

Toxicodependência e Antropologia Médica (*)

Júlio Machado Vaz

No princípio era a clínica. Através do Verbo, divino ou humano, das folhas que coloriam as infusões, de águas miraculosas ou alimentos revigorantes, de danças destinadas a Deuses desatentos às Suas obras ou com elas enfadados. No princípio era a clínica, mesmo antes dos gregos, que nos legaram a palavra com o aviso de que significa “do leito” ou “algo que junto a ele se faz”. Retenhamos a noção de proximidade, injustificada considero qualquer ortodoxia semântica furiosa, não nos é lícito – sobretudo em tempos de crise nas instalações hospitalares e de ritmo acelerado da vida em geral – esperar do doente a permanência obrigatória na cama para justificar a atenção. De quem, a propósito? Quem se senta à cabeceira ou do outro lado da secretária? A resposta é simples, linear, desde que nos mantenhamos no estrito âmbito do dicionário – o agente da acção deverá obrigatoriamente ser discípulo de Hipócrates.

E no entanto, quando falamos de Drogas e Sociedade Ocidental, não basta decretar que no princípio era a clínica. Devemos acrescentar que alguma clínica foi praticada com essas drogas e não para lhes combater os efeitos, há quinhentos anos Paracelso fazia furor com o láudano, cujo princípio activo – para empregar linguagem mais dos nossos dias – não era senão o ópio. O sucesso foi de tal ordem que outro tipo de furor surgiu, a inveja entre colegas não parece ter sido uma invenção do século vinte, reza a lenda que foi assassinado em 1541 por candidatos à sua clientela. Em Salzburgo, à semelhança da teoria proposta para a morte de Mozart na peça Amadeus. Como se chamaria o seu Salieri?

Paracelso defendeu uma clínica pelos similares – similia

similibus curantur –, as substâncias utilizadas deveriam existir no próprio corpo do doente ou de esse objectivo se aproximar, num modelo terapêutico vizinho do que apelidamos de homeopata. Sensível ao simbolismo da forma, o homem que ensinava Medicina em alemão, desprezando o habitual hermetismo latino preferido pela classe, e ainda mais a horrorizava ao estudar as doenças nos doentes e não nos livros, sensível ao simbolismo, dizia eu, defendia Paracelso a relação entre o aspecto da planta utilizada e a parte do corpo em sofrimento. Não nos pode assim surpreender que a esférica papoila lhe parecesse adequada às afecções da cabeça, mas o láudano provou a sua eficácia em problemas tão diversos como os ginecológicos ou intestinais. E, desde logo, dois factos devem ser apontados a quem aspira seguir as pisadas de Paracelso, ao menos no sucesso clínico – a utilização terapêutica de uma droga que hoje justificaria por si só um tratamento e a absoluta ignorância sobre um eventual risco de dependência. Quatrocentos anos depois, quando a heroína era prescrita e anunciada paredes meias com a aspirina, o mesmo poderia ser dito de médicos e doentes, só os investigadores da Bayer guardavam o segredo que faria baixar os lucros – a heroína provocava dependência como a morfina. Dir-se-ia que Voltaire se aproximava da verdade quando definia os médicos como gente que administrava com pedantismo substâncias que não conhecia a pessoas que ainda conhecia menos. A história das drogas é a de uma ligação de amor, ódio e medo com a Medicina e de lucros fartos que a partir de certo ponto deixaram de ter a cobertura da ignorância científica. Indícios prometedores para

quem, como o aluno de Antropologia Médica, aspira a conhecer um pouco melhor a profissão e os seus sumo-sacerdotes. Que, ainda de acordo com o dicionário, deveriam ser os únicos autorizados a exercer a clínica.

Perante a clareza de tal afirmação, compreende-se a surpresa e ironia de William Caudill, fazendo notar em 1953 que os antropólogos e outros cientistas sociais vinham recentemente desempenhando papéis neles pouco habituais. E citava exemplos: trabalhar com os médicos, colaborar com os Serviços Nacionais de Saúde, estudar Hospitais e Doentes e até conduzir Psicoterapias com índios americanos, nessa altura com toda a probabilidade traumatizados pela visão a preto e branco dos filmes a cores sobre o velho Oeste. Tudo indica que esse espraiar em novas direcções tenha continuado, trinta anos mais tarde Chrisman e Marezki dedicavam-se ao estudo sistemático de tais caprichos e baptizavam a área coberta pela exploração em curso. Nascia a Antropologia Clinicamente Aplicada, denominação considerada mais correcta do que a de Antropologia Clínica, susceptível de levar a confusões entre os papéis reservados aos diferentes profissionais. Os índios e as suas psicoterapias viam-se de regresso à Medicina...

Tal facto não correspondeu apenas ao aparecimento de uma especialização da Antropologia clássica, mas da própria Antropologia Médica, entendida esta como a aplicação da teoria e investigação antropológicas aos tópicos da Saúde, Doença e Cuidados de Saúde. A Antropologia Clinicamente Aplicada visava auxiliar os profissionais de saúde a melhorarem as suas práticas pela utilização de conceitos antropológicos, explicando e sugerindo modificações no Sistema de Saúde e na relação mantida com os doentes que nele se moviam. Explicar e sugerir... Palavras de braços abertos a devaneios e trajectos individuais, as diferentes perspectivas conduziram por vezes a formulações extremas. Shiloh, por exemplo, defendeu, referindo-se à área da Saúde Mental, não representarem os quadros apresentados verdadeira patologia, mas sim "problemas de vida", pelo que os profissionais deveriam ser especialistas em cultura e não em psicologia. Na inevitável e exigível vertente política citarei Taussig, que em 1980 chamava a atenção para o facto de a Antropologia, ao ajudar os médicos a perceberem melhor os doentes, perpetuar a estrutura classista existente e a exploração, tornando a ciência do controlo humano mais poderosa e

coerciva. Em 1988, menos dogmático, Baer preconizava que os antropólogos informassem os doentes de que os seus problemas de saúde não eram únicos, mas partilhados por outras pessoas da sua raça, classe, etnia e género, podendo a acção social servir como forma de terapia. Os antropólogos assumiriam, de acordo com esta visão, um papel de mediadores entre a cultura e os clínicos, para que o Sistema de Saúde pudesse adaptar-se melhor aos problemas do paciente e da Sociedade.

Mediar entre a cultura e os clínicos... A expressão dá que pensar, viveremos em torres de marfim? Prisioneiros como donzelas casadoiras da Idade Média ou orgulhosamente sós como o rural de Santa Comba? Seguramente não no discurso, apressamo-nos a falar da Toxicodependência como um fenómeno bio-psico-social, mas a nostalgia do biológico deixa pouco espaço para os aspectos psíquicos, guardados à vista em psicoterapias que, mesmo as de grupo, acabam por se refugiar em nichos ecológicos. Transformando o social em notícias que se lêem nos jornais e se deixam ao cuidado do Ministério da Administração Interna e dos Comissários de Luta contra a Pobreza. Quando as diversas vertentes do fenómeno são admitidas, a Medicina tradicional gosta de tornar bem claro que o nó górdio da situação repousa nas suas mãos – alguém deve deixar de consumir. A montante e jusante os horizontes são demasiado confusos para se enquadrarem nos esquemas de uma profissão que ainda chora às escondidas a lhanza das primeiras formulações de Pasteur e do princípio da especificidade. Pois não bastará assistir a uma ou duas conferências e mantermo-nos atentos aos noticiários? A Sé e o Casal Ventoso..., o Programa para a erradicação das Barracas...; tudo lá vem. Serão os intrusos verdadeiramente indispensáveis? Eu acho que sim, eles e os seus saberes, desde a Universidade, de modo a que a multidisciplinaridade seja um hábito adquirido na formação e não um sacrifício tardio. Suportado em nome de uma qualquer circular, emanada por um superior que, por partilhar o nosso cepticismo quanto a ela, jamais verificará a sua passagem à prática e resmungará contra estas modernices saídas de cabeças brilhantes e estrangeiradas, mas virgens de observação clínica.

Mas se tenho, por hipótese, razão – e não apenas o poder discricionário de regente – pergunta fundamental desde logo se impõe – que podem os antropólogos fazer com e pelos profissionais de saúde? Swartz, em 1983,

referia que estes precisavam de desenvolver uma melhor compreensão dos factores que afectam as percepções e respostas individuais nas áreas da Saúde, Doença e Terapia. Muitas das dificuldades aparentes na clínica estão relacionadas com o lastro cultural dos doentes, pois as culturas de grupos particulares influenciam as terapêuticas que lhes são destinadas. A reacção dos médicos a tais propostas de ajuda nem sempre foi muito apreciada pelos antropólogos, em 1985 Stein queixava-se do que definia como desejo por parte dos profissionais de saúde de um verdadeiro “livro de receitas étnico”, ou seja, de uma lista de características próprias e quase estáticas de grupos étnicos específicos que facilitassem o seu tratamento. Na sua opinião, os médicos e, embora em menor escala, os enfermeiros, teriam uma visão reducionista e biológica da Saúde e da Doença que os satisfazia perfeitamente. O bom clínico parecia tentar atingir um verdadeiro estágio de “ignorância óptima”, sabendo o suficiente para ser eficaz, mas não tanto que pudesse ficar paralisado por ambiguidades e incertezas. Tais entraves à acção, vagos e pouco científicos, adequar-se-iam bem melhor ao doente: expectante, passivo, alheio a todo o processo mórbido.

De que médicos falam? Seguramente não de nós, incertezas e ambiguidades preenchem o nosso dia a dia, a não ser que decretemos – como alguns ainda o fazem – todos os toxicodependentes psicopatas por quem nada há a fazer, não nos cabe utilizar o Sistema de Saúde para os ajudar, mas sim protegê-lo deles. A resistência por vezes encontrada na utilização de determinadas respostas terapêuticas reside menos na falta de vagas do que na convicção de que os toxicodependentes liquidarão o trabalho já em curso. Possibilidade real, com efeito, se também eles são passivos, habituados como estão a confiar em substâncias exteriores para obter modificações do seu estado, esperando do médico solução miraculosa, o torpor finda aí, tudo o resto anuncia permanentemente o acting-out. Parecem sempre prontos a agir, mas no registo do gesto e não do acto, no processo terapêutico a agitação é inaparente ou browniana. Cartesianos exacerbados, dir-se-ia que o corpo já nem sequer se opõe ao espírito, pura e simplesmente o eliminou. Ideia falsa, o fantasmático existe, embotado e tímido, angustiante e por isso mantido à distância, a noção de alexitimia de Sifneos salta para a boca de cena e chegamos à conclusão de que é preciso fazê-los experimentar outro género de angústia, pensada e depois elaborada, a rressaca

não esgota o catálogo do sofrimento. E por isso falar de Toxicoddependência num curso de Antropologia Médica pode servir de introdução à abordagem psicossomática.

Platão escreveu ser um erro espalhado entre os homens querer cuidar separadamente da serenidade da alma e da saúde do corpo. Ouvindo isso, uma expressão nos enche boca, sorriso e consciência satisfeitos de clínicos bem informados e aparentemente para lá de Descartes – Medicina Psicossomática. Correndo o risco de ser desmancha-prazeres para alguns dos meus colegas direi que a nossa auto-complacência é precipitada. Pflanz, em estudo realizado apenas em países considerados detentores de cuidados médicos de alta qualidade, diz-nos que cerca de 50% das hipertensões arteriais são despistadas, mas apenas 25% recebem tratamento adequado. Deste grupo, mais de metade interrompe a terapia durante o primeiro ano. O autor sugere que a personalidade desses doentes é particularmente mal suportada pelos médicos, o que provoca problemas de comunicação. A posição autoritária assumida por muitos dos clínicos geraria no paciente ansiedade pela verificação do seu estado de dependência e o aparecimento de uma agressividade latente desaguando na ruptura. Pflanz fala de um verdadeiro “buraco tecnológico” que se instala entre o potencial diagnóstico e terapêutico da Medicina contemporânea e as suas aplicações práticas. Menos descritivo, Desrosiers procura uma explicação plausível para os factos e refere a ausência de uma aliança terapêutica, sem a qual não se pode falar de abordagem psicossomática. Aliança terapêutica e não transferência, acrescentaria eu, sempre receoso dos fundamentalismos de certa Psicanálise que se arroga o exclusivo da Psicodinâmica e despreza tudo o que não passe por infância e divã. Essa abordagem psicossomática, ao contrário do que muitos pensam, não constitui uma nova forma de praticar a Medicina, trata-se de um saber esquecido, aparentemente o desenvolvimento da ciência de curar foi fazendo cair para as brumas da memória a arte de cuidar. Porque para os Gregos a terapêutica era a arte de curar, mas também de cuidar do doente. Hoje em dia reina a concepção medicalizada e técnica do termo, na dicotomia anglo-saxónica entre “to cure” e “to care” não restam dúvidas sobre para que lado pende a balança, curamos a doença que habita um corpo disfuncional e menos rentável. Mas não esqueçamos o conceito de Arte. Que terá acontecido? A definição de Arte alargou de tal forma os

seus critérios e ambições que a terapêutica ficou inexoravelmente para trás? Ou a terapêutica quase faliu, vítima de preguiça tecnológica, e desapareceu como Arte?

O discurso médico ocidental recusou, sobre a natureza da Doença, as versões da punição, de origem judaico-cristã, e da tragédia, relacionada com esse Olimpo em que se passeavam os Deuses, tão semelhantes nos seus caprichos aos homens que os tinham criado. É um discurso racionalista. Postula uma concepção antropológica que considera a Doença como dissociável do doente, uma estrutura que se pode descrever e compreender e sobre a qual se pode agir, restaurando assim a função afectada. Trata-se, portanto, de um discurso estrutural. No Ocidente o indivíduo é um ser único, independente do contexto social no qual evolui, e neste sentido o discurso é diádico. Mas também possui o estilo da sua civilização, materialista, técnico e competitivo, sendo deste modo agnóstico. Em conclusão, poderemos dizer que a arte da terapêutica ocidental reside em apresentar um indivíduo restaurado ao nível da estrutura enquanto a reabilitação funcional é deixada para disciplinas satélites da Medicina e os aspectos simbólicos são claramente negligenciados.

Ainda falando de Arte, aproveitemos esse talento francês para esconder nos livros de texto a complexidade da vida por trás de chavetas rendidas à beleza da forma. Na Medicina, e a traços largos, poderíamos falar de quatro:

- 1) *A Arte do Gesto – O seu expoente máximo é a Cirurgia.*
- 2) *A Arte da Palavra – Núcleo da actividade clínica à cabeceira do doente.*
- 3) *A Arte da Escuta – Reinando incontestada na Psicoterapia.*
- 4) *A Arte de Ver – Mais ligada às disciplinas diagnósticas e de laboratório.*

A Arte do Gesto prefere o concreto ao abstracto, a prática à teoria. É refractária a representações simbólicas, não utiliza a palavra e perde pouco tempo com a escuta. Tolerar mal a ambiguidade e afasta-se do doente quando considera que não há mais nada a fazer. Contém uma dimensão estética e tende para os abusos éticos em virtude do seu gosto pela intervenção.

A Arte da Palavra apresenta uma certa tolerância à ambiguidade, é também estruturante, mas já se interessa mais por

realidades funcionais. A sua pedra de toque é o diagnóstico diferencial e a prova dos nove depende da opinião da Medicina Patológica. Se uma velha graça diz, em relação ao processo cirúrgico, que uma vez terminado se pode dar os parabéns ao cirurgião e quanto ao doente depois se verá, a Medicina Geral vê-se por vezes aplaudida a posteriori, alguém morreu exactamente do que era suposto morrer.

A Arte da Escuta é a menos medicalizada de todas, a mais simbólica, a menos estruturada e agnóstica e a mais dogmaticamente diádica. Em Psicoterapia as palavras pertencem ao doente, o saber do técnico é suposto trazê-las à superfície. Mas não só. A grelha de interpretação visa dar à razão o lugar de comando, os afectos sem ela são considerados perigosos, sem sentido, desadequados, a tradição ocidental e racionalista continua de boa saúde. O discurso simbólico obedece a uma estrutura semântica, mais ou menos alterada, cujo código pode ser cientificamente determinado.

E de novo a Toxicodependência em questão, de que psicoterapias falamos? O Toxicodependente, como bem afirma Gillieron, não é um bom candidato à Psicanálise ou mesmo a formas breves de psicoterapia nela inspiradas, pelo menos em fases precoces do tratamento. A sua tolerância à frustração é demasiado baixa, a capacidade de insight pode existir, mas não é utilizada, o terapeuta consumido do mesmo modo que o produto e dificilmente abrigando a projecção de imagens significativas antes de um período mais ou menos longo de experiências e provocações. Mas a Medicina parece muitas vezes navegar entre o oito e o oitenta nesta área, alterna o riso escarninho e a adesão arrogante, desconfia das psicoterapias em geral ou divide-as sem remorsos entre as de primeira e as de segunda, nestas incluindo as psicoterapias de apoio que na Toxicodependência assumem enorme importância. Trata-se de processos longos, quase ortopédicos, o terapeuta obrigado a assumir o papel de representante do princípio da realidade, lidando com pormenores impensáveis nas situações transferenciais clássicas, estabelecendo limites na relação e fora dela, discutindo ao telefone com famílias e magistrados. Se há pouco dizia que somos obrigados a ensinar-lhes outro tipo de angústia, forçoso é admitir que também aumentamos os nossos conhecimentos a esse nível, ninguém nos preparou para um tal circo. Ou, dito de outra forma, não nos limitamos a verificar que são difíceis de curar, rangemos os dentes perante a

árdua tarefa de cuidar deles. E eis como em Antropologia Médica se pode saltar do mundo helénico para a viela do Anjo escarranchados na mesma chave, a pergunta continua a mesma, sabemos nós cuidar e curar?

Em termos gerais presenciamos hoje o triunfo de uma terapêutica racionalista, diádica, estrutural e agnóstica, cuja dinâmica económica está fortemente ligada à evolução do capitalismo. Em contraponto, mais ou menos clandestina, uma outra corrente – mística, colectiva, funcional e empírica. A relação entre o Homem e a Divindade ou a Tragédia é aceite e ritualizada, o equilíbrio ecológico do colectivo é visto como mais importante do que a reinserção do indivíduo na cadeia produtora; os desvios psicossomáticos prevalecem sobre os aspectos estruturais e o significado simbólico é levado em conta por prescrições que se inserem no tecido cultural e social.

Entre esta arte popular da terapêutica e a Medicina positivista insere-se o discurso da Medicina Social. Que não é novo e tem como uma das bases para o seu renascimento a incapacidade da estrutura económica para suportar o máximo esforço terapêutico na totalidade dos casos individuais. A Medicina Social e Preventiva tem algo de judaico-cristã, parece impor rituais de expiação e uma obediência sem esperança. Apoia-se na matemática e na estatística da prova científica clássica para chegar a uma associação probabilista, se possível tendendo para a existência de apenas duas variáveis. Tomemos o exemplo da ligação entre o tabaco e o cancro do pulmão. Primeiro a associação entre o tabagismo e o universo multidimensional das codeterminantes psicossomáticas dos comportamentos de grupo é simplificada ao extremo. Depois a relação estatística é transformada em causalidade linear. Num terceiro momento a Sociedade classifica o comportamento tabágico como desvio e os fumadores tornam-se os culpados da sua doença. E da dos outros... Os esforços terapêuticos para ajudar desviantes justificar-se-ão? E não serão todas as medidas tomadas contra eles justificáveis pela sua perigosidade e relutância em regressar ao “bom caminho”? Na realidade, pelos seus objectivos sociais e preventivos, este discurso implica terapêuticas visando a colectividade. A Prevenção Primária, que aspira à eliminação das causas, é prescritiva, persegue modificações de atitudes e comportamentos a nível individual, mas também a mudança das políticas, dos processos de produção ou das filosofias

sociais. A prescrição colectiva tem apoios epistemológicos instáveis e duvidosos, um discurso que visa a colectividade pressupõe uma preocupação ética muito maior, atendendo à omnipresente tentação do poder.

A relação da Medicina com a Prevenção Primária na área da Toxicodependência não deixa de ser estranha. Mesmo esquecendo as posições mais agressivas, que aplicam aos toxicodependentes uma variante do discurso culpabilizador acima descrito em relação aos amantes do tabaco e chegam a falar de processos modernos de selecção natural, resta uma sensação de desconforto. Cada vez mais interventiva em áreas que até há meia dúzia de anos ninguém pensaria medicalizar, a Medicina limita-se a debitar linhas gerais e nem sempre muito correctas sobre Prevenção, o mais das vezes liquida o assunto com uma declaração sobre a necessidade de uma verdadeira educação para a Saúde. Falo da Medicina em geral, não dos Serviços especializados, e emprego esta fórmula porque seria injusto esquecer o trajecto difícil e solitário dos antigos C.E.P.D.. A história de quase vinte anos não nos envergonha, as equipas multidisciplinares no terreno foram a regra, com benefícios para as acções levadas a cabo, mas também para os próprios médicos, que compreenderam melhor a dimensão do problema e passaram a dar outro valor às competências de profissões bem mais habituadas a esse trabalho de sementeira árdua e difícil avaliação. E de novo em Antropologia Médica, explicando-lhes que também isso faz parte das nossas obrigações e interesses, sublinhando a importância do desenvolvimento de critérios de eficácia, porque o tempo de pensar que a Prevenção na pior das hipóteses não prejudica já lá vai, insistindo numa visão global do problema. A Medicina não pode assumir uma posição de jóia da Coroa na luta contra a Toxicodependência e subalternizar a vertente preventiva quando se queixa – com razão – de travar uma batalha de retaguarda desgastante e desesperada na área do tratamento. Cujo desfecho só será devidamente avaliado e consolidado através de uma Prevenção Terciária que diminua as enormes hipóteses de recaída à espreita durante o processo de reintegração em meio familiar, laboral ou escolar.

Os Gregos, as Artes e a Medicina Preventiva não me fizeram esquecer o ponto de partida de tais desvios, falava eu de abordagem psicossomática em oposição a uma visão estática e optimista da Medicina Psicossomática.

Na abordagem psicossomática desaparece a fronteira entre o físico e o psíquico. Porque uma doença é também uma representação, um mal vivido, um dado que se insere numa aprendizagem cultural e que o doente procura tornar coerente com o resto da sua vida, ao menos dando-lhe um nome. Não existem, portanto, "doenças psicossomáticas". Damos esse nome às mais bem estudadas desta forma, mas toda a doença pode e deve ser vista por este ângulo, não existe doença sem processos mentais. A abordagem psicossomática implica uma posição teórica inspirada pela psicodinâmica, a referência ao conflito psíquico como uma das causas da doença. E no entanto muitos dos doentes estão verdadeiramente hipnotizados pelos sintomas somáticos face aos quais se vêem como vítimas impotentes e passivas, preferindo tratamentos administrados do exterior por um médico onipotente. Fedida escreveu que a libertação do corpo e a libertação pelo corpo se tornaram evidências sociológicas a propósito das quais nos devemos perguntar o que mascaram, afastam ou dissimulam. Para Lapierre a terapia corporal deve ser uma porta de entrada para que o corpo, podendo comunicar, permita pouco a pouco ao afecto e ao fantasma reencontrarem ou fabricarem uma via de expressão. É de uma integração dos vividos afectivo e corporal que se trata e não de um corpo acéfalo, simplista e mecânico.

Mas voltemos aos antropólogos no terreno. O bom antropólogo face ao clínico casmurro também apresentaria os seus perigos. Por não resistir à tentação de se pôr ao lado do paciente ou de grupos étnicos específicos. Como em ilha longínqua, onde os nativos defrontassem a crueza de rolo compressor de uma civilização ocidental chegada para os arrancar das garras do obscurantismo, interpretado como o intervalo entre a sua cultura e a que chega, implicitamente aceite como melhor e objectivo último de populações que nas palavras passaram de "selvagens" a "primitivas", antes de merecerem a denominação subtil de "em vias de desenvolvimento". Melhor seria falar de um desenvolvimento. Mas a tentação pode aguilhoar o antropólogo noutras áreas. Alguns tendem a fornecer informação cultural ao clínico a partir do ponto de vista do doente, como se de uma etnografia se tratasse. Em ambos os exemplos citados, um conceito básico da Antropologia é posto em causa, o de holismo. Respeitar tal conceito obriga o antropólogo a manter uma perspectiva sistémica, pois só quando consegue observar clínico e doente benefi-

ciarão eles verdadeiramente da sua ajuda. Este posicionamento, de aparente maior distanciação, pode ser também considerado menos ameaçador por clínicos que prezem muito o seu controlo sobre os pacientes e mantenham fora do sistema os intrusos, incluindo os próprios colegas. Outros, pelo contrário, sentirão como angustiante um olhar que os engloba no mesmo nicho ecológico do doente, certos como precisam de estar da clara diferença de estatutos que reina durante a consulta.

Uma grande vantagem proporcionada pela experiência etnográfica dos antropólogos é a atenção ao contexto, a capacidade de não isolar o doente ou a sua família mais próxima, o constante chamar de atenção para o facto de que o meio hospitalar influencia de forma nítida o comportamento do paciente, bem assim como o dos próprios médicos. A etnografia não deve ser abandonada por se trabalhar na nossa própria cultura ou por se temer a reacção de uma classe tradicionalmente hipersensível à crítica como a classe médica. Um dos maiores desafios é fazer entender aos clínicos que os pedidos de ajuda não se devem limitar aos casos de pacientes pertencendo a minorias étnicas, os dados culturais são relevantes para toda a população, mas no dia a dia os médicos tendem a privilegiar as opiniões dos psicólogos e dos psiquiatras ou os dados biológicos.

Será necessário ir mais longe. Alguns dos tópicos a abordar deverão ser o etnocentrismo, as perspectivas dos doentes, a distinção entre doença e sofrimento, o holismo, a importância do contexto para compreender os comportamentos, os conceitos de cultura, valores, crenças, costumes, grupo étnico, etc... O conceito de cultura, como é evidente, assume capital importância. Reimer, enfermeira e antropóloga, define-a, num curso de enfermagem, considerando-a "a totalidade dos modos de vida de um grupo humano. Consiste em padrões aprendidos de valores, crenças, costumes e comportamentos que são partilhados por um grupo de indivíduos que interagem. Mais do que objectos materiais a cultura é um conjunto de regras ou padrões de comportamento". Assim entendida, fornece um modo de perceber o mundo, criando realidades diversas para grupos diferentes e fornecendo pontos de referência para a acção. Quanto aos médicos, carregam a sua própria versão da realidade, baseada num conhecimento biomédico e em processos fisiológicos. Existe o risco da cultura ser por eles apreendida como também concreta,

logo válida para todos os indivíduos de um mesmo grupo. Vários aspectos devem ser levados em conta:

- 1) *Nem todos os membros de um grupo étnico partilham a mesma cultura por variações dos processos de desenvolvimento.*
- 2) *É preciso decidir, sobretudo na Psiquiatria, se os aspectos culturais se integram no problema de saúde ou na sua apresentação ao médico.*
- 3) *Os costumes, ou seja, os comportamentos observáveis exibidos pelos membros de uma cultura, são muito resistentes à mudança e não traduzem resistência activa por parte dos clientes que possa justificar medidas punitivas ou tratamento negligente.*
- 4) *É necessário alertar os clínicos para o modo como os valores influenciam as suas próprias vidas e aumentar-lhes a capacidade para discernirem o que se passa dentro de si mesmos.*
- 5) *Torna-se imperioso abordar o problema das crenças. Goodenough considera-as proposições aceites como verdadeiras. A sua invisibilidade torna-as de difícil manejo, mas é indispensável uma constante atenção às dos pacientes, sejam elas relacionadas com um caso de mau olhado ou uma simples gripe.*
- 6) *O relativismo cultural colide com as orientações universalistas da Biomedicina e pode aumentar os níveis de ansiedade do médico. Um bom exemplo a discutir é a recolha da história clínica, mostrando que alguns factos são postos de lado por não se adaptarem à grelha interpretativa oficial e como o doente cala outros porque já percebeu que despertam reacções negativas no terapeuta.*
- 7) *Salientar o interesse da perspectiva do doente, muitas vezes desprezada por subjectiva e portanto não real, quando comparada com os dados do exame físico ou do laboratório.*
- 8) *Realçar a importância da distinção entre doença (disease) na perspectiva dos profissionais de saúde, traduzindo alguma anormalidade biofisiológica que pode ser objectivamente demonstrada por métodos científicos ocidentais, e doença (illness) na visão popular, referindo-se ao sofrimento subjectivo experimentado, descrito e explicado pelo paciente e/ou a sua família.*

E de novo a Toxicodependência. De que dizemos não apresentar os esboços de contra-cultura de há trinta anos atrás, quando uma geração ainda acreditava que o Pentágono levantaria voo se as preces à sua volta fossem genuínas e as mãos se apertassem com força. Dessa con-

tra-cultura, sonhando, ingénua, com modificações do mundo real, ficaram saudades, mitos e hippies reciclados em yuppies de sucesso. O que não significa a ausência de traços comuns nos toxicodependentes de hoje, para além do consumo. Reunidos à volta de produtos que os afastam de quem os rodeia ou provocam uma socialização artificial, todos caminham para a solidão, partilhando atavismos e fornecedores. Todos não, seria desonesto ignorar os que mantêm consumos controlados há longos anos sem conseqüências visíveis para as suas vidas particulares e profissionais. Ou as experiências episódicas de tantos jovens e a nossa ignorância sobre os factores que levam ao consumo ocasional e à dependência. Ou a surpresa de ver casos oficialmente perdidos e veteranos de todo o género de abordagens terapêuticas recuperarem sem ajuda profissional por razões vagas como a paixão ou tão concretas como a ameaça de despedimento. Ou, ou, ou... Os alunos precisam de estar preparados para resistir a estereótipos como "a Droga" e "os drogados". Partilhem o que partilhem, incluindo as seringas, a única hipótese de os retirar do anonimato amorfo que impede qualquer processo terapêutico é encará-los na sua diversidade profunda. Esse é o projecto da Antropologia para o Homem em geral.

E não terá o meu desvelo pelos aspectos clínicos algo de defensivo? Não procurarei evitar a tal Antropologia Médica que, sem desprezar diálogos entre batas brancas e queixas respeitadas, se debruça sobre aspectos mais gerais da profissão? Deformação psiquiátrica ou verdade revelada com despudor, o caminho só pode ser um, também dela falar um pouco. Nalguns países – que não em Portugal – assiste-se ao facto de cada vez maior número de Ciências do Homem passarem a constituir peças fundamentais na formação do médico. E no entanto não se trata de uma revolução pedagógica, implicando uma alteração do Curso de Medicina que nos permita falar de alteridade, permanecemos no reino da mera alteração. O que tem vindo a acontecer não é a modificação da Medicina ou dos médicos, mas sim a invasão por parte da Medicina de um âmbito cada vez mais vasto das práticas sociais. O resultado parece paradoxal, seguramente angustiante para uma profissão ciosa do seu poder – a Medicina já não é o privilégio do médico.

À Antropologia Médica cabe verificar essa multidisciplinaridade e resistir à tentação de algum projecto pretensamente globalizante que no concreto se limite a restabelecer hierarquias confortáveis. É também suposta estudar

contradições e fundamentos do que poderemos apelidar de Instituição Médica, tendo como objectivo principal descortinar a articulação das suas práticas segundo três eixos principais: a Acção, a Interpretação e o Saber. Aos que estranhem o desterro do Saber para o fim da lista, bom será recordar que ele só adquire pleno sentido depois de analisado o seu contexto. E aqui encontramos diferença fundamental entre a Epistemologia e a Antropologia.

A Instituição pressupõe o interagir de dois pólos: de um lado, atitudes comuns que se baseiam em heranças e crenças, do outro, peritos, regras e poderes que se apoiam em infraestruturas correspondentes. Fala-se de institucionalização quando o segundo pólo assume uma importância cada vez maior na vida colectiva em número crescente de áreas. Tudo à nossa volta parece caminhar nesse sentido. As antigas solidariedades deram lugar às organizações de bem-estar e aos sistemas de assistência e, ironicamente, os próprios movimentos que se opõem à institucionalização exagerada tendem muitas vezes para ela.

A tradição era uma herança, mas a institucionalização é uma produção. Passámos de concepções de vida consideradas como dados da Natureza ou da História para a noção mais ou menos inconsciente de que o próprio sentido da vida pode ser produzido, o que torna a invasão da vida privada inevitável. A Medicina ocupa um lugar privilegiado neste quadro, ao constituir-se em ideal supremo, moral unânime de Sociedades que em todos os planos se defrontam com diversas concepções da existência. Continuando a seguir Dumont, referirei seis momentos no processo de institucionalização da Medicina:

- 1) *A institucionalização da prática clínica, extremamente antiga, mas que começa a encontrar a sua epistemologia no século XVIII.*
- 2) *Esta modificação do olhar sobre a doença é indissociável de outra modificação que se deu ao nível de uma instituição também tradicional – o Hospital. De local de abrigo o Hospital passou a lugar privilegiado de diagnóstico e terapêutica, a centro de produção por excelência da Medicina. Tenon escrevia em 1788 que “Os hospitais são ferramentas ou, se se preferir, máquinas para tratar doentes, e, diria eu de bom grado, em massa e por economia”. Em 1788..*
- 3) *Do Hospital transitou-se para a noção de Medicina Experimental apoiada no laboratório. Seria necessário analisar experimentalmente o que a observação clínica permi-*

tia constatar, transformando-se assim o Hospital em núcleo institucional e mediador entre a clínica e a experimentação, a doença e o laboratório.

- 4) *Esta organização do campo médico implicava a delimitação de estatutos e papéis. Ao longo do século XIX e do início do século XX a profissão médica organizou-se e o seu prestígio simbólico foi cada vez mais acompanhado por bases jurídicas e científicas.*
- 5) *À estruturação vem juntar-se o definir de um estatuto – o do doente. Na realidade, as queixas só desaguiam no médico por acção de uma organização e ideologia produzidas pela Instituição da Medicina e pelo médico. O estatuto contemporâneo é resultado de uma vasta operação institucional de drenagem para a Instituição de Saúde.*
- 6) *Em paralelo a estes movimentos – e não poucas vezes influenciadas por eles – desenvolveram-se preocupações e medidas preventivas que Dubos apelidou de verdadeira “revolução sanitária”.*

As tecnologias médicas e a indústria de medicamentos encontraram no triângulo clínica-hospital-laboratório condições excepcionais de desenvolvimento, assim nasceu uma economia da Medicina e um simbolismo que a inspira e dela se alimenta, basta ver que a consulta não terminada por uma prescrição é considerada um fracasso pelo doente e provavelmente pelo médico. A industrialização implica custos cada vez maiores e por isso mesmo a Medicina aparece nos primeiros lugares das despesas públicas, o que está de acordo com o lugar privilegiado que se dá à exigência de segurança por parte das populações. Por outro lado, a simples citação da definição de saúde da OMS – “um estado de bem-estar completo, físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” –, demonstra as possibilidades infinitas de crescimento da institucionalização, da infraestrutura política e económica que a suporta e da ideologia que a promove. A invasão de áreas antes consideradas fora da sua alçada não é assim surpreendente e a luta contra o consumo de álcool, tabaco e outras drogas é uma delas. Ao mesmo tempo desenvolvem-se medicinas paralelas e movimentos de auto-ajuda que contestam a institucionalização médica, mas a situação é ambígua, como foi dito, pois muitos destes grupos desembocam também em instituições. O próprio recurso às medicinas alternativas tem vindo a transformar por vezes num apêndice da Medicina oficial, o que demonstra bem o seu poder aglutinador.

A profissão médica clássica transformou-se profundamente. O seu poder, confirmado pelo Hospital, vê-se ameaçado por outros poderes que emergiram no decurso da consolidação do sistema e que resultam do papel crescente desempenhado pelo Estado. Bons exemplos são os administradores e os peritos em planificação que, cada vez mais raramente médicos, são sérios concorrentes. As tecnologias, por seu lado, estilhaçaram a prática da Medicina. Num extremo o super-especialista. Que não escuta. Usa os aparelhos, faz um diagnóstico e passa ao doente seguinte; não é verdadeiramente um médico. Mas o herdeiro do João Semana, perdido numa aldeia do interior, também não. Faltam-lhe os instrumentos de ponta, as possibilidades de actualização e os conhecimentos para praticar uma outra Medicina, completamente fora de moda. Exemplifica bem os custos da interioridade. O generalista, suposto ter uma visão global, é muitas vezes desqualificado, reduzido a uma função de encaminhamento dos doentes para os especialistas. Quanto às rédeas do poder, a delegação maior ou menor das suas práticas tradicionais conduziu a uma tutela, grande parte das vezes fictícia e injustificada. Por que não poderia um psicoterapeuta dar uma consulta ao abrigo do Sistema de Saúde Pública quando um médico, amiúde com uma formação rudimentar na matéria, pode escrever psicoterapia no recibo? Também aqui a nossa tradição nos não envergonha. A intervenção foi sempre baseada na competência demonstrada e não no tipo de canudo empunhado. O exemplo veio das próprias chefias, que procuraram proporcionar às equipas possibilidades de formação nas áreas mais diversas, de modo a que as competências se aliassem e não competissem numa luta corporativa deprimente. Que muitas vezes resultava em psicólogos passando testes e técnicos superiores de serviço social distribuindo senhas ou tratando de alojamentos, independentemente da formação que possuíam, pagando ad aeternum o pecado original de ter uma licenciatura de segunda. Dentro da própria classe médica o problema se põe, a discussão sobre a tutela dos Serviços de Toxicodependência pela Psiquiatria ainda está fresco nas memórias e anima pausas para o café. Lamentável foi verificar que o conflito girava muito à volta de quem deteria o poder e se debruçava pouco sobre quem assumiria no concreto as responsabilidades terapêuticas. Neste momento é minha opinião que o movimento dominante da psiquiatria portuguesa a afasta da

Toxicodependência, a concentração nos grandes hospitais, por motivações que dificilmente escapam a amarga suspeita de economicismo, não se articula com a maior proximidade das populações por nós defendida. O assunto está longe de se considerar encerrado, mas no entretanto será preciso lidar com hierarquias nos próprios serviços, nomeadamente nas relações entre os psiquiatras e os outros médicos. Em Antropologia Médica não se pode cultivar uma visão idílica segundo a qual a multidisciplinaridade seria o grande óbice para uma classe homogénea e sem tensões internas. A simples discussão das experiências de despseiquiatrização progressiva da área da Toxicodependência levadas a cabo noutros países chegaria para o provar aos alunos, mas é também preciso obrigá-los a olhar para fora e compreender que, por exemplo, a profissão médica não pode utilizar produtos de substituição para efeitos de terapêutica ou mesmo de controlo social e furtar-se ao debate sobre a liberalização das drogas. A acção pressupõe a existência de esquemas previamente definidos, mas implica um espaço individual e uma margem de liberdade que torna necessária a presença de um sujeito não identificável a um operador. A institucionalização mascara o que têm de incerto as situações dos especialistas e dos seus clientes, retira à acção a tonalidade singular, o conteúdo interrogativo, a liberdade... e a moral. Cabe à Antropologia Médica a análise desta situação.

O começo lógico é a consulta, o diálogo médico-doente. Duas vias de acesso: uma vinda da Instituição e outra do paciente. A Instituição atribui estatutos (ex. clínicos gerais vs. especialistas hospitalares). O clínico geral encontra doentes com problemas diversificados, ao contrário das nosografias mais estreitas a que se dirige o especialista. A sua clientela é mais estável e por isso o conhecimento da personalidade de cada doente mais profundo. No Hospital a situação é diversa, as variáveis estão concentradas, as patologias são agudas e seleccionadas, motivo de ensino e investigação, os diagnósticos são de etiologia e patogenia precisas. A outra Medicina depara-se com afecções crónicas ou benignas de extrema diversidade, sem suportes lesionais, frequentemente ligadas às condições de vida dos indivíduos que delas sofrem.

O doente chega por vias ainda mais nebulosas. Conceber-se doente não é uma decisão a que a Instituição seja estranha, a própria angústia procura o julgamento que classifica e de certo modo tranquiliza. De acordo com a classe

social a que se pertence recorre-se mais ou menos à medicalização e as classes favorecidas parecem fazê-lo com maior frequência, talvez por uma acrescida atenção ao corpo e superior preocupação com o futuro individual, o que resultaria em cuidados preventivos e num efeito cumulativo que pode viver paredes meias com uma verdadeira hipocondria iatrogénica.

Trata-se de um encontro da oferta e da procura, o doente que decide consultar o especialista – e não fazer outra coisa – converte-se ao mesmo tempo a uma linguagem justificada pela Instituição e que ele torna sua. Não traz apenas sintomas, já formulou um ou vários diagnósticos do seu mal e, na expressão de Balint, proporá doenças ao médico. Quando insatisfeito, pode não se dar por vencido, voltando à carga ou mudando de médico. A consulta não é para ele o fim do percurso, decidirá os moldes do consumo de medicamentos e dos tratamentos, ou seja, e de acordo com Parsons, adoptará um estatuto e papel correspondentes a toda uma Sociedade e não apenas aos representantes da Instituição Médica.

A acção é um facto, mas incompreensível se não se levar em conta o fim que persegue. Mais do que qualquer outro – salvo talvez o das crenças religiosas – o processo de institucionalização da doença e da saúde põe em questão as situações-limite da existência, nas quais, segundo Jaspers, a existência humana está entregue ao provisório sem poder consenti-lo.

A Toxicod dependência representa para a Medicina uma determinada forma de situação-limite. E falo de uma determinada forma porque estamos habituados a equacionar tais situações com a angústia da Medicina perante as eventuais consequências do aumento do seu poder tecnológico. A quem se permite viver e crescer? A quem se proporciona morte suave e a pedido? Quais os limites da engenharia genética? A Toxicod dependência obriga a Medicina a uma tensão particular, mas provocada por uma sensação aguda de impotência e pela angústia dela proveniente. Nos anfiteatros, a história longa do tactear do problema por parte dos médicos, o experimentar incessante de novas terapêuticas, o espectáculo das recaídas, constituem um sério aviso para uma população cuja arrogância se fabrica nos teatros anatómicos e confirma nas enfermarias. A Antropologia Médica propõe a humildade para evitar a humilhação ou a cegueira defensiva, a tecnologia lembra determinados exércitos conquistadores,

precipita-se em frente e despreza praças fortes não dominadas. Bom será que nos convençamos da ineficácia do método para lidar com a Toxicod dependência, o cerco será longo e penoso, talvez por não existir verdadeira separação entre sitiados e sitiadores.

Até agora o círculo do destino era exterior ao médico – ajudava-se a nascer, combatia-se a doença, recuava-se a morte. Com a tecnologia os meios aumentaram e os fins da medicina tornaram-se tremendamente confusos, as situações-limite deixaram de ser episódicas e singulares. Diagnóstico pré-natal, inseminação artificial, aborto e eutanásia são exemplos de como as escolhas não dizem respeito ao doente ou mesmo ao seu médico, a Instituição estendeu-as à política. Os problemas de saúde extravasam as terapêuticas habituais, requerem a intervenção do Estado, já não se trata do que é válido para o indivíduo, mas para as populações.

A acção implica uma decisão. Quando os especialistas se dispersam e as condições de decisão se multiplicam, quem escolhe e como? Quanto maiores são as possibilidades de agir tecnicamente sobre situações-limite, menor é o consenso quanto às normas de decisão. A consciência pessoal? Mas a Ética pede sempre um certo consenso de consciências. As comissões alargadas? Não levarão elas a uma institucionalização da Ética? Que ocupa um lugar ridículo no ensino da Medicina, pois está reduzida à Deontologia, o código tomou o lugar da Moral. E o próprio código é contestado...

Deixemos a visão ontológica da doença, de que doença sofre quem está à nossa frente? Estamos em face de construções da interpretação. Os progressos na elucidação dos critérios racionais não apagam os símbolos de ontem, deslocam-nos, e por isso um livro de Medicina de três mil páginas de linguagem asséptica pode descrever a menstruação como o útero chorando a gravidez perdida. Exige-se a tentativa permanente de juntar a leitura dos fenómenos e a leitura do sentido, pois a Instituição prefere ver o sentido da vida como variações à volta do corpo como objecto, é a simplificação da interpretação. Não estará o Estado a delegar na Instituição médica a obrigação de interpretar o sentido da existência? Um bom exemplo pode ser a problemática do aborto, ao falar apenas de problemas de Saúde Pública pode liberalizar-se uma lei por razões menos contestadas. Levando ao extremo o raciocínio, a Saúde torna-se um valor que por si só chega para tornar legítima uma prá-

tica social, o controlo passa a ser médico e a medicalização torna legítimo o que antes caía sob a alçada da lei.

A Instituição tende a desprezar os pontos de vista que circulam na Sociedade quanto a doenças e saúde. Existirão outras teorias? Herzlich diz-nos das representações que são “uma elaboração psicológica complexa onde se integram, numa imagem significativa, a experiência de cada um, os valores e as informações circulando na Sociedade”. A Antropologia Médica tem de ver mais claro nesta oposição entre interpretação institucional e interpretação colectiva, procurando a existência de um simbolismo comum aos dois corpos que os inspira nas suas produções.

Qual o ponto de partida? A construção social da realidade. O que na realidade social parece natural à percepção comum é na realidade menos um facto, um dado, do que uma elaboração constante produzida pelo jogo dos papéis e condutas. O universo simbólico faz com que a acção não tenha apenas eficácia, mas também um sentido. O diálogo entre médico e doente é, portanto, acção e interpretação. A primeira impressão é instrumental, um e outro suspiram pela objectividade. O quadro estrito onde se desenrola a interacção reforça esta ideia e o próprio doente espera resultados eminentemente objectivos, mas a doença já sofreu todo um trabalho de interpretação antes de ser submetida ao técnico. O próprio medicamento tem um valor simbólico, pois todos os pormenores se revestem de importância, incluindo o preço da medicação. Mas, e na Psicanálise? Na Pedopedagogia? Como alternam aí o instrumental e o simbólico? Sim, porque as ditas “terapias para normais” implicam um estágio inferior de saúde nos outros, é a discussão entre normal e patológico cada vez mais complexa. E porquê? Talvez depois dos valores religiosos se tenha recorrido a valores teoricamente mais vastos e assim mais admissíveis pelo pluralismo de hoje em dia. Será o corpo o último fundamento para uma interpretação do sentido da vida?

Uma prática social não é a simples aplicação de conhecimentos pré-adquiridos. O ponto de vista da Antropologia deve ser inverso ao da Epistemologia – partir da institucionalização das práticas sociais para aí encontrar um saber que é uma das suas componentes.

Algo parece indiscutível, o Saber dispersa-se por três níveis: a Natureza, a Vida e o Vivido.

1) A Natureza – Acarreta um significado ontológico e

marca a pertença do Homem ao mundo e ao corpo. Privilegia a objectividade do Saber com o afastamento do observador. Os fenómenos devem ser observados longe da subjectividade e dos fantasmas de quem os estuda. O doente partilha esta visão e tenta primeiro dar um nome à doença e só depois discutir o tratamento. Médico e doente reduzem a doença a um objecto, a uma ameaça exógena combatida por uma técnica exterior a um corpo visto como um campo de batalha passivo.

2) A Vida – O objecto é também um organismo que não se resume ao conjunto das partes observáveis. Claude Bernard falava de um organismo que era também uma individualidade, introduzindo a noção de totalidade do objecto biológico.

3) O Vivido – Leva-nos a um outro nível do Saber. O ser humano é também um sujeito. De um lado o corpo é matéria e do outro o pensamento é representação. Recusemos agora o dualismo cartesiano. O que nos resta? O corpo é um objecto, mas um objecto significativo, basta um sorriso para o corpo se transformar em linguagem. A clínica é, de certa maneira, uma terceira linguagem, após a linguagem do corpo ter ascendido à palavra.

Só existe Saber geral. A consulta parece ir contra esta regra, pois aí sempre se trata de uma pessoa singular e por isso a consulta leva a inverter a perspectiva habitual da Epistemologia. Nela não é para a frente que se encontra o processo de generalização, mas para trás, o clínico compara o caso individual a outros. A singularidade no fim da consulta não é a mesma do início, foi construída pelo Saber, este criou uma distância, obrigou a um desvio que na clínica tem de se fazer de novo todas as vezes, ao contrário de outras situações em que o Saber parece adquirido.

É necessária a reconciliação entre os saberes do doente e do clínico, o não-saber de um deve reconhecer-se no saber do outro. Assim, a consulta refaz a arqueologia de todo o Saber, reconcilia o geral e o singular, como a Ciência. Este incessante recomeço do Saber efectua-se graças a uma linguagem que não pode fugir-se na generalização sem que sejam perdidos de vista a singularidade da consulta e das pessoas em face uma da outra, a clínica é um diálogo feito de palavras particulares, uma relação de duas pessoas, cada uma das quais é alguém para a outra. A pessoa do médico faz parte do diagnósti-

co e da terapêutica, mesmo quando se fala de reumatismo ou oftalmologia, ele não é apenas um outro, mas também um outro "exemplar". Por força da Ciência e da Instituição e porque dá ao diálogo um carácter mais amplo do que a confiança quotidiana.

Num tal quadro é necessário distinguir, ainda com Dumont, entre Epistemologia da Verdade e Epistemologia da Pertinência. Será verdadeiro um saber destinado a um sujeito universal, e pertinente um saber significativo para um sujeito particular. Assiste-se ao ajustamento de duas epistemologias: o que deve ser pertinente para um tem de se conjugar com o que é verdadeiro para o outro.

A observação não encontra a novidade do seu olhar senão pelas diferenças entre as Sociedades e as Culturas e por isso, fecharmo-nos no terreno da Medicina moderna e aí construir uma Antropologia, iria contra a tradição mais segura da disciplina. Mas só nos podemos abrir a outras Sociedades e Culturas se questionarmos primeiro a nossa, é preciso reconhecer-lhe as contradições internas. Na Psicologia e nas Ciências Sociais só nos viramos para o outro pagando este preço, Interroga-se alguém a partir do fracasso da imagem precária que construímos de nós próprios.

A institucionalização da Medicina é um local privilegiado para esta interrogação, ela apresenta-se como superior a tudo o que existe ou existiu na História da Medicina e o ideal de progresso que a rodeia tranquiliza-a. A institucionalização é um facto tangível, sem o qual não seria possível a Ciência, mas é um facto com uma característica singular — é normativo. A Instituição prescreve. Quando se torna um vasto movimento de institucionalização passa ao mesmo tempo a ser uma imensa empresa de normalização, as duas palavras confundem-se e visam uma Sociedade toda ela normalizada. O Saber operativo pode efectuar reduções que o tornam uma espécie de instituição objectiva, mas esse não é o papel da Antropologia. Se por ele fosse invadida permitir-lhe-ia transformar-se paradoxalmente em ideologia e a coberto da objectividade tornar-se uma norma neutra e servir de alibi e justificação à institucionalização.

Este receio das consequências perversas de um saber operativo e da excessiva institucionalização parece-me ter estado, ao menos inconscientemente, na origem da criação do Projecto Vida, mas os últimos oito anos foram uma experiência dolorosa dos resultados da igno-

rância em face de outros perigos. O Estado comportou-se de um modo leviano ao despertar na população expectativas que não encontraram resposta, pedir colaboração à Sociedade Civil não pode significar deixá-la entregue a si mesma quando se disponibiliza a colaborar, sem o indispensável apoio técnico e económico. Imaginar uma espinha dorsal leve que promova a articulação das estruturas existentes não pode querer dizer transpor para a Toxicodependência um tipo de funcionamento quase paroquial baseado em boas vontades e orçamentos ridículos. Todos conhecemos as tristes consequências. Várias fornadas de colaboradores abandonaram o Projecto e a sua formação continua em grande parte desaproveitada, os recomeços têm sido uma constante. No passado recente a luta não visou alertar uma população que nem precisa dos noticiários para ser sensível ao problema, poucas famílias se podem gabar de não possuírem um saber de experiência feito. No passado recente o Projecto tem-se vindo a bater por adquirir finalmente uma imagem credível. O novo enquadramento legal e o maior desafogo financeiro são aspectos importantes, mas insuficientes. Penso ter o direito moral de o dizer, raros terão sido os técnicos que foram críticos como eu ao longo destes anos, mas resmunguei sempre dentro do barco e nele ainda me encontro, por coerência aceitei coordenar temporariamente o núcleo distrital do Porto. É minha opinião que o próprio Projecto deve evitar a todo o custo um processo de institucionalização. Uma política nacional para a Toxicodependência pode implicar a existência de coordenadores, devidamente preparados e com poderes mais do que simbólicos, mas a questão central será sempre a disponibilidade dos Ministérios envolvidos para trabalharem em conjunto sem receio de partilhar louros ou suportar despesas que consideram pertencer a outros orçamentos. Não me posso impedir de sorrir quando ouço alguns falarem do Projecto Vida como de um interlocutor que se suporta, mais um parceiro pelo qual se repartem os meios que todos reputamos de insuficientes. É legítimo discutir-lhe a razão de ser e as práticas, pertence ao reino da ficção científica fingir que se lhe é exterior no actual quadro de referências. Também isso se discute em Antropologia Médica, sobretudo no Instituto onde ensino, com Abel Salazar como patrono. Ao mostrar-lhes o organigrama do Projecto Vida, com palavras como Observatório, Intervenção

Social, Área de Investigação, etc..., torna-se fácil que compreendam a frase emblemática da Casa – “Um médico que só sabe Medicina nem Medicina sabe.”.

A Antropologia estuda um debate complexo sobre a normalização. Mostrá-lo, num exame metódico dos factos, eis o primeiro objectivo. Importa que a Antropologia mantenha aberta a discussão sobre as normas e esteja pronta a denunciar o facto de essa discussão caber a algum vago curso de Deontologia ou a Comités restritos de especialistas. A abordagem da Toxicodependência, gosto de o acredi-

tar, torna os alunos mais resistentes a esse gigantesco esforço de normalização que ameaça alienar-nos sem sequer necessitar da ajuda das drogas. Bastará convencer toda a gente da inevitabilidade dos consumos e da felicidade pronta a vestir dos hipermercados e esperar. Os produtos serão secundários, pois o resultado será o mesmo – uma Sociedade de sonâmbulos, virtuosamente adequados de tão cinzentos.

Júlio Machado Vaz
Psiquiatra

(*) – A comunicação apresentada no Encontro sobre Toxicodependências do S.P.T.T. (4 a 6 de Abril de 1995) e aqui transcrita nas suas linhas gerais não é original. Trata-se de um resumo comentado dos seguintes artigos:

- 1) DUMONT, F. – *Le projet d'une anthropologie médicale. Traité d'Anthropologie Médicale*, l'Institution de la santé et de la maladie. Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985.
- 2) ARSENAULT, A. – *Mutations du discours thérapeutique. Traité d'Anthropologie Médicale*, l'Institution de la santé et de la maladie. Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985.
- 3) DEMERS-DESROSIERS, L. – *Pour une nouvelle clinique. Traité d'Anthropologie Médicale*, l'Institution de la santé et de la maladie. Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985.
- 4) ROY, D. J.; WACHTER M. – *Médecine, éthique, anthropologie. Traité d'Anthropologie Médicale*, l'Institution de la santé et de la maladie. Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon, 1985.
- 5) CSORDAS, T. J.; KLEINMAN, A. – *The Therapeutic Process. Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*. Edited by Thomas M. Johnson and Carolyn F. Sargent. Praeger, 1990.
- 6) GOOD, B. J. – *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press, 1994.

RESUMO / ABSTRACT / RESUME

RESUMO: Tomando como ponto de partida extractos de alguns dos artigos clássicos na disciplina o texto procura clarificar os conceitos de Antropologia Médica, Antropologia Clinicamente Aplicada e Institucionalização. A relação terapêutica é objecto de atenção especial. Ao longo da exposição o autor procura explicar as razões que o levaram a incluir o tema da Toxicodependência no programa da Antropologia Médica. São abordados os problemas relacionados com a Prevenção Primária, Secundária e Terciária, as relações com outros profissionais e aspectos históricos e organizacionais específicos dos serviços ligados à Toxicodependência em Portugal.

ABSTRACT: Departing from extracts of some classical articles the text tries to clarify the concepts of Medical Anthropology, Clinically Applied Anthropology and institutionalisation. The therapeutic relationship deserves special attention. Through the exposition the author tries to explain the reasons that led him to include the subject of drug addiction in the Medical Anthropology programme. He makes an approach to problems regarding Primary, Secondary and Tertiary Prevention, the connections with other professionals and historic and organisational aspects specific to the services dealing with drug addiction in Portugal.

RESUME: Ayant par point de départ les extraits de certain articles classiques de cette discipline là, le texte sert à clarifier les concepts de l'Anthropologie Médicale, Anthropologie Cliniquement Appliquée et Institutionnalisation. La relation thérapeutique est object d'attention spéciale. Pendant l'exposé, l'auteur essaye expliquer les raisons que l'ont amené à inclure le thème de la Toxicodépendance dans le programme de l'Anthropologie Médicale. Les problèmes abordés gardent un rapport avec la Prévention Primaire, Secondaire et Tertiaire, avec la communication "inter-professionnels" et aspects historiques et organisationnels spécifiques des services liés à la Toxicodépendance au Portugal.

BIBLIOGRAFIA

CHRISMAN, N.J.; JOHNSON, T.M. – *Clinically Applied Anthropology. Medical Anthropology, Contemporary Theory and Method*. Edited by Thomas M Johnson and Carolyn F.Sargent. Praeger, 1990.