novo entendimento teórico que permita romper com a causalidade do interesse material e liberar o desprendimento com relação a novas significações da vida e da saúde, o que é fundamental para a autonomização de segmentos semióticos significativos e para a gênese de novos co-

eficientes de liberdade que estão na base de um novo paradigma estético (GUATTARI, 1992: 27).

Por isso, mesmo sabendo das ambiguidades do termo humanização para orientar o debate sobre o novo movimento terapêutico, cremos que a denominação *terapias humanizantes* é mais apropriada que as demais para designar este movimento cultural que visa restaurar a dignidade humana se impondo contra os mecanismos tradicionais de controle simbólico e político do sujeito social pensados para o disciplinamento dos corpos necessário ao surgimento da Clínica Moderna (FOUCAULT, 2000) e que na atualidade são úteis para organizar a sociedade capitalista de consumo. Sem tal ruptura com a biopolítica desumanizante que funda a organização dos territórios disciplinares (FOUCAULT, 2008) não se pode instaurar um novo sentido do poder social que se inspira na capacidade humana para interagir como sujeitos desde as experiências vividas e desde suas possibilidades hermenêuticas. Com o termo humanização queremos legitimar, assim, uma nova biopolítica, ou a luta pela liberação da criatividade e da responsabilidade no processo de construção das representações sobre o corpo e, por conseguinte, da liberação do cuidado não somente como “boa” intenção, mas como prática fundada na reciprocidade emocional e sentimental e na valorização do sentido intimista da aproximação física e afetiva. Enfim, as representações estéticas e afetivas não devem significar ameaças aos fundamentos de um saber científico rigoroso, mas devem representar, ao contrário, a possibilidade de um pensamento e de uma prática liberatória de cuidados mais complexa e integrada.

As reações contra a desumanização na contemporaneidade (MARTINS, 2003) constituem um bom panorama para analisarmos as mutações do campo da saúde, em geral, e das práticas médicas, em particular. Tudo isso ocorre em um contexto sócio-histórico de mudanças institucionais importantes que refletem uma revolução de mentalidades e de modos de organização do cotidiano, caracterizando-se, como não poderia deixar de ser, por experiências e discursos híbridos que se insinuam entre o moder-

no e o tradicional, entre os imaginários oriental e ocidental, entre a medicina dita científica e as demais medicinas herdeiras de saberes comprovados e diversos. Por tudo isso, e face às dificuldades de se definir de forma sintética a novidade e a diversidade de tal fenômeno, optamos em nomear este conjunto de novas práticas pelas expressões Terapias Humanizantes, mesmo sabendo que este termo ainda é carregado de ambiguidades semânticas.

Uma questão central neste debate é a de não limitar as novas medicinas a meros arranjos técnicos dentro do campo do saber biomédico. No nosso entender, as novas medicinas humanizantes rompem com o campo dominante, inaugurando sua presença como movimento cultural importante de contestação do eurocentrismo desde o campo da saúde e das representações coletivas da vida e da morte.

Assim, considerando a perspectiva de enquadrar as novas terapias como movimento cultural, parece-nos pertinente considerar a diferença que faz A. Touraine entre movimento social e movimento cultural para entendermos mais claramente o interesse sociológico das novas terapias. Para este autor, enquanto o movimento social revela a existência de um conflito central que marca a presença de um inimigo ou opositor identificado no interior de cada tipo de sociedade, o segundo, o movimento cultural, refere-se prioritariamente à defesa de “direitos culturais” num contexto conflituoso cujo adversário pode permanecer indefinido (TOURAINÉ, 1997: 134). Para exemplificar esta distinção, o autor apoia-se em movimentos como aqueles das mulheres e da ecologia política, que mobilizam categorias definidas não por uma condição social de classe, mas pela pertença cultural a um grupo (op.cit., 1997: 134). Nesse grupo dos novos movimentos culturais, parece-nos apropriado, por conseguinte, incluir aquele das Terapias Humanizantes, como veremos, por possuírem características particulares que precisam ser examinadas de perto na medida em que não podem ser reduzidas a uma rígida divisão disciplinar e causalista dentro do campo biomédico, como vimos acima.

Lembra por sua vez A. Melucci que, diferentemente dos antigos movimentos, estes mais recentes – feministas, ecológicos e, acrescentamos, o terapêutico humanizante - implicam em comportamentos e formas de ação que não se referem mais diretamente às sociedades industriais e que nos colocam face ao desafio de “identificar aqueles aspectos das formas empíricas de mobilização social, conflitos e protestos que não podem ser explicados pelo instrumental tradicional da sociologia ou da ciência política” (MELUCCI, 1996: 206). Estes novos comportamentos e formas de ação, diz, constituem uma incógnita sociológica por evidenciarem uma perigosa dissociação entre o econômico e o cultural, gerando uma situação ambivalente entre, de um lado, experiências de dessocialização, e, de outro, experiências neocomunitárias. “Quando estamos todos juntos, não temos quase nada em comum, e quando partilhamos crenças e uma história, rejeitamos os que são diferentes de nós” (TOURAINÉ, 1997: 11)¹. Há, logo, nestes movimentos pela vida e pela liberação corporal algo mais importante que o simples reconhecimento da pluralidade de tecnologias de cura.

Nesta ótica, podemos dizer que as Terapias Humanizantes, objeto do presente texto, não refletem meramente um novo movimento cultural que estaria revelando modalidades diferentes entre a técnica médica e a cultura dentro de uma nova biopolítica no plano macrosocial. A novidade do debate está relacionada com o fato de que a crítica cultural do discurso uniformizante

1 Contra visão preferencialmente pessimista destes tempos modernos, outro sociólogo, Anthony Giddens, comemora as novas possibilidades da “política da vida” a partir das fortes atribulações emocionais conhecidas pelo “self” na reorganização de sua presença corporal no cotidiano. Na nova “política da vida”, o corpo, como o “self”, passa a ser lugar de interações, de apropriações e reapropriações, articulando processos reflexivamente organizados ao conhecimento sistematicamente ordenado (GIDDENS, 1993: 218). Ou seja, Giddens propõe haver na reorganização da política algo mais amplo que o simples reconhecimento da diferença cultural e que tem a ver com novas expressividades emocionais e corporais do self.

da técnica biomédica (MARTINS, 2003) rompe com a própria noção mecânica do corpo, liberando emoções e desejos reprimidos pela norma religiosa tradicional e também abrindo novas perspectivas de se fazer política sobre a vida. No nosso entender, pois, esta é uma linha de reflexão muito fértil para os estudos sociológicos avançarem no esforço de rearticular mudanças social e cultural no contexto de crise da representação biocartesiana da vida. Nesta linha de raciocínio, quando os riscos gerados pelas novas políticas corporais contribuem para destradicionalizar as relações hierarquizadas e desiguais que se fixavam sobre uma representação culpada do corpo e sobre os dispositivos de controle das sensações, eles aparecem como uma condição simbólica central na edificação de uma nova e mais complexa ética da vida, inspiradora de ideais ecossistêmicos, humanistas e igualitários.

As lutas em torno dos novos significados da prática médica extrapolam, então, o campo do controle do objeto corporal por um sujeito fascinado pela tecnologia médica, para se deslocar em planos mais propriamente simbólicos e não utilitaristas dados pelas novas produções de significados sobre a vida e sobre a morte, pelo corpo como operador da liberação do sujeito reflexivo².

2 A presente discussão resulta de uma pesquisa sobre o fenômeno das Terapias Alternativas que desenvolvemos entre os anos de 1996 e 2001 com o apoio do CNPq no Brasil e na França e que continua sendo objeto de nosso interesse científico. O mais curioso desta pesquisa foi a reorganização necessária das hipóteses de trabalho ao longo de seu desenvolvimento. Em um primeiro momento, nossa preocupação era apenas de buscar compreender como estas práticas terapêuticas se articulavam com as inovações culturais da segunda metade do século XX, em particular aquela do New Age. Tínhamos muito interesse de articular as novas terapias com a contracultura dos anos sessenta na Califórnia. Aos poucos, porém, a partir das entrevistas com terapeutas e usuários, ficou claro que esta hipótese inicial era secundária, havendo outra muito mais importante: a de que a expansão das Terapias Alternativas estaria ligada à crise do campo médico oficial, mais comumente conhecida como Biomedicina cartesiana. O que nos chamou atenção em vários depoimentos de profissionais e usuários foi certo desencanto com a clínica biomédica por diversas razões: desatenção do profissional com o paciente, erro médico,

O mapeamento teórico e histórico das origens do sistema terapêutico humanizante demonstra que se trata de um novo sistema simbólico que tem forte influência das mudanças culturais do Pós-Segunda Guerra, e, em particular, do movimento do Potencial Humano que floresceu na Califórnia, nos anos sessenta (CAROZZI, 1999). Tal sistema é um conjunto de disciplinas e práticas culturais bastante diversificadas quanto às origens e usos. Elas constituem uma “identidade em movimento”, explica Carozzi, a partir do paradoxo existente no interior do campo entre, de um lado, a busca de autonomia e de autoconhecimento individual dos participantes e, de outro, a adaptação e a crença no pertencimento a algo maior, como a espécie humana ou o planeta, que é sugerida aos alunos e clientes através da vivência de oficinas, cursos e trabalhos individuais com mestres e terapeutas (CAROZZI, 1998: 5-6).

Nossa hipótese geral é de que este movimento aparece como uma das encruzilhadas conhecidas atualmente pela secularização histórico-cultural da modernidade ocidental a partir de novas significações do binômio vida-morte e dos deslocamentos que tais significações produzem sobre uma dualidade secundária, aquela da saúde-doença, que emerge a partir dos novos discursos sobre o corpo (LE BRETON, 2003). Nesta perspectiva, tanto o sistema simbólico alternativo ao biomédico oficial, de modo geral, como os seus principais agentes - os terapeutas -, adotam crenças e procedimentos que, à primeira vista, podem parecer ao

desconfiança com relação ao diagnóstico dos especialistas, alto custo dos medicamentos e dos exames, entre outras. Semelhante desencanto, percebemos, revela, por conseguinte, que não estamos discutindo um mero tema de interesse da antropologia cultural ou da sociologia da religião, mas algo que tem impacto tanto sobre a sociologia do conhecimento como sobre a sociologia dos movimentos sociais e culturais, sobre a sociologia do corpo e sobre a antropologia do prazer.

observador desatento como incongruentes ou irrelevantes, como, por exemplo, ao associar a técnica médica com explicações espiritualistas. Mas a partir de uma apreciação mais acurada que dê conta das novas políticas identitárias e das novas exigências com relação ao corpo e às emoções, conclui-se que tal sistema mostra-se pleno de sentido, já que a espiritualidade aqui se refere a um entendimento plural – cognitivo, emocional, afetivo, lúdico e intuitivo – da vida humana. Nesta perspectiva, a associação entre mundo empírico e mundo espiritual não é algo metafísico e fora do entendimento humano, mas algo que se passa no mundo social e, em particular, no plano da cartografia corporal, da construção de novas inscrições do sentido e do afeto na construção racional da vida.

As Terapias Humanizantes se expandiram numa zona de incerteza institucional e de descrença cultural produzida pelas memórias e recordações da barbárie moderna do totalitarismo que teve a destruição dos pseudos corpos excessivos – como o judeu – o argumento para a fundação de corpos totais, o corpo ariano nazista. Assim, no rastro das pegadas deixadas pelos novos movimentos culturais que reivindicavam no pós-guerra o direito corporal – direito à singularidade, à inclusão e ao respeito, enfim, às novas políticas de vida e corpo -, surge esta geração inspirada no movimento da contracultura (LEARY, 1999) que tudo questionou: as tradições familiares patriarcais, as influências religiosas dogmáticas e as rígidas crenças culturais que eliminam a experiência de liberação humana gerada pelo reconhecimento da singularidade existencial e corporal como sendo uma dádiva da vida.

A complexidade atual do campo da saúde responde à idéia castoriadiana da sociedade moderna como uma experiência criativa e indeterminada (CASTORIADIS, 1975), isto é, de uma sociedade submetida a fortes movimentos de autocriação que põe os indivíduos sob constantes pressões emocional e social e que põem em cheque os antigos mecanismos de controle social e corporal. As mudanças culturais das últimas décadas apontam nesta direção do pluralismo identitário e das novas subjetividades.

A indeterminação cultural responde à complexidade das novas estilísticas existenciais, dos novos mal estares culturais que não podem ser dissolvidos por sedativos e medicamentos químicos, mesmo que esses medicamentos tenham aparente sucesso, a curto prazo.

O conjunto das Terapias Humanizantes revela este momento de criatividade e agenciamento de novas modalidades do sujeito social. Elas são objetivistas na medida em que são sensíveis à integração dos avanços mais sofisticados do debate científico do século XX que põem ênfase numa visão sistêmica e complexa da realidade e na inovação tecnológica, como podemos observar entre outras nas presenças da física, da biologia, da psicanálise, da epistemologia bachelardiana nos discursos alternativos. Mas elas são subjetivistas ao abrirem-se, igualmente, para a integração de vivências mágicas e de experiências emocionais na organização das técnicas de cura. Este fato pode parecer absurdo para um defensor ortodoxo da ciência empirista, mas não chocaria absolutamente Marcel Mauss que no seu célebre “Esboço de uma teoria geral da magia” (MAUSS, 2003) defendeu a magia como um fenômeno social, explicando que a magia liga-se às ciências do mesmo modo que às técnicas³. A relação da magia com a técnica – a magia como a técnica mais arcaica, nos ensina Mauss - é importante para se entender que os novos sistemas terapêuticos nascem ou ressurgem a partir de narrativas mescladas de imagens científicas e mágicas. Esta dimensão mágica da ação do sujeito na organização do mundo também é registrada por J-P Sartre (2009) ao afirmar que a percepção do objeto se faz necessariamente por uma vivência emocional do mundo que não pode ser objetivada.

3 Enquanto a religião por seus elementos intelectuais tende para a metafísica, a magia, que descrevemos mais apaixonada pelo concreto, dedica-se a conhecer a natureza. Ela constitui muito cedo uma espécie de índices de plantas, dos metais, dos fenômenos, dos seres em geral, um primeiro repertório das ciências astronômicas, físicas e naturais (MAUSS, 2003: 176).

Há todo um simbolismo presente no novo discurso terapêutico que choca aqueles acostumados a associar o discurso científico com as metáforas mecânicas inspiradas no paradigma cartesiano clássico na organização das descrições dos fenômenos do mundo. Diferentemente de amplos segmentos das classes populares que se sentem atraídos fortemente pelo discurso messiânico e adotam por isso uma postura mais conservadora, no caso das Terapias Humanizantes o seu público maior é constituído por indivíduos das classes médias mais abertos à inovação e ruptura de padrões culturais. Daí a atração exercida pelas narrativas do novo movimento terapêutico que propõe estilos de vida e práticas liberatórias que se afastam do ascetismo religioso tradicional. O discurso predominante do novo campo terapêutico faz forte apelo à liberação consentida e consciente das emoções como meio de repensar a saúde e o bem estar corporal e existencial. Tal clima cultural favorece, por conseguinte, a liberação consciente de um imaginário sincrético e híbrido e aberto à novidade e à transgressão. O processo de emancipação de sistemas terapêuticos alternativos num contexto de redefinição da sociedade civil, no Brasil, fora do domínio direto do Estado e do Mercado Biomédico, implica em reciprocidades afirmativas e diretas entre os atores envolvidos e conectados com novos movimentos sociais contemporâneos interessados em “tentar construir uma concepção alternativa de se viver, diferentemente daquelas das sociedades industriais modernas” (SCHERER-WARREN, 1993: 118).

Ainda é cedo para afirmarmos que essas práticas humanizantes podem ser identificadas como embriões de mudanças sociais e históricas mais amplas, de um “movimento societal” vigoroso e capaz superar as contradições centrais do campo biomédico. De todo modo, é importante registrar que numa conjuntura de fortes ansiedades e medos provocada pela crise da sociedade do trabalho, de manipulação dos desejos e de repressão à crítica libertária, as Terapias Humanizantes surgem como referência central para uma consciência liberatória sobre a vida social. Elas se contrapõem a crenças tradicionalistas e conservadoras que ne-

glicenciam os cuidados de si, de mim e do outro, a percepção reflexiva da vida, o imaginário de uma sociedade plural e diversificada. Tanto as bandeiras de autonomia e liberdade individuais/coletivas ritualizadas nessas novas práticas de cuidados como o enaltecimento de uma inteligência emocional que confronta o monopólio da inteligência conceitual descritiva, parecem confirmar as suposições de C. Taylor sobre uma nova ordem moral fundada num self reflexivo ampliado (TAYLOR, 2005) que integra dimensões mais complexas da produção e realização do conhecimento humano.

Os próximos anos dirão se a emergência dessas novas práticas de reciprocidades no campo da saúde basta para estimular mudanças estruturais significativas, contribuindo para um paradigma de promoção da saúde fundado na integralidade (PINHEIRO, 2007) e que substitua eficazmente o antigo paradigma biocartesiano. Alguns autores acenam nesta direção, como é o caso de M. Luz ao afirmar que um conjunto de práticas terapêuticas não convencionais, como as famosas “medicinas alternativas”, passa progressivamente a fazer parte do leque cotidiano da intervenção institucional, “sendo em tudo distintas das práticas convencionais de intervenção da medicina tecnológica”. Pois tais práticas, esclarece a autora, “embora tenham até o momento uma inclusão institucional instável, muitas vezes precária, também testemunham um paradigma de *promoção à saúde...*” (LUZ, 2007: 223). Como exemplos podemos lembrar a assimilação gradual da acupuntura em emergências de hospitais, o reembolso pelos planos de saúde de práticas ditas alternativas como homeopatia, massagens e a própria acupuntura; e também as tentativas de se associar cuidados em saúde com atividades artísticas, dramáticas, espiritualistas e lúdicas apontam para uma nova compreensão da saúde, que inclui as idéias de bem estar sócio-ambiental, de coletividade e de comunidade.

Então, podemos supor que essas novas práticas médicas também contribuem para a criação de novas disciplinas e especialidades, para o surgimento de novos profissionais e de novas institui-

ções formadoras. A diferença com relação à divisão do trabalho no biocartesianismo moderno – divisão marcada pela representação mecânica e compartimentalizada do corpo humano – é que o surgimento deste novo campo de ação revela uma linguagem expressiva particular que rompe com a norma da culpa e da punição (EHRENBERG, 2000), para instituir outra norma fundada na liberdade e na responsabilidade individual com relação às redes de pertencimento. Por isso, há uma relação importante entre a expansão das Terapias Humanizantes e a emergência do indivíduo psicológico - exigente em termos de definição de sua própria política corporal e escolha emocional -, o que é particularmente presente no seio das classes médias urbanas que rompem com a tradição e as memórias agraristas e patriarcais.

AS TERAPIAS HUMANIZANTES E O HOMEM PSICOLÓGICO: BASES DE UMA NOVA BIOPOLÍTICA

Porque as pessoas buscam terapias mais interpessoais mesmo que não tenham a performance tecnológica da Biomedicina? Nossa hipótese é que as Terapias Humanizantes estimulam a associação entre saúde e bem estar, valorizando a responsabilidade individual e o pertencimento não a partir da identificação a uma ordem de mundo dada (um grupo social ou uma tradição cultural), mas, ao contrário, a uma desidentificação, “por uma volta a si, da qual a noção freudiana de narcisismo secundário pode ser uma das expressões” (TOURAINÉ, 1997). A atualização do “self” nos sistemas alternativos num contexto de rápidas mudanças da vida social revela o trabalho de alteração das fronteiras identitárias com vistas à emancipação reflexiva de um paradoxal sujeito histórico, que se institui através das oscilações e riscos entre o sagrado e o profano, entre o científico e o mágico, entre a culpa e a liberdade.

Nesta alteração de fronteiras emocionais e morais, as referências identitárias são revistas por outros códigos simbólicos a respeito de um sujeito que se organiza imaginariamente pela mente

e pelo corpo. Tal revisão é estimulada pela assimilação por indivíduos e grupos ocidentais ou colonizados pelo Ocidentalismo de tradições culturais não europeias que revalorizam os cuidados de si, do corpo e da alma, que antes eram vistas como inúteis para os padrões de vida moderna ocidental. O novo terapeuta é pensando logo, neste contexto sincrético, como um indivíduo sintonizado com essa cadeia transnacional de informações que valorizam a pluralidade e a singularidade e com a ampliação dos processos sensoriais, dos contatos físicos e corporais, do contágio face a face.

Embora tendo suas origens nas décadas de sessenta e setenta, tais práticas alternativas ganham relevo no Ocidente como reflexo das mudanças culturais globais conhecidas por parte dos setores urbanos interessados em renomear os vínculos sociais e os imaginários modernos. Ressalte-se, em particular, a aceitação crescente por parte destes setores urbanos de novas ideias e teorias voltadas para explorar os mecanismos inconscientes e emocionais e para a ampliação da percepção do mundo por um sentir total (MERLEAU-PONTY, 1999), levando a um processo inevitável de “psicologização da sociedade” e de nova compreensão biopolítica da vida.

O perfil dos adeptos - clientes e usuários – das “outras medicinas” constitui pista para aprofundarmos nossa análise sobre o deslocamento dos imaginários médicos (MARTINS, 1999). Os discursos desses novos terapeutas são construções discursivas bem elaboradas, muitas vezes marcadas pelo exotismo, integrando sentidos ambivalentes sobre práticas corporais e novas formas de organização do bem estar. Tais narrativas revelam preocupações sinceras em justificar a natureza científica das disciplinas alternativas e humanistas, ao mesmo tempo em que demonstram, em geral, abertura para vivências mágicas e espiritualistas.

G. Velho, estudando as classes médias no Rio de Janeiro nos anos oitenta, concluiu que elas foram intensamente psicanalisadas, levando o homem psicológico a ser a medida de todas as coisas. Diz ele que em razão disso não é mais “o homem econô-

mico ou político, mas o indivíduo portador de uma especificidade interna particular - de caráter, personalidade, psiquismo etc. - que se torna a referência dominante em um discurso que tende a se espalhar..." (VELHO, 1989: 24-25). No nosso entender, tal homem psicológico não é apenas a reflexão de um self adestrado pela clínica, mas revela um ethos cultural de importância particular para o surgimento de instituições sociais reflexivas que influem na organização da vida privada – a família – e da vida coletiva – o trabalho, o direito e a política. Os sistemas médicos alternativos aparecem como uma expressão dessas novas formas de representações coletivas reflexivas que são refeitas a partir da valorização do reconhecimento do corpo como linguagem simbólica e emocional⁴.

Algumas frações das classes médias passaram a se sentir mais atraídas por práticas terapêuticas mais ousadas em termos teóricos e práticos como as terapias reichianas que lidam diretamente com a questão da corporeidade e da sensação biofísica. Outras, como as terapias florais, visam harmonizar e desenvolver uma consciência sensitiva integrativa. Não há, logo, fórmulas prontas a respeito dos sentidos que adquirem as novas modalidades de cuidados. Nada que possa ser definido a priori. Pois, tais processos técnicos acompanham experiências inéditas de reorganização da presença do sujeito social no mundo num contexto de resistência e reação a dispositivos de controle corporais que visam menos o cuidado de si que a promoção de ações de controle das vontades coletivas e individuais.

4 Assim, desde os anos oitenta, saliente-se, as práticas identitárias das classes médias foram deslocadas, progressivamente, por impulsos paradoxais de autonomia e de integração dos indivíduos no interior da sociedade, num contexto de reorganização da sociedade do trabalho e de expansão da cultura de massa mundial. A expansão desta cultura da subjetivação centrada em novas linguagens corporais não é uniforme, revelando novas modalidades de consciência corporal e emocional reflexiva, se quisermos pensar com Sartre (2009).

Assim, ao se desfazer da representação mecânica do corpo biocartesiano, o sujeito libera emoções importantes que são canalizadas para produções estéticas e éticas da vida que passam por diferentes concepções de corpos. Na sua radicalidade a política biocorporal chega mesmo a produzir significações corporais que se pretendem ser obras de arte como aquelas dos corpos grifados por tatuagens, piercings e outros artefatos simbólicos. As dietas e os exercícios físicos, por outro lado, contribuem também para novas moldagens emocionais e sentimentais do corpo humano, levando a se revalorizar esteticamente a imagem humana. Claro, tal resignificação aponta para uma reinterpretação da relação entre corpo, saúde e vida.

Por outro lado, é de se ressaltar que ao estimular este ethos pós-moderno que G. Velho diz ser próprio do homem psicológico, as práticas terapêuticas alternativas enaltecem a qualidade das interações diretas e de trocas emocionais e sentimentais que sejam reciprocamente satisfatórias. Nesta direção, podemos dizer que a valorização da intimidade e da interioridade a partir do toque físico sutil, da massagem bioenergética e da expressão emocional, liberam novas modalidades de trocas humanas que radicalizam um tipo de dom próprio da modernidade, o dom entre estranhos, dom de compromisso à distância, que o sociólogo canadense Jacques Godbout (1998; 2007) considera fundamental para se pensar novas práticas democráticas⁵. De fato, as práticas terapêuticas alternativas são partes de novas experiências culturais de caráter sincrético típicas da contemporaneidade. Elas apontam para certa complexidade sistêmica transcultural no interior da qual se misturam elementos do interesse mercantil, da

5 A dádiva, como se sabe, constitui um sistema de trocas fundado em três movimentos – dar, receber e retribuir – que Marcel Mauss, um dos fundadores da escola sociológica francesa, sistematizou no seu Ensaio sobre a dádiva, de 1924. Segundo Mauss (2003), esta é a lógica mais arcaica das trocas humanas, sendo mesmo anterior àquelas do mercado e do estado que apenas aparecem em sociedades mais complexas;

regulação estatal e da solidariedade espontânea. No bojo dessas mudanças, os atores ao reivindicarem ao mesmo tempo autonomia e pertencimento neo-comunitário, revelam de maneira ampliada o movimento pendular entre a sociedade (de massa) e o indivíduo (reflexivo) ⁶.

O surgimento de práticas de solidariedades marcadas pela busca de um “self” reflexivo (TAYLOR, 2005) cuja busca de autonomia escapa às pressões utilitaristas e burocráticas, constitui um fato auspicioso para se repensar a sociedade civil e uma nova compreensão da vida que se funde numa idéia ampliada do ser humano que foi difundida pela psicologia humanista do século XX e a partir da ética humanista (FROMM, 1972). A libertação do Social Humano favorece, por conseguinte, a aceleração das mudanças culturais, a emancipação de experiências híbridas (CANCLINE, 1997) e ambivalentes, constituindo as disciplinas alternativas um exemplo relevante dessas tendências.

A ambivalência das narrativas terapêuticas reforça o entendimento da contemporaneidade como um processo social fundado na contingência e não na necessidade, termo este que era próprio da modernidade (BAUMAN, 1999: 244-247). Por um lado, isto significa o aumento da ansiedade face aos riscos, refletindo tanto a busca de novas garantias transcendentais como a degradação do trabalho (SENNETT, 1999); por outro, esta experiência é a condição para não se viver mais na auto-ilusão da certeza - que

6 A expansão da dívida através dos sistemas terapêuticos alternativos revela a quebra do binômio tradicional que funda a modernidade, aquele representado pela ação conjugada do Estado e do mercado. No novo contexto, a ruptura da parceria histórica entre o Estado (que garantia a redistribuição dos bens securitários e previdenciários) e o mercado (que garantia o emprego formal) tornou precária a manutenção dos mecanismos de proteção social tradicionais. Nessa brecha aberta pela cisão entre uma economia mercantil que se liberta da regulação estatal tradicional e de um Estado que se vê enfraquecido pelo ataque neoliberal – desejoso de se apropriar do fundo público gerido pela administração estatal – surgem sistemas de troca e de reciprocidade mais espontâneos que reavivam as interações face a face.

foi um marco na modernidade -, em favor de uma nova política de emancipação, cuja única garantia é dada pelo reconhecimento do outro como semelhante (BAUMAN, 1999: 249; PIERUCCI, 1995). Não há como deixar de se ver aqui, por conseguinte, um processo de individualização ambivalente que resulta do confronto entre um mundo de múltiplas escolhas e a necessidade de restrição do campo de experiências “frente ao influxo excessivo de estímulos perceptivos e afetivos”. Conflitos deste tipo estão, segundo Melucci, na base de desordens narcísicas, “o que significa que as pessoas querem ser tudo e todos em todos os lugares, e suas identidades estão fragmentadas” (MELUCCI, 1996: 211).

O NOVO HOMEM, A SAÚDE E A DÁDIVA ENTRE ESTRANHOS

A ambivalência está na base da idealização do Novo Homem ou na projeção de uma Nova Realidade explicando de certa maneira como se dá a expansão do Complexo Terapêutico Humanista no Brasil. Observa-se a rápida expansão do número de terapeutas, clientes e adeptos. Fervilha um desejo coletivo bastante ativo de participar dos trabalhos de edificação dos novos tempos, onde se realçam desafios heróicos dos que se propõem romper com o imaginário moderno tradicional, sobretudo o da política oficial, como podemos observar nos seguintes relatos:

“Eu não gosto de política. Eu acho que o que faço é um trabalho social; eu peguei 30 crianças na rua e estou ensinando tudo de informática para eles trabalharem imprimindo, plastificando, consertando computador, para que eles possam ter mais chance de conseguir emprego” (terapeuta de Reiki)

“A gente montou uma salinha para os alunos fazerem estágio e para os terapeutas que estão iniciando terem um espaço para trabalhar. Os alunos quando terminam o curso fazem um estágio de 100 sessões, que são oferecidas gratuitamente e, normalmente, a gente procura fazer junto à comunidade” (terapeuta de Shiatsu)

O aspecto da idealização oferece reflexões interessantes sobre as dificuldades de estes sistemas médicos alternativos adquirirem o formato de movimentos culturais mais ativos capazes de aparecer como movimentos sociais e profissionais no campo da saúde e da sociedade em geral. No caso, o impacto das condições concretas e adversas da realidade social e histórica sobre a idealização do Novo Homem contribui para aumentar a frustração profissional e o desencanto existencial de muitos terapeutas, que acreditavam que o sucesso e o reconhecimento deveriam chegar com relativa facilidade. A crença ilusória de que o “dar com prazer”, suposto como subjacente à ação profissional deveria implicar um reconhecimento espontâneo, justo e imediato em termos financeiros por parte do cliente, constitui grande quebra-cabeças. Assim, as práticas do gesto espontâneo e gratuito estão sempre misturadas com a perspectiva de um retorno em forma de reconhecimento, mas também de uma remuneração monetária que de algum modo revele o valor do trabalho (lógica do mercado), o que torna tenso, ambivalente e contraditório o circuito da reciprocidade no interior do complexo alternativo. Deste modo, há um choque muito comum de expectativas entre o usuário potencial e o terapeuta que revela as ambigüidades entre missão moral e interesse material, como depreendemos nas falas abaixo:

“As pessoas, às vezes, têm uma concepção muito diferente quando você fala de alternativo; as pessoas acham que pode ser tudo de graça e que não tem custo para a gente. Só que a gente não recebeu de graça; a intuição, a gente tem que preparar para aflorá-la” (terapeuta floral)

“O ideal seria você ser reconhecido como terapeuta e as pessoas entenderem que você está trabalhando para aquilo. Os clientes sempre comparam uma massoterapia com uma visita médica que dura 5 a 10 minutos, enquanto uma sessão de shiatsu ou massagem dura 1 hora, 1 hora e meia” (massoterapeuta).

Estas novas disciplinas médicas valorizam uma representação ético-estética do ser humano fundada em dois aspectos: de uma parte, na importância da proximidade emocional entre o terapeuta e o cliente, de outra, no reconhecimento da singularidade do caráter de cada cliente na organização de sua própria cura. Esta concepção aproxima-se das teses da filosofia fenomenológica como aquela de Merleau-Ponty (1999) que faz a crítica do dualismo cartesiano a partir de um resgate do sujeito pela rediscussão da percepção, da presença do sujeito no mundo a partir de um “sentir total”, o que lhe confere originalidade no “mundo da vida”. A idéia de centralidade do cliente-sujeito pode ser apreciada nestes depoimentos:

“Nós terapeutas não curamos ninguém. É preciso mudar o objetivo de vida da pessoa; se você muda seu objetivo de vida, você descobre o seu por que. Fica mais fácil você se restaurar” (terapeuta interdimensional).

“A mudança se dá a partir dessa construção da identidade, no sentido de um quem sou eu? O que estou fazendo de minha vida? Como é que faço minhas escolhas? Como é que essas escolhas determinam minha realidade? A realidade em que vivemos não é fruto do acaso; essas escolhas direcionam nosso caminho na vida” (terapeuta de Shiatsu).

“É fundamental a pessoa ter consciência do que pode fazer por ela mesma, independentemente dos outros. Ela deve assumir e ser responsável pelo que ocorre de bom e ruim (...). Se você não tem consciência fica dizendo: Ah! Eu estou assim por causa de minha mãe, por causa de meu pai, de meu marido etc. Tenho que entender que se estou assim com as pessoas, isso é um problema meu, eu tenho que ver onde isto está em mim” (terapeuta de regressão).

Tal busca de atribuir ao “paciente” ou usuário do sistema de saúde um papel ativo na organização de seu sistema de cura

ou de bem-estar, leva-nos a concluir que as Terapias Humanizantes não vieram para competir e ocupar o lugar da Biomedicina, representando, de fato, os sintomas de modalidades mais complexas de representação do viver e do cuidar. Na verdade, esta hipótese da luta entre o Bem (a Biomedicina) e o Mal (as demais medicinas) é maniqueísta, sendo reforçada por certos setores da mídia que buscam estigmatizar e reduzir tais práticas alternativas a expressões de charlatanismo, valorizando, no lado contrário, as práticas performáticas apoiadas nas tecnologias visuais e que contribuem para mascarar as insuficiências do saber médico especializado.

Neste contexto de revalorização do usuário, o sistema da dádiva de cuidados (dar-receber-retribuir atenção, sofrimentos, informações e medicamentos), é atualizado como dispositivo de mediação simbólica para permitir a construção de técnicas de diagnósticos e de práticas de cura que aproximam emocionalmente o terapeuta e o cliente e/ou o usuário, ampliando a compreensão fenomenológica da doença. Esta é reinterpretada como mal estar que não pode ser reduzido à metáfora de um vírus que infecta o corpo humano a partir de fora e para cuja eliminação o enfermo não tem nada a dizer, mas como uma experiência que convida o sujeito a compreender sua presença no mundo corporal e social. O que chamamos de dom médico, que funciona pela circulação de atenções e cuidados, permite se exercitar no entendimento da sutileza da relação entre saúde e vida ou bem estar. Este tipo de dom permite se entender que a medicalização da substância é a última coisa a ser feita, havendo, antes, todo um processo de trocas significativas de cuidados, de demonstrações de confiança e apreço, que fundam a constituição de uma clínica médica saudável e complexa (MARTINS, 2003). Ou seja, uma prática clínica fundada no dom médico considera igualmente os bens materiais da cura (a substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos etc.) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida.

A compreensão da nova solidariedade no campo da saúde pública apenas se revela quando integramos a idéia de “dívida moderna entre estranhos” ao lado da dívida entre próximos (GODBOUT e CAILLÉ, 1992: 140-141; CAILLÉ, 1998). Esta associação de modalidades de dívidas tem sido confirmada em pesquisas realizadas recentemente em hospitais públicos (MOREIRA, 2006) e em redes de apoio espontâneas (LACERDA, PINHEIRO e GUIZARDI, 2006). O dom moderno representa, de fato, uma novidade sociológica que permite compreender a nova dinâmica da vida comunitária no momento em que desfaz as regras aparentemente objetivas dos antigos contratos sociais, para valorizar uma troca generalizada de solidariedades que envolvem próximos e estranhos. Ele vincula e obriga os indivíduos, ao mesmo tempo em que os libera, revigorando os sistemas de trocas quando estes pareciam definitivamente esgarçados. A dívida moderna estimula o desenvolvimento de um novo campo na saúde ao permitir os movimentos simultâneos de deslocamentos individuais e de formação grupais. Nas relações mercantis e burocráticas os indivíduos são vistos meramente como estranhos. Com a dívida, o estranho se torna um próximo. A importância disso para a expansão do novo campo da saúde é inegável.

Mas, como temos observado na pesquisa, a convivência entre dívida e mercado no interior destes movimentos culturais na saúde que buscam apresentar novos padrões de interpretação da realidade moderna não é fácil. Analisando-se o funcionamento dos sistemas alternativos, observa-se que a relação entre, de um lado, o sentido e uso do dinheiro, e, de outro, os valores e práticas de solidariedade e gratuidade, é instável e sem fácil solução. A determinação dos custos do cuidado nem sempre atende uma preocupação social mais ampla e, na prática, observa-se com frequência atritos gerados pela apropriação/distribuição do dinheiro. Esta é uma das causas importantes das dificuldades de expansão das redes alternativas como fundamento de novos movimentos sociais e culturais capazes de fazer face à atual desordem sistêmica

gerada pela penetração do utilitarismo mercantil no campo da saúde, em geral⁷.

TRAJETÓRIAS DOS TERAPEUTAS: PROFISSIONALIZAÇÃO E RECONHECIMENTO

A descoberta da vocação para ser profissional de práticas humanizantes ocorre às vezes por acaso, às vezes através de amigos e clientes. Em geral, as novas terapias tendem a responder a questões cruciais: autoconhecimento, autorrealização, busca espiritual, solução para experiências extramundanas, desejos de “viajar”, de romper com as tradições e de correr riscos que levem a uma nova razão de viver. Por conseguinte, a adesão às novas terapias é normalmente feita a partir de um questionamento existencial importante como podemos observar nos seguintes depoimentos:

“De pequenas crises que eram questionamentos a respeito do mundo, entrei numa grande crise, onde percebi claramente não haver um sentido para a vida dentro daquelas coisas que vivia, como trabalho, profissão, dinheiro, todas essas coisas...” (terapeuta de Shiatsu)

7 De fato, as Terapias Humanistas são objetos de fortes investidas por parte dos interesses de Mercado, como tudo aquilo que pode ser transformado em mercadoria. Isto Marx constatou há cento e cinquenta anos e nos é provado diariamente por anúncios de televisão que vendem curas rápidas e consolos existenciais com a mesma presteza de quem vende sabonete no mercadinho. A disseminação do utilitarismo mercantil dentro dos sistemas culturais alternativos, que privilegia redes neocomunitárias abertas à liberdade individual e grupal, ameaça a sobrevivência do mesmo, acirrando o espírito competitivo e a desconfiança entre terapeutas, clientes e adeptos. Mas essas evidências não devem invalidar a importância deste como um complexo sistêmico original, com relevância política, cultural e epistemológica na organização de um novo paradigma da promoção, apesar dos riscos de fragmentação conhecido pelo campo sob a influência desagregadora dos interesses mercantis e do velho e simplista cientificismo.

“Eu fui ler livros espíritas para tentar entender o sentido da vida. Foi aí que comecei a compreender que a raiz do sofrimento estava na mente, na forma como a pessoa se comportava perante os outros, perante ele mesmo. Foi então que decidi fazer medicina, para ser psiquiatra e entender a mente humana; eu achava que por aí conseguiria ajudar a humanidade” (médica homeopata)

A experimentação direta do novo em si mesmo – o cuidado de si, diria Michel Foucault – e a vivência de certas transformações que mexe com as velhas rotinas e hábitos - aparece como um requisito preliminar para o reconhecimento e a profissionalização do novo terapeuta ou facilitador. Poderíamos dizer que este desafio surge como um ritual de passagem decisivo para que o futuro terapeuta venha a ser reconhecido como tal por seus pares. Estas experimentações visam legitimar o corpo humano como referente energético e emocional e, também, assegurar o reconhecimento social e institucional buscado pelo terapeuta alternativo junto a seus pares.

Em razão desta relação direta entre experimentação e profissionalização, observa-se que a especialização técnica - que constitui uma das condições de legitimidade do campo terapêutico tradicional -, aparece no novo campo como uma questão secundária. Ao contrário, os terapeutas humanizantes buscam fugir de qualquer padronização profissional prévia, na medida em que valorizam a descoberta da singularidade pela associação de diferentes abordagens técnicas. As associações possíveis não seguem um modelo pré-determinado, mas são dadas pelas experiências diretas como observamos nestas falas:

“Quando escolhi trabalhar com regressão, fui muito aberta, muito clara. A verdade (da decisão) estava dentro de mim, porque antes de me especializar, eu vivenciei o processo em mim” (terapeuta de vidas passadas).

“O que me entusiasmou na homeopatia era aquilo que eu sentia e que faltava na medicina convencional, aquela visão do todo, da mente e do corpo” (médica homeopata)

“Eu gostei da parte da psicologia hospitalar porque era uma coisa mais humana; eu podia tocar no cliente. E aí começou a coisa do toque, eu podia falar, chegar mais perto... Eu já havia feito terapia analítica, e também utilizava recursos da bioenergética, que trabalha com o corpo” (massoterapeuta).

Os novos procedimentos institucionais e práticas terapêuticas não revelam apenas o envolvimento emocional e moral do terapeuta humanista com a criação de novas técnicas de escuta e de diagnóstico eficazes e adaptadas à sua singularidade como indivíduo. Eles expõem também a complexidade de um campo disciplinar situado nas fronteiras das ciências médicas e de uma cultura reflexiva do cotidiano que valoriza o paciente-sujeito ou o usuário-centrado na organização dos processos de saúde.

A complexidade da organização disciplinar deste novo complexo institucional de cuidados é proporcional à complexidade que as Terapias Humanizantes significam em termos de concepção coletiva do que seja doença, saúde, medicamento, corpo e cura. A valorização dessas terapias se faz pelo modo como descreve a complexidade fenomenológica de doenças psicossomáticas como estresse, depressão e fobia, por exemplo, e pela eficácia problemática de substâncias químicas e antidepressivas para resolver estes tipos de enfermidades. Isto revela a importância desses novos movimentos culturais para a reorganização dos paradigmas em saúde. Por isso mesmo, não se pode reduzir esses terapeutas nem a charlatães perigosos nem a representações distorcidas dos profissionais tradicionais do campo biomédico, devendo resgatar suas práticas dentro dos movimentos culturais contemporâneos de que nos fala A. Touraine.

Em geral, no caso das novas medicinas ou “outras medicinas”, a experiência direta, sobretudo pessoal, com a superação de certas enfermidades ou situações-limites valem mais que o diploma acadêmico. Esses novos profissionais revelam, assim, menos as trajetórias heroicas isoladas de certos indivíduos e mais as atitudes dos agentes dos novos movimentos culturais, dos peregrini-

nos urbanos contemporâneos nas suas trajetórias incertas entre a modernidade e a contemporaneidade, entre o antigo paradigma centrado na doença e o novo paradigma da promoção. Um novo marco de cuidados que aponta não apenas para uma atuação interdisciplinar dos saberes e práticas profissionais, mas que revela “uma horizontalização política desses saberes e práticas, com tendência à formação e à atuação cooperativa e não-competitiva, ou hierárquica, dos mesmos” (LUZ, 2007: 224).

Em linhas gerais, há entre muitos dos novos terapeutas - que se insurgem contra o paradigma conservador dentro e fora do campo biomédico - um novo estilo cultural que reúne, ao mesmo tempo, preocupações de “cura” e uma dimensão ética da vida que valoriza o cuidado e um pertencimento solidário aberto à reflexividade e à pluralidade. Esta nos parece ser uma direção apropriada para que a discussão deste novo campo cultural da saúde não resvale nem para o simplismo moralista daqueles que o reduzem a um simulacro, nem para o exagero dos que vêm neles as sementes perigosas e insanas de uma nova ficção científica e religiosa ligada à magia.

Há, certamente, entre tais atores sociais desejos de transcendência que não são anômalas quando consideramos que as novas terapias médicas de base humanista são expressão de um contexto de mudanças de paradigmas na saúde. Em geral, a busca paradoxal da autonomia (com relação ao velho) e do pertencimento (com relação a novos grupos de reconhecimento) implica em experiências sincréticas, onde estão presentes elementos do cristianismo e de outras tradições e também uma pluralidade de noções que revelam o clima de ruptura institucional. Os relatos abaixo confirmam o paradoxo da “identidade em movimento”, o qual se funda em práticas identitárias construídas a partir de atributos opostos de autonomia e de integração ao meio:

“Em cada pessoa, eu vejo um núcleo verdadeiro e importante e meu contato direto é com isso. Não importa se é na meditação cristã, se é no Zen, se é no espiritismo, na umbanda, não interessa.

Você tocou este ponto, está tocando o chão da existência. Eu sinto esta liberdade dentro de mim. Embora, eu esteja praticando o Zen e siga seus rituais, eu estou procurando essa coisa que é universal e que não tem nome, que não pertence nem a uma escola, nem a uma religião, que não tem nome” (terapeuta de Shiatsu)

“Hoje eu estou muito em paz; sou um pouco de tudo, mas primeiramente cristão. Eu me sinto atraído em alguns aspectos pelo budismo, em outros, pelo espiritismo. Algumas pessoas dizem que vêm em mim mais forte a questão da mediunidade, do sensitivo... A minha religiosidade é muito na minha casa, no meu altar, na minha sala de meditação, com meus santos todos misturados, Buda, Khrisna, Shiva, Bhrama, Nossa Senhora, São José, tudo num mesmo altar” (musicoterapeuta)

“Eu estou me sentindo com mais segurança no meu trabalho de terapeuta floral. Meu campo está muito mais aberto sobre o que pode acontecer na relação terapêutica. O que eu posso dizer a você é o seguinte: ao longo de minha vida, nas minhas decisões, eu estou cada vez mais tentando me conectar com a minha espiritualidade” (terapeuta de Mãos de Luz)

CONCLUSÃO:

Para finalizar gostaria de retomar algo que foi discutido ao longo do artigo e que merece ser registrado, a saber, que, para nós, os terapeutas humanizantes são uma espécie de novos atores cosmopolitas que estão estabelecendo as bases de um movimento cultural inédito no campo da saúde.

Certamente, sendo as vanguardas de tais mudanças, os novos atores urbanos revelam estratégias e práticas que oscilam permanentemente nas fronteiras do conhecido e do desconhecido, do certo e do incerto, do científico e do místico, do sagrado e do profano. Tais ambivalências são compreensíveis se considerarmos que tudo se passa num clima de ruptura da episteme moderna marcada

pela mecânica clássica em favor de nova episteme aberta à metáfora da energia vital e da totalidade humano que tem desdobramentos importantes no plano das instituições sociais em geral, e da saúde, em particular. O fato novo é revelado por dois deslocamentos das crenças coletivas: num primeiro plano, a “criação imaginária” moderna tradicionalmente ligada ao trabalho é deslocada para um plano mais amplo ligado à produção do bem estar corporal, emocional e psíquico que se efetiva em parte pela cidadania do consumo, mas basicamente pela luta moral por reconhecimento e dignidade (TAYLOR, 2005). As antigas crenças são abandonadas e/ou reintegradas através de novas linguagens de poder e de novos processos de reconhecimento, de inclusão e de participação.

No outro plano, a ruptura epistêmica é revelada por uma desconstrução progressiva do binômio saúde-doença que tem como pano de fundo uma dupla metafísica forjada entre o bem e o mal. Nesta metafísica, o bem, ou seja, a luta contra a doença, se resolve pelas tecnologias biomédicas; quanto à metafísica do mal, a biomedicina tem grande problemas de explicá-la na medida em que é difícil definir o que seja a morte, sendo mais fácil se explicar como se manter um corpo fisicamente vivo. Nesta ótica, a morte é vista como sendo o fracasso da ciência na solução dos problemas da doença, estando o bem ligado à reprodução da fisiologia do ser humano. A ruptura epistêmica em curso desconstrói tais metafísicas e recoloca novas representações da vida e da morte pela qual esta última não é mais vista necessariamente como algo mal, mas como algo inevitável. O reconhecimento de tal inevitabilidade é aquele mesmo da aceitação da finitude do corpo humano (FOUCAULT, 2000) por mais que se busque a eternidade por vias tecnológicas, a qual é uma das bandeiras em declínio das tecnologias biomédicas.

Os novos médicos alternativos canalizam, enfim, este clima ambivalente de incertezas culturais entre uma tradição científica de base cristã e uma nova tradição que se abre ao pluralismo cultural e místico, o que é demonstrado por algumas oscilações importantes dentro dos processos de mudanças de paradigmas.

Algumas têm caráter institucional como as oscilações que se verificam entre as tendências institucionais de autonomia e de adaptação às normas e rotinas existentes no campo da saúde. Outras oscilações têm valor moral como aquelas entre a ação calculada (lógica utilitarista) com fins de privatização dos recursos de acesso à vida, e as ações espontâneas fundadas na obrigação da reciprocidade que nos oferece a dádiva, com a finalidade de liberar os recursos de acesso à vida propriamente humana. Enfim, tais oscilações revelam mudanças de crenças científico-religiosas e dos fundamentos de organização da vida cotidiana num contexto de desumanização/rehumanização (MARTINS, 2003). Pelo fato dessas crenças aparecerem de modo geminado, elas saltam de imediato aos olhos dos observadores externos que dependendo de sua posição ideológica podem concluir que a ciência está sendo mascarada pela ideologia, ou, no sentido contrário, que a ciência está sendo enriquecida pela força do simbolismo.

Cada uma dessas três polaridades (institucional, moral e científico-religiosa) reforça as oscilações do conjunto do sistema no centro da ruptura epistêmica e de surgimento de novo paradigma humanista na saúde e na vida. A novidade do fenômeno determina o clima de riscos e irregularidades que marca sua rápida expansão. Através dessas oscilações, porém, as Terapias Humanizantes se constroem como um movimento cultural inédito, que contribui tanto para destradicionalizar o campo biomédico moderno como para liberar novas experiências do bem estar e novas crenças culturais que são fundamentais para uma nova medicina humanista e para uma ética da vida que responda às exigências complexas do sujeito na contemporaneidade, afirmando um novo paradigma da promoção que renova a saúde e a sociedade, o humano dado e o potencial humano.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. *Modernity and ambivalence*. Cambridge: Polity Press; 1999.

CAILLÉ, A. Nem holismo nem individualismo metodológico. Marcel Mauss e o paradigma da dádiva. RBCS Col 1998; vol.13, n. 38: 5-38, 1998.

_____. *Antropologia do dom: o terceiro paradigma*, Petrópolis: Vozes; 2002.

CANCLINE, N. *Culturas híbridas: estratégias para entrar e sair da modernidade*, São Paulo: EDUSP, 1997.

CAROZZI, M.J. Cultura social em movimento: la nueva era en Buenos Aires. Buenos Aires,. In Press 1998.

CAROZZI, M.J. Introdução IN *A nova era no mercosul* In Carozzi, M.J., organizadora. Petrópolis: Vozes; 8-26, 1999.

CASTORIADIS, C. *L'institution imaginaire de la société*, Paris: Seuil, 1975.

ECKART, M. *Sobre o desprendimento*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

EHRENBERG, A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob, 2000.

FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*, Paris: PUF, 2000.

_____. *Nascimento da biopolítica*. São Paulo : Martins Fontes, 2008.

FROMM, E. *Análise do homem*, Rio: Zahar, 1972.

GIDDENS, A. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge, Polity Press, 1993.

GODBOUT, J. (c/ colaboração de Caillé, A.). *L'esprit du don*. Paris, Editions la Découverte, 1992.

_____. Introdução à dádiva. RBCS; vol 13, n. 38: 39-53, 1998.

_____. *Ce qui circule entre nous: donner, recevoir et rendre*, Paris:Seuil, 2007.

GUATTARI, F. *Chaosmose*. Paris: Ed. Galilée, 1992.

LACERDA, A., PINHEIRO, R. e GUIZARDI, F.L. Espaços públicos e saúde: a dádiva como constituinte de redes participativas de inclusão social In: Martins, P.H. e Campos, R., organizadores. *Polifonia do dom*, Recife: Editora Universitária, 2006.

LEARY, T. *Flashbacks: surfando no caos: a história pessoal e cultural de uma era*, São Paulo, Beca Produções Culturais, 1999.

LE BRETON, D. *Adeus ao corpo. Antropologia e sociedade*. Campinas: Papirus, 2003.

LUZ, T.M. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos*, Rio: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007.

MARTINS, P. H. As Terapias Alternativas e a Libertação dos Corpos In: Carozzi, J.M., organizadora. *A Nova Era no Mercosul*, Petrópolis, Vozes, 1999.

_____ *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*, Petrópolis: Vozes, 2003.

_____ O paradigma energético e os novos significados do corpo e da cura In: Pelizzoli, M., organizador. *Bioética como novo paradigma*, Petrópolis: Vozes, 2007.

MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*, São Paulo: Cosac & Naife, 2003.

MELUCCI, A. A experiência individual na sociedade planetária In: *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, n.38, São Paulo, 1996.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*, São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MOREIRA, M. Dádiva, reciprocidade e associação em rede na área da saúde In: Martins, P.H. e Campos, R., organizadores. *Polifonia do dom*, Recife: Editora Universitária, 2006.

PIERUCCI, F. Problemas com a igualdade ou: ciladas da diferença In: Adorno, S *A sociologia entre a modernidade e a contemporaneidade*, Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde
In: Pinheiro, R. e Mattos, R.A., organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*, Rio: CEPESC – IMS/ UERJ – ABRASCO, 2007.

SARTRE, J.P. *Esboço para uma teoria das emoções*. Porto Alegre: L&PM, 2009.

SCHERRER-WARREN, I. *Redes de Movimentos Sociais*, São Paulo: Ed. Loyola, 1993.

SENNETT, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*, Rio/São Paulo: Editora Record, 1999.

TAYLOR, C. *As fontes do self: a construção da identidade moderna*, São Paulo: Loyola, 2005.

TOURAINÉ, A. *Poderemos viver juntos? Iguais e diferentes*. Petrópolis: Vozes, 1997.

VELHO, G. *Subjetividade e sociedade: Uma experiência de geração*, 2ª. Edição, Rio: Jorge Zahar, 1989.

Em *Aventuras Antropológicas no Campo da Saúde*, os autores desta coletânea inauguram um campo de reflexão para profissionais, partindo de temas pouco valorizados nas escolas de saúde. Para tal, questionam o Método, desorganizando a Ciência e abrindo espaço para Indisciplinas que acolham o dado impuro e o resultado inconcluso.

Os quatro temas abordados nesse livro expressam o estado da arte desta nossa primeira iniciativa. Carlos Eduardo Marotta Peters apresenta o papel do intelectual brasileiro atuante diante das ideologias do campo da saúde; Maria Thereza Lemos de Arruda Camargo mostra que é possível trazer para o campo da saúde uma discussão sobre as margens das ciências da saúde, a medicina popular; Angel Martínez-Hernández discute os problemas da cultura da globalização e do consumo em nossas vidas; e Paulo Henrique Martins oferece o paradigma da dádiva como um modelo de atuação nessas circunstâncias especiais da modernidade.

