

Metáforas que Constroem, Metáforas que Destroem:
a biomedicina como vocabulário social

Alice Cruz
Setembro de 2006

O Cabo dos Trabalhos: Revista Electrónica do Programa de Doutoramento Pós-Colonialismos e Cidadania Global, Nº 2, 2007.
<http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n2/ensaios.php>

1. Introdução

Para uma reflexão sobre a biomedicina enquanto prática social geradora de sentido, mostra-se útil considerar a doença como uma manifestação de desordem (Douglas, 1991a). A modernidade, por via de noções como patologia ou patogénia, inscreveu a dissonância nos corpos e nas mentes dos indivíduos, lançando os últimos num estado de “liminaridade”,¹ ou seja, de profunda ambiguidade simbólica e de indeterminação identitária, edificando uma representação da doença como desordem e da cura como ordenação, ambas tendo lugar no espaço circunscrito pelo corpo individual.

Independentemente da etiologia empregue, o sujeito enfermo é sempre alguém que está entre dois mundos, aquele que está ordenado socialmente e o universo da desordem que destabiliza e ameaça o primeiro. Daí que Susan Sontag (1991: 3) metaforize os diferentes lugares sociais ocupados por doentes e por não doentes como o “reino dos enfermos” e o “reino dos sãos”.²

Significa isto que a perturbação trazida pela doença, impede o indivíduo de manter um quotidiano regular, apartando-o dos restantes, sugerindo uma relação estreita com a desordem do mundo social. Para além da profunda ruptura existencial e ontológica sofrida pelo indivíduo, é a própria socialidade onde aquele se insere que se vê ameaçada. O quotidiano é sujeito a uma fractura dilacerante, reestruturando-se em torno da centralidade que a doença assume, secundarizando aquilo que até então seriam os seus propósitos principais. Deste modo, é possível pensar a doença como pertencente ao território da impureza, de acordo com a análise que Mary Douglas (1991a: 18) fez do conceito: “A reflexão sobre a impureza implica uma relação sobre a relação entre a ordem e a desordem, o ser e o não-ser, a forma e a ausência dela, a vida e a morte”. A doença é um dos limiares por meio dos quais a antinomia, social e culturalmente construída, entre pureza e impureza é escrita e reescrita. A doença é, portanto, uma forte ameaça não apenas à sobrevivência do indivíduo, mas também, à própria

manutenção da ordem social. As respostas sociais à doença decorrem, nesta perspectiva, de uma tentativa de reparação da ordem, de resgate do indivíduo ao universo da desordem. Resgate equacionado pela biomedicina com a normalização do organismo e que deixa de fora a plena reintegração do indivíduo no quotidiano. Sugere isto que, para uma compreensão fina de um sistema médico, é necessária uma ponderação cuidada sobre as concepções culturais de ordem e desordem, por via das quais esse mesmo sistema emerge e adquire sentido.

O privilégio epistémico reclamado pela ciência moderna tem sido largamente partilhado pela biomedicina, senão, ainda, mais fortemente naturalizado. O que tem conduzido, não apenas à sua imposição epistemológica sobre outros sistemas médicos, mas também, ao estabelecimento de uma relação entre médico e paciente da qual são excluídos o diálogo e a reciprocidade.

Da mesma forma que o conhecimento científico moderno foi limitando progressivamente o seu carácter emancipatório, evoluindo, sobretudo, como “conhecimento-regulação”³ (Santos, 2000), também a biomedicina que, enquanto sistema médico é, intrinsecamente, uma prática social que procura a melhoria da qualidade de vida da comunidade, se terá desenvolvido no sentido do reforço da relação de poder assimétrica que estabelece com o seu objecto.

Exemplo disto é a transposição imperial da biomedicina para os países colonizados, onde não só se procurou abolir os sistemas médicos locais, classificando-os de obscurantistas (Meneses, 2004), como também se procurou implementar o modelo higienista da modernidade do qual a biomedicina é o principal agente (Fassin, 1992). O conceito de higiene ocidental é inextricável da própria concepção ocidental de pureza, ou seja, de ordem (Douglas, 1991a: 50). Assim, a biomedicina constituiu-se no veículo privilegiado de uma intervenção, não apenas médica, mas também política, já que ao regenerar os corpos físicos, procedia, também, à regeneração moral do corpo social,

pela imposição de conceitos, práticas e normas que remetem, em suma, para a própria ideia ocidental de civilização.

Paralelamente, a especialização do olhar médico, enquanto conhecimento técnico e hermético, acessível apenas àqueles que o possuem, em simultâneo com a transformação dos hospitais em espaços que reflectem a racionalidade científica (Adam e Herzlich, 1994; Brandt e Sloane, 1999; Providência, 2000), conduziu ao distanciamento entre médico e paciente, resultando na objectificação do último.

Fazendo uso do conceito de Scarry (1985) de “linguagem de agência”, procurar-se-á desenvolver uma interpelação crítica das metáforas que emergem do olhar que a biomedicina lança sobre o corpo enfermo, demonstrando a ancoragem social desse olhar, naquele que é um processo culturalmente mediado de construção de conhecimento e de representação simbólica das doenças.

Para isso, realizar-se-á, num primeiro momento, um questionamento dos pressupostos que estruturam a medicina moderna, procurando uma desnaturalização do seu discurso, localizando-a como produto histórico, densamente imbuído de uma ideologia e moralidade culturalmente situadas. Em seguida, analisar-se-á a relação entre o conhecimento biomédico e a representação social de algumas doenças fortemente presentes na imaginação ocidental de desordem, assinalando os processos de classificação social e estigmatização que têm origem nessa dialéctica. Finalmente, tentar-se-á perceber como é que a transposição do modelo biomédico para outros contextos culturais, acarreta a imposição de conceitos e práticas exógenas que se revelam inadequadas, gerando, muitas vezes, novos espaços de exclusão.

Pretende-se, pois, analisar a colonialidade do saber e do poder (Mignolo, 2003; Quijano, 2000) inerente à construção do mundo por uma disciplina como a biomedicina, que fazendo uso de um idioma naturalizado por via do argumento científico, se impõe sobre os sujeitos nas sociedades onde tem origem, numa relação que os objectifica, mas

também em outras onde vigoram diferentes concepções acerca da relação saúde/doença.

2. A Biomedicina como Vocabulário Social

A construção do corpo-objecto pela biomedicina

A medicina moderna que se desenvolveu historicamente no contexto social e cultural euro-americano,⁴ denominada biomedicina devido ao seu enfoque epistemológico e carácter interventivo centrados na biologia e fisiologia do corpo humano (Hahn e Kleinman, 1983), adquiriu um capital simbólico em termos da sua legitimação no espaço público que a naturalizou como *a* medicina.

A auto-construção identitária desta medicina remete o seu nascimento para Hipócrates de Cós, nascido em 460 a.c. na Grécia antiga, pela ênfase que este colocava no empirismo. Será, contudo, no Renascimento e no Iluminismo europeus que as suas características matriciais se delinearão. Fundada sobre o dualismo cartesiano, que opõe de modo irresolúvel o corpo à mente, na sua elaboração de *res extensa* e *res cogitans* (Descartes, 1938), condenando, irremediavelmente, o corpo a uma existência amorfa e a mente a um exílio privilegiado, será através do estudo da anatomia humana que a biomedicina virá a construir os alicerces do seu sistema hermenêutico.

Inaugurando um modelo etiológico, totalmente ancorado na fisiologia do corpo humano, esta prática inaugura, também, um “olhar”.⁵ Na verdade, em consonância com o racionalismo científico que almeja um conhecimento objectivo sobre o real, ocorre a emergência da visão como sentido nobre que, alegadamente, representa a realidade tal como ela é (Fabian, 1983). É assim que o espaço da autópsia, possibilitado pelo espírito racionalista que rejeita a interdição medieval sobre o cadáver, vem a constituir-se no

lugar de construção de uma disciplina que virá, por sua vez, a fornecer toda uma grelha interpretativa e classificatória para o corpo nas sociedades ocidentais.

Este “olhar” é progressivamente afinado, permitindo, cada vez mais, ver o “invisível”. Surgem, deste modo, uma série de técnicas, desde a auscultação, ao próprio microscópio, que revolucionaram por completo o olhar biomédico (Adam e Herzlich, 1994). O inescrutável transformou-se em interlocutor e o médico tornou-se no grande “mestre da verdade invisível” (Quintais, 2002: 371) oclusa no corpo e na mente dos indivíduos. Ao mesmo tempo que o diálogo com o corpo se aprofundava, o diálogo com o sujeito comprimia-se, até se tornar, em exclusivo, numa técnica de inquérito com vista ao diagnóstico, realizada mediante um interesse distanciado ou uma “preocupação desprendida” (Hahn e Kleinman, 1983: 316).

Nascida no seio da Revolução Científica moderna, a biomedicina comunga das mesmas assunções da ciência, nomeadamente a de objectividade e universalidade. Talvez as mesmas considerações que alguns autores vêm fazendo acerca do Iluminismo europeu (Dussel, 2001; Mignolo, 2003), e nas quais chamam a atenção para a importância que o encontro imperial com o Outro teve na construção da modernidade, nomeadamente, através da invenção do Mesmo como superior por meio da oposição a um Outro inferior, possam ser incorporadas na reflexão sobre a biomedicina. Não apenas devido à partilha de um mesmo referencial, mas também, pela coincidência histórica do momento da descoberta do Outro e da dessacralização dos corpos no ocidente. O encontro imperial trouxe consigo a ideia de similitude dos corpos (que conduziria a múltiplas discussões acerca do que é e do que não é humano, desembocando na conceptualização de espécie humana pelo evolucionismo Darwiniano), colocando a diferença (assimétrica e hierarquicamente concebida) ao nível das mentes. O corpo torna-se passível de ser transformado em objecto, uma vez que o seu território é o da

natureza e esta, enquanto lugar da inferioridade (Santos, Meneses e Nunes, 2004), nada reclama, a não ser a sua domesticação.

Mas da mesma forma que a hegemonia da ciência moderna, assente numa retórica auto-referencial, tem sido alvo de uma série de questionamentos críticos que a localizam enquanto forma de conhecimento situado (Santos, Meneses e Nunes, 2004), também a biomedicina vem sendo interpelada enquanto prática social e culturalmente ancorada, conduzindo alguns autores a abordá-la como uma “etnomedicina” (Hahn e Kleinman, 1983).

Ainda assim, a “intermedicina”⁶ (Meneses, 2004), conceito que procura dar conta da validade da pluralidade de práticas médicas, está longe de ser admitida no espaço euro-americano, onde, pelo contrário, se assiste a uma medicalização da sociedade, que significa a tendência para:

definir um problema em termos médicos, usando uma linguagem médica, adoptando um quadro médico para compreender esse problema, ou usando uma intervenção médica para o “tratar”. Este é um processo sócio-cultural que pode ou não envolver a profissão médica, levar a controlo social médico ou tratamento médico, ou ser o resultado da expansão intencional da profissão médica (Conrad, 1992: 211).

Com efeito, o discurso produzido pela biomedicina, tem vindo a adquirir uma notória proeminência nos processos classificatórios acerca do corpo, da mente e dos comportamentos dos indivíduos, legitimando, deste modo, concepções culturais sobre normalidade e desvio. Tal como a ciência, a biomedicina alega uma neutralidade epistemológica que procura esvaziá-la de quaisquer condicionamentos sociais, culturais e políticos. O que parece evidente é que, mesmo quando criticada, a biomedicina continua a ser tida pela opinião pública ocidental como separada das outras esferas da sociedade, tais como a religião, a economia, a arte ou a política. Este é um forte

indicador do modo como esta medicina foi naturalizada enquanto saber que, ao invés de produzir uma interpretação sobre o objecto, mediada pela rede social e relacional onde as suas práticas têm lugar, representa-o, reflectindo de modo transparente aquilo que ele é.

Pelo contrário, como se procurará demonstrar, no processo de construção do corpo humano, e concomitantemente da pessoa em sofrimento, enquanto objecto, a biomedicina inscreve no mesmo valores culturais acerca das antinomias entre ordem e desordem, pureza e impureza, normalidade e desvio, sancionando-os.

O corpo-próprio e o corpo-social

A disjunção entre corpo e mente leva ao que Hahn e Kleinman (1983: 321) designam como a “predominância do concreto” na biomedicina. Tendo como objecto o corpo humano reduzido à sua materialidade, a biomedicina exclui por completo os aspectos emocionais, afectivos e relacionais que medeiam e constituem a experiência do mesmo. Esta disciplina dirige-se ao corpo enquanto organismo divisível nas diferentes partes que o compõem, produzindo-o como um conjunto de órgãos e sistemas, organizado segundo leis mecanicistas.

Na perspectiva deste reducionismo fisicalista, a doença é o resultado de um funcionamento “anormal” do organismo e a função da biomedicina seria, por recurso a um conjunto de substâncias químicas e técnicas invasivas, restituir o “normal” funcionamento do mesmo. É o corpo-objecto que emerge nesta dialéctica, ou seja, o corpo interpelado de fora, como entidade inerte e passiva sobre a qual se intervém, muitas vezes violentamente. Daí que a oposição entre corpo e mente conduza a uma outra aporia, nomeadamente, entre a representação da enfermidade pela biomedicina e a experiência da mesma pelos indivíduos:

A preocupação central da Biomedicina não é o bem-estar geral, nem as pessoas individuais, nem simplesmente os seus corpos, mas os seus corpos doentes (Hahn e Kleinman, 1983: 321).

Este desencontro decorre de dois pontos de partida tornados irresolúveis pela retórica cientificista, designadamente o visível e o invisível, ou seja, aquilo que é cognoscível pelo olhar, identificado como objectivo e, como tal, epistemologicamente válido, e aquilo que é apreensível através dos sentidos, remetido para o sensível, isto é, para o universo da subjectividade, inválido para a construção do conhecimento.

É por esta via que se estabelece uma hierarquia que fabrica, concomitantemente, a exclusão da experiência da doença do procedimento médico. A experiência é apenas valorizada como matéria-prima sobre a qual o médico produz conhecimento, no caso, o diagnóstico da doença dentro do quadro interpretativo da biomedicina.

Mas a experiência do corpo não é redutível ao discurso produzido sobre o mesmo, nomeadamente o discurso científico. Pelo contrário, como nos diz Merleau-Ponty (1999), tomar algo como objecto, apreendê-lo por meio do olhar, significa inserir esse objecto num horizonte formado pelas suas relações com outros objectos, definindo a posição de cada um. Consequência disso é a construção da posição absoluta do objecto e, como tal, da sua cristalização. O corpo-objecto da biomedicina é, portanto, um artefacto cognoscível a partir de um ponto de vista distanciado, que permite a definição dos seus contornos e a construção de um sistema a partir das diversas relações que o compõem. A esta fixidez do objecto opõe-se a incompletude do corpo vivido que, pelo contrário, enquanto veículo de comunicação com o mundo tem como principal característica o movimento, ou seja, uma impermanência contingente e dinâmica:

Só posso compreender a função do corpo vivo realizando-a eu mesmo e na medida em que sou um corpo que se levanta em direcção ao mundo (Merleau-Ponty, 1999: 134).

Da aporia entre o corpo-objecto e o corpo-vivido resulta que a experiência do mesmo é desqualificada e obliterada.

Leder (1990) defende que no movimento da experiência, o corpo tende para um auto-encobrimento das suas funções fisiológicas e motoras. Como transparência é-lhe possibilitada a imersão e a comunicação no e com o mundo. Para o autor, é a própria experiência do corpo no mundo que funda, paradoxalmente, a negação cartesiana da experiência. Deste modo, o corpo produz o “desaparecimento” das mesmas funções que a biomedicina pretende apreender. Enquanto organismo, assoma na consciência do sujeito apenas em momentos de ruptura disfuncional, naquilo que Leder (1990: 83) designa por “dys-appearance” e que significa um aparecimento negativo. É o caso da dor ou da doença, que provocam uma auto-consciência, por via do sofrimento, de determinada região do corpo ou mesmo do seu todo. Nestes momentos, o corpo transforma-se num Outro que ameaça arruinar o *self*.⁷ Leder (1990) mostra-nos como a doença introduz uma desarmonia e fractura profundas na identidade do indivíduo, condicionando inclusivamente, a relação que aquele estabelece com o seu corpo.

Nas sociedades euro-americanas é a biomedicina que fornece os termos dessa nova relação.

Na verdade, a dor ou a doença ameaçam a própria manutenção da linguagem, ou seja, da comunicação e, portanto, da sociabilidade. Ambas parecem encerrar o indivíduo dentro de si mesmo, naquela que é uma experiência dificilmente traduzível. Por meio deste isolamento, a dor constitui-se como algo que, simultaneamente, não pode ser negado, nem confirmado.

Scarry (1985: 4) refere-se à “inexpressibilidade da dor física” que reside, essencialmente, no facto desta ser desprovida de intencionalidade. Ao contrário dos outros estados mentais que se dirigem a objectos no mundo, a dor não tem qualquer conteúdo referencial, o que a torna segundo Scarry, resistente à objectificação na linguagem, chegando mesmo a destruí-la:

A dor física não apenas resiste à linguagem mas destrói-a activamente, trazendo uma regressão a um estado anterior à linguagem, aos sons e gemidos que um ser humano produz antes da aprendizagem da linguagem (1985: 4).

Como tal, a dor ou a doença transportam consigo a desordem dos universos relacionais e sociais. A necessidade do restauro da ordem conduz à tentativa da criação social de estruturas linguísticas que permitam a objectificação da dor e a sua traduzibilidade. A estas estratégias, Scarry (1985: 13) dá o nome de “linguagem de agência”. Entre outras, como a guerra e a tortura analisadas pela autora, a medicina (incluindo-se no conceito todas as práticas sociais que visam o restabelecimento da saúde, tal como são socialmente formuladas nos diferentes contextos culturais em que têm lugar) constitui-se numa dessas estratégias, fornecendo uma “linguagem de agência” para a ruptura existencial e social produzida pela dor e pela doença.

A criação de uma linguagem que traduza a dor, tanto pode iluminar quanto obscurecer o sujeito, permitindo o uso da mesma para diversos fins, politicamente determinados, como é o caso da guerra que justifica a destruição do Outro, por meio de uma retórica que o desumaniza:

a dificuldade em articular a dor física gera dificuldades perceptuais e políticas bastante sérias. O fracasso em exprimir a dor - seja na objectificação dos seus atributos, seja na não referência ao seu lugar de origem no corpo humano - contribuirá sempre para a sua

apropriação e articulação com formas de poder degradantes; Conversamente, o sucesso na expressão da dor contribuirá para expor e tornar impossível essa apropriação e articulação (Scarry, 1985: 14).

Os vocabulários sociais nunca são neutros do ponto de vista político, antes transportam consigo as relações de poder que procuram manter ou transgredir. Tal é o caso das práticas médicas e, designadamente, da biomedicina.

Interpelar a biomedicina como uma “linguagem de agência” conduz a uma desnaturalização do seu vocabulário, procurando um entendimento apurado acerca dos modos de construção do mundo, social e politicamente informados, que comporta. Nomeadamente, ao inscrever nos corpos as noções de “normalidade” e “patologia”, esse vocabulário reproduz as representações sociais acerca de ordem e desordem, operando uma naturalização e sancionamento das mesmas que conduzem, por sua vez, à reificação da classificação social. O corpo-objecto da biomedicina insinua-se, assim, no corpo próprio e no corpo social, mediando a constituição dos mesmos.

Com vista à compreensão dos corolários deste processo, proceder-se-á, em seguida, a uma incursão pelos universos de sentido, gerados no seio das sociedades euro-americanas, de quatro doenças: a tuberculose, o cancro, o HIV-SIDA e a lepra.

Todas elas, e algumas ainda hoje, se mostraram, em dada altura, objectos de difícil compreensão para a biomedicina, o que conduziu a uma representação das mesmas no espaço público, fortemente imbuída de concepções morais. Contrariamente, a produção de conhecimento biomédico parece conduzir à medicalização da experiência, remetendo a origem da enfermidade para processos psicofisiológicos desindividualizados⁸ (Quintais, 2000). Este processo sugere o modo de funcionamento de uma “razão metonímica”⁹ (Santos, 2002: 241-242) que exclui aquilo que escapa à sua ordenação do mundo. Deste modo, não apenas a doença se afigura como desordem,

como aquelas que resistem a uma ordenação médica são imaginadas como poluentes e transformam-se em lugares de exclusão.

3. A Doença como Poluição e o Conhecimento como Ordem

A tuberculose: entre a paixão e o vício

A tuberculose,¹⁰ ou peste branca como veio a ser chamada, inspirou imagens profundamente contrastantes, da miséria à pura expressão da emotividade da alma. Sontag (1991) refere como a ausência de um conhecimento exacto acerca da sua etiologia nas sociedades euro-americanas, conduziu a que adquirisse uma aura de mistério, induzindo à produção de uma multiplicidade de interpretações em seu redor. Rodeada de incerteza, a tuberculose foi diversamente imaginada consoante os usos simbólicos, sociais e políticos que servia.

O romantismo literário europeu, nos finais do século XVIII e inícios do século XIX, preconizou a tuberculose como a substanciação do seu ideário, que combinava desejos fervorosos com a apologia da transcendência (Filho, 2001; Sontag, 1991; Adam e Herzlich, 1994).

A tuberculose era, então, símbolo da tristeza, mas também do desejo, da criatividade, mas também do exílio. Em suma, a causa da doença parecia residir mais no carácter do indivíduo, especificamente nas suas emoções, do que na sua fisiologia. Segundo Sontag (1991) esta doença operava uma individualização do sujeito, conferindo-lhe um traçado identitário específico.

A tuberculose emerge, portanto, enquanto mecanismo de classificação social que os românticos reclamavam para si, como símbolo da pureza intelectual e espiritual a que aspiravam, numa clara esteticização da doença.

Ao mesmo tempo, nomeadamente a partir da segunda metade do século XIX, uma outra imagem despontava, a da tuberculose como produto da pobreza e de condições de vida insalubres.

Na época, o conhecimento biomédico sobre a doença progredia, assim como a eficácia dos tratamentos. Paralelamente, consolidava-se uma ideologia higienista e o conceito de saúde pública, intimamente ligado à intervenção estatal (Adam e Herzlich, 1994). Criaram-se, então, sanatórios por toda a Europa, cujo propósito seria a erradicação da peste branca (Filho, 2001).

A reconfiguração simbólica da doença indiciava os vícios de uma vida desregrada. A tuberculose era agora tida como uma condição poluente que remetia para a desordenação do corpo do indivíduo, mas também, do corpo social e político. A regeneração do tuberculoso, realizada através do seu exílio da sociedade, significava, também, a regeneração da própria sociedade.

Cancro: a miragem do interdito

Grande parte dos significados atribuídos à tuberculose no século XIX insinua-se na corrente representação social do cancro. Nomeadamente, a ideia de que esta é uma doença dificilmente curável e que, enquanto tal, rompe na vida dos indivíduos como uma sentença de morte. Esta equação conduz a que, muitas vezes, o diagnóstico não seja revelado ao próprio doente, operando-se um silenciamento em torno da doença. A carga poluente do cancro desvela a sua densidade no interdito que rodeia a própria palavra, que tendo-se tornado sinónimo de morte, é evitada no espaço público.

Comum a ambas as doenças é a ideia de consumpção. No entanto, ao contrário da tuberculose, o cancro não é passível de ser objecto de um processo esteticizante, pelo contrário, expõe no corpo a materialidade da doença de uma forma

particularmente crua, o que contribui para a ocultação dos que dela padecem. Verifica-se, então, a construção simbólica do cancro como doença poluente:

Qualquer doença que seja tratada como um mistério e que seja agudamente temida, será tida como contagiosa do ponto de vista moral, senão mesmo literalmente. Assim, um número surpreendentemente grande de pessoas com cancro, vêem-se rejeitadas pelos familiares e amigos e são objecto de práticas de descontaminação por aqueles com quem coabitam, como se o cancro, à semelhança da tuberculose, fosse uma doença infecciosa. O contacto com alguém afligido por uma doença encarada como uma malevolência misteriosa, é sentido inevitavelmente como uma infracção; pior como a violação de um tabu. Os próprios nomes destas doenças parecem ter um poder mágico (Sontag, 1991: 6).

Ao mesmo tempo, o processo psicologizante que acompanhou a tuberculose no século XIX, e que se insere na tendência moderna para uma explicação da experiência centrada na psicologia individual, verifica-se também, na construção simbólica do cancro. Mas se à tuberculose era atribuída um excesso emocional, no cancro é a repressão das emoções que parece estar na origem da doença.

Este discurso está presente no espaço público, mas também, no contexto clínico, que estabelece uma relação entre o cancro e a depressão¹¹ e enfatiza a importância do combate psicológico à doença. Este processo conduz, em parte, à atribuição da responsabilidade da doença ao próprio doente, gerando, muitas vezes, um profundo sentimento de culpa:

As teorias psicológicas sobre a doença são uma forma poderosa de colocar a culpa no doente. Os pacientes a quem é dito que, inconscientemente, causaram a doença de que sofrem, também são levados a sentir que a merecem [...] as convenções de tratar o cancro não somente como uma doença, mas também, como um inimigo demoníaco,

transformam o cancro numa doença não apenas letal, mas também vergonhosa (Sontag, 1991: 58-59).

Numa sociedade que rejeita o sofrimento e o patologiza, como é o caso das sociedades euro-americanas,¹² a condição de intenso sofrimento físico e psíquico que acompanha uma doença como o cancro, anuncia a desordem profunda de um sistema de valores que apela à saúde, à juventude, ao efémero e à normatividade corporal. Daí que o cancro seja descrito como o “mal da civilização”, equacionado com os produtos nefastos da mesma.

HIV-SIDA: a nova peste

O HIV-SIDA irrompeu nas sociedades ocidentais nas décadas finais do século XX, trazendo consigo os fantasmas das epidemias tidas como ultrapassadas historicamente pela ideologia mecanicista e linear do progresso científico e tecnológico (Adam e Herzlich, 1994), confrontando a retórica salvífica da biomedicina:

acreditava-se que, mais tarde ou mais cedo, a medicina ultrapassaria todos os problemas objectiváveis [...] No quadro deste comentário médico-social, a SIDA é inicialmente tomada como um desvio de percurso na grande missão de conquista da doença que à medicina cabe, e não como uma inflexão porventura irreversível nesse mesmo percurso (Bastos, 1997: 77).

Fazendo reemergir as imagens historicamente arquivadas de doenças como a peste ou a sífilis, num cruzamento entre doença, contágio e sexualidade, o HIV-SIDA fez retornar a problemática em torno da regulação política da saúde e dos comportamentos no espaço público, a par de uma forte dialéctica entre normatividade e desvio sexual:

O comportamento de risco que produz a SIDA é julgado como mais do que uma fraqueza. É considerado como indulgência, como delinquência - adição a químicos que são ilegais e ao sexo considerado desviante (Sontag, 1991: 111).

Deste modo, o HIV-SIDA constituiu-se como símbolo da poluição, identificada com grupos sociais marginais, nomeadamente, homossexuais e toxicodependentes. A forte avaliação moral a que foi sujeita é evidente na dificuldade, combatida nas últimas décadas, mas ainda por ultrapassar, em reconhecer a sua incidência fora dos chamados “grupos de risco”. Durante muito tempo, esta doença foi representada no espaço público como condenação moralmente justificada, por comportamentos socialmente censurados, contribuindo para o seu obscurecimento e para a exclusão dos doentes:

No caso da SIDA, a vergonha está ligada a uma imputação de culpa; e o escândalo não é de todo obscuro. [...] Na verdade, contrair SIDA significa ser revelado, na maioria dos casos, como membro de um determinado «grupo de risco», de uma comunidade de párias (Sontag, 1991: 110).

Uma outra metáfora destacou-se com particular veemência no referencial interpretativo em torno do HIV-SIDA, designadamente a ideia do corpo como campo de batalha. De acordo com esta ideia, o corpo é invadido por um agente agressor (o vírus) que gera uma batalha no interior do corpo humano com o sistema humanitário, ao qual a biomedicina se junta como aliada (Sontag, 1991; Bastos, 1997).

A metáfora bélica contribui para o esvaziamento emocional da experiência da doença, transformando o corpo do sujeito numa arena onde o conflito entre ordem e desordem se materializa. Deste modo, o vírus não invade meramente o indivíduo, parece invadir a própria sociedade, ameaçando-a e transformando o doente em agente de poluição.

Lepra: a inumanidade do intocável

A lepra é uma doença profusamente metaforizada. É porventura a doença que sofreu de modo mais completo um processo de transmutação simbólica em adjetivo:

Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença - esse significado sendo invariavelmente de tipo moralista. Qualquer doença importante cuja causalidade seja obscura e para a qual o tratamento seja ineficaz, tende a ser inundada de significado. Inicialmente os temas mais atemorizadores (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença. Em seguida, em nome da doença (isto é, usando-a como metáfora), esse horror é imposto noutras coisas. Essa doença torna-se adjectival. Algo é descrito como parecido com determinada doença, significando que é repugnante ou feio. Em francês, uma fachada de pedra deteriorada é ainda chamada de *lépreuse* (Sontag, 1991: 59-60).

“Leproso” alude a algo mais do que um indivíduo que sofre de lepra. A palavra remete para o universo das margens, para a própria fronteira entre o humano e o inumano. É sinónimo de intocável, de alguém profundamente poluente e que, como tal, não é admitido no espaço relacional socialmente ordenado. O doente de lepra incorpora a impureza que delimita o universo das margens, tornando-se, ele mesmo, no lugar da exclusão.

As origens da representação do “leproso” como intocável parecem repousar na raiz da cosmovisão judaico-cristã. O Antigo Testamento identifica-o com a impureza e, em ordem a prevenir a poluição que transporta consigo, condena-o à segregação:

E o leproso em quem a praga se encontra, as suas roupas serão rasgadas e os cabelos da sua cabeça removidos, e ele deverá cobrir o seu lábio superior e deverá gritar: “impuro, impuro”. Em todos os dias em que a praga nele permaneça ele será impuro; ele é impuro;

ele deve viver só; sem o acampamento deverá ser o seu viver (*Levitico*, cap. 13, *apud* Lewis, 1987: 595).

Esta representação do doente de lepra reproduziu-se historicamente, substanciando-se na enunciação medieval *mundo mortuus sis, sed Deo vivas*, ou seja, “estás morto para o mundo, mas vivo para Deus”. Após um diagnóstico de lepra, era celebrada uma missa em nome do doente que o dava como morto para o mundo, sentenciando-o a uma vida de mendicância e solidão.

Lewis explora a relação entre as referências bíblicas e o significado biomédico da palavra lepra, concluindo que, muito provavelmente, no antigo testamento, lepra remeteria para uma série de afecções infecciosas que não a causada pelo *mycobacterium leprae*:¹³

Nenhuma referência é feita à deformidade, perda de sensibilidade, mudanças destrutivas, cegueira, ou parestesia. Em casos duvidosos, as lesões impuras deveriam exibir mudanças após sete dias. A lepra, tal como a conhecemos, não se desenvolve tão depressa como em sete dias; o seu avanço pernicioso é muito lento. Várias afecções dermatológicas enquadram-se em alguns dos critérios bíblicos: vitiligo, psoríase, infecções fúngicas. [...] A discrepância entre a lepra bíblica e a lepra dos manuais médicos é bem conhecida pelos estudiosos da Bíblia (Lewis, 1987: 596).

O autor defende que a lepra serviria como referente simbólico para relação entre pureza e impureza, incorporada, respectivamente, pelo sacerdote e pelo *leproso* que representavam a dicotomia entre a vida e a morte, estruturante no pensamento judaico-cristão, que elege a reprodução e a perfeição física como valores equacionados com o bem. O *leproso* por apresentar uma degeneração física identificada com a

decomposição, reflectia uma intimidade com o universo da morte e, como tal, com o mal, fabricando-se por esta via a fusão semântica entre lepra, pecado e castigo divino.

A sobreposição de imagens de doença, pobreza, ignorância e criminalidade em torno da lepra (Douglas, 1991b) conduziram a uma legitimação da exclusão a que os doentes foram historicamente votados,¹⁴ resultando numa opacidade de muito difícil transposição em torno desta doença.

A transfiguração da lepra em Doença de Hansen a partir do século XX traduz a conquista do conhecimento biomédico sobre esta doença e a conseqüente tentativa de transformação da sua representação social. Ao mesmo tempo, a lepra é arquivada como uma doença pré-moderna, remetida para os espaços do subdesenvolvimento.

Metáforas que estigmatizam

A doença motiva a construção de metáforas¹⁵ no espaço social, densamente imbuídas de considerações e implicações ideológicas e políticas. Estas metáforas sugerem, no contexto da medicina moderna, a relação entre doença e desordem social.

Os exemplos da tuberculose, cancro, HIV-SIDA e lepra, permitem-nos constatar a transposição da dialéctica entre a inclusão e a exclusão para o espaço da doença. Assim, a tuberculose, num primeiro momento investida do ideal romântico, vem a reflectir as ideias de pobreza e de imoralidade que as sociedades euro-americanas do século XIX procuravam expulsar do seu interior. O cancro, por sua vez, simboliza as conseqüências perversas do progresso, significativamente apelidado de “doença degenerativa”, remetendo para um processo de crescimento desordenado. O HIV-SIDA assoma como fantasma da pestilência ressurgida, incorporando a representação social de uma sexualidade não regulada e degenerada. Finalmente, a lepra remete para um passado mítico de atraso civilizacional, vencido pelo Norte e que permanece por ultrapassar no Sul, servindo sobretudo como adjetivo.

Cada uma destas doenças conduz à estigmatização dos doentes. Ao incorporarem ideias socialmente elaboradas de impureza e poluição, condenam os que delas sofrem a habitarem um espaço de liminaridade.

Reflectindo sobre o estigma, Goffman sugere que as relações sociais são mediadas por uma expectativa de normatividade que é confirmada ou refutada por meio de caracteres externos:

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande - algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem - e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real (Goffman, 1980: 12).

Contudo, as características valorizadas ou rejeitadas socialmente são sempre produto de uma dinâmica relacional e não, como pretende a naturalização a que são sujeitas, de uma ontologia que as essencializa:

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso (Goffman, 1980: 13).

A estigmatização decorrente de algumas doenças, particularmente as infecciosas, conduz à ocultação dos doentes no espaço público e à produção activa da sua

experiência como “ausência”¹⁶ (Santos, 2002). Não apenas excluídos da esfera social, os doentes enfrentam uma condição existencial na qual não são reconhecidos como agentes, subordinados à etiologia e terapêutica biomédicas, numa relação assimétrica entre médico e doente.

4. A Biomedicina e a Colonialidade do Saber

A biomedicina como “linguagem de agência” contribui para a naturalização da classificação social e para uma hierarquização valorativa de espaços de sociabilidade através da sobreposição ideológica de doença, ignorância, pobreza e subdesenvolvimento.

Descortina-se a colonialidade intrínseca das suas práticas, na relação que estabelece com o sujeito enfermo, objectificando-o, mas também, como prática médica hegemónica e enquanto vocabulário social globalizado, através da generalização dos seus modelos etiológicos, nosológicos, profiláticos e terapêuticos.

A transposição não mediada desses modelos para contextos culturais onde vigoram outras concepções acerca da pessoa, da saúde e da doença, comporta consequências particularmente gravosas, como é o caso do HIV-SIDA em África.

A representação ocidental do HIV-SIDA como doença que remete para uma sexualidade não regulada e para “grupos de risco” tem sido imposta acriticamente no continente africano pelos programas globais de investigação e de combate à doença. Definiu-se, deste modo, o grupo das mulheres ligadas à prostituição como população de risco e de veículo de propagação da doença. Os programas de “educação” com vista à profilaxia da doença concentraram-se junto dessas mulheres, tendo como objectivo central o uso de preservativo.

Kielmann (1997) através de uma metodologia etnográfica, dá-nos conta do impacto social de um programa deste tipo no Quênia, designadamente, o programa desenvolvido por uma equipa que integra membros do Canadá, Bélgica e Quênia, implementado em Punwami. A autora verificou uma disjunção profunda entre os conceitos de prostituição ocidental e queniano. O primeiro cristaliza e homogeneiza uma determinada população como sexualmente promíscua, enquanto que o segundo remete para processos sociais complexos de urbanização que resultaram na marginalização de mulheres solteiras a viver em áreas urbanas, a par de uma redefinição conceptual das relações de género e da própria sexualidade, suscitada pela introdução colonial dos valores religiosos ocidentais:

O risco da infecção pelo HIV deve ser situado no contexto de outros riscos: pobreza, violência, isolamento social. Do mesmo modo, a categoria “prostituição” deve ser inserida no contexto de padrões sociais e culturais que deixam mães solteiras, com baixos recursos, com poucas escolhas para a sua sobrevivência e dos seus filhos. Ao contrário do que é representado pela literatura ocidental, o uso do termo “prostituta” no Quênia diz-nos menos sobre a actividade sexual das mulheres entrevistadas do que acerca da posição ambígua que ocupam nas percepções locais quenianas das mulheres solteiras e urbanas (Kielmann, 1997: 392).

O uso inadequado do conceito de prostituição conduz a uma forte estigmatização das mulheres assim classificadas por estes programas.

Por outro lado, a prevenção da doença é remetida em exclusivo para a actividade sexual e para o uso de preservativo. Estes programas, ao ignorarem as interpretações locais acerca do HIV-SIDA e ao transmitirem a profilaxia biomédica sem um esclarecimento da mesma, contribuem para uma sobreposição hermenêutica que resulta em equívocos extremamente problemáticos.

Exemplo disso é associação local do vírus com algo que vem de fora, designadamente do Ocidente, que redundava numa conceptualização do contágio por estas mulheres que o restringe a relações sexuais com homens que não pertencem à comunidade.

Isto sugere que a própria noção de risco remete nas duas culturas para significados diferentes. Com efeito, a denominação destas mulheres como “grupo de risco” produz nas mesmas um forte sentimento de vergonha, uma vez que associam o risco a uma degeneração moral e não a um processo corporal.

A generalização destes programas no continente africano, por um lado estigmatiza as mulheres e, por outro, deixa de fora outros modos de contágio que não o sexual, igualmente relevantes. Além do que, omite os homens desta dinâmica (Kielmann, 1997; Hunt, 1998).

A transposição do modelo biomédico acerca do HIV-SIDA para outros contextos, leva consigo a representação social ocidental desta doença, provocando a criação de identidades estigmatizadas e revelando-se profundamente ineficaz. Isto resulta de uma recusa de um diálogo em profundidade e de uma reciprocidade epistemológica com estas populações, numa demonstração da colonialidade do saber, com efeitos extremamente perversos.

Ao mesmo tempo, verifica-se no caso do HIV-SIDA, uma assimetria profunda no que diz respeito à investigação epidemiológica sobre as diferentes estirpes deste vírus. Assim, se presentemente nos países do Norte os doentes com HIV-SIDA têm acesso a uma terapêutica que lhes garante alguma longevidade e qualidade de vida, o contrário é igualmente verdade para os países do Sul (Farmer, 1998).

Também Lewis (1987) descreve como a imposição da representação biomédica da lepra no contexto de uma aldeia da Nova Guiné, por via dos missionários e das autoridades públicas que enfatizavam as sequelas mutilantes da doença, conduziu a uma

confusão de outras doenças dermatológicas com a lepra, gerando processos de estigmatização e exclusão, ao mesmo tempo que a lepra na fase inicial e, portanto, ainda sem uma substanciação visível, permanecia por detectar.

Mas a imposição do saber biomédico não é recebida passivamente, como nos mostra Meneses (2004) relativamente ao contexto moçambicano. Pelo contrário, as medicinas locais não somente contrariam a representação que as cristaliza como “tradicionais”, demonstrando uma dinâmica de constante desenvolvimento, como as populações fazem um uso selectivo das medicinas locais e da biomedicina, consoante a eficácia dos tratamentos para a especificidade das doenças.

Contudo, a hegemonia da biomedicina como localismo globalizado (Santos, 2000; Meneses, 2004) verifica-se no seu assento estatal, quer no Norte, quer no Sul, e na exclusão simultânea de outras medicinas.

Particularmente relevante é o uso do seu vocabulário para a hierarquização das relações políticas à escala global, por meio de uma retórica que apela aos conceitos de atraso e progresso e que se materializam na identificação das doenças infecciosas com o Sul e das doenças degenerativas com o Norte. O HIV-SIDA, bem como o ressurgimento da tuberculose nos países do Norte,¹⁷ contrariam fortemente esta perspectiva que, ainda assim, permanece densamente naturalizada, naturalizando, por sua vez, relações social, económica e politicamente assimétricas, que dão azo à perpetuação da ideologia que alia a ideia de civilização ocidental à de salvação.

5. Conclusão

Douglas (1991b) argumenta que historicamente as doenças infecciosas, pela ameaça insidiosa que representam ao bem comum, serviram como referentes simbólicos

legitimadores de estratégias de regulação social e política do espaço público, através de uma confluência não diferenciada de imagens de marginalidade.

No mesmo sentido, procurou-se aqui demonstrar como a biomedicina se constitui numa “linguagem de agência” (Scarry, 1985), construindo activamente um vocabulário que traduz a experiência da doença. Ao fazê-lo, condiciona a ordenação da experiência, num processo de construção do mundo. Significa isto que a ordenação do que é percebido como desordem é sempre um momento de produção social e cultural, politicamente informado.

A validação científica deste modelo, conduz à naturalização dos conceitos nele gerados e que classificam os corpos no espaço social. Ordem e desordem, reflectem-se nas noções de normalidade e patologia, gerando espaços de inclusão e de exclusão. Ao definir como médicos, processos fisiológicos ou outros que, contudo, ocorrem sempre em contextos sociais particulares, a biomedicina induz a uma medicalização da experiência, naturalizando e legitimando o “conhecimento-regulação” (Santos, 2000), inscrevendo-o nos corpos dos sujeitos. Além de gerar respostas de combate à doença, ou àquilo que conceptualiza como tal e que, muitas vezes, pode não ser igualmente interpretado pelos indivíduos, a biomedicina induz à construção identitária. A violência desse processo decorre do privilégio epistemológico do clínico sobre o paciente que, por vezes, conduz a uma imposição coerciva de estratégias reguladoras. Exemplo disso é a actual política estatal cubana para o combate ao HIV-SIDA que compreende medidas de quarentena e rastreio compulsivos.¹⁸ Por outro lado, enquanto vocabulário social, a biomedicina arquitecta processos identitários, muitas vezes geradores de espaços de exclusão, alimentando a construção de identidades subalternas e estigmatizadas, como é o caso, muito particularmente, das doenças infecciosas ou do cancro nas sociedades do Norte. O estigma que acompanha estas doenças impele os sujeitos para uma espécie de

invisibilidade estrutural, cuja experiência é desqualificada e silenciada, accionando sentimentos de culpa e de vergonha.

Apesar das alegações de um conhecimento objectivo não mediado, a biomedicina não pode deixar de ser encarada como um discurso e uma prática social fortemente investida de dinâmicas de poder. Assim, esta medicina “constrói o mundo” por via de uma relação assimétrica com o seu objecto, desumanizando-o e esvaziando-o de agencialidade. Por outro lado, enquanto “linguagem de agência” (Scarry, 1985) que se pretende universal, a biomedicina apresenta-se como um veículo de inscrição violenta nos corpos do “conhecimento-regulação” (Santos, 2000), enquanto instrumento privilegiado de classificação e regulação social, sustentando, deste modo, a colonialidade do saber e do poder, e, inevitavelmente do ser.

A doença, ao contrário do que postula o materialismo biomédico, é um processo que transborda as fronteiras do corpo. Pela ruptura existencial e ontológica que anuncia, constitui-se num momento de desconstrução do mundo, estimulando a reconstrução do mesmo. Como tal, a doença induz à reformulação e produção social de significados culturais, sendo criativamente imaginada. Face à desordem, emergem “linguagens de agência” (Scarry, 1985) que combatem o seu carácter poluente. A biomedicina é uma dessas linguagens e, enquanto tal, transporta os valores que a ordem social procura reificar. Interpelar as imagens que se aninham na representação social das doenças, significa interpelar os significados em disputa e os processos sociais e políticos que suscita.

¹ Sobre o conceito de “liminaridade” ver Turner, 1967.

² Esta e outras traduções são da minha responsabilidade.

³ “O paradigma da modernidade comporta duas formas principais de conhecimento: o conhecimento-emancipação e o conhecimento-regulação. O conhecimento-emancipação é uma trajectória entre um estado de ignorância que designo por colonialismo e um estado de saber que designo por solidariedade. O conhecimento-regulação é uma trajectória entre um estado de ignorância que designo por caos e um estado de saber que designo por ordem. Se o primeiro modelo de conhecimento progride do colonialismo para a solidariedade, o segundo progride do caos para a ordem. Nos termos do paradigma da modernidade, a vinculação recíproca entre o pilar da regulação e o pilar da emancipação implica que estes dois modelos de conhecimento se articulem em equilíbrio dinâmico [...] o conhecimento-regulação conquistou a primazia sobre o conhecimento-emancipação: a ordem transformou-se na forma hegemónica de saber e o caos na forma hegemónica de ignorância” (Santos, 2000: 74-75).

⁴ Pela noção de sociedades euro-americanas pretende-se designar o conjunto de espaços de sociabilidade fortemente mediados pela cultura ocidental moderna, assumindo-se que o conceito, a par do de cultura ocidental, é insuficiente para dar conta da diversidade que constitui esses mesmos espaços, mas que devido a uma necessidade de economia discursiva se torna dificilmente ultrapassável.

⁵ Sobre o regime escópico da medicina moderna é incontornável a reflexão de Foucault em *O nascimento da clínica* (1977).

⁶ “A alternativa não reside nos conhecimentos ‘outros’, classificados de complementares, mas numa complexa relação entre diferentes conhecimentos, todos eles legítimos na perspectiva de quem a eles recorre e os consagra como forma de poder. A intermedicina é, portanto, sinónimo de uma miríade de medicinas - umas preferidas a nível da família, outras da comunidade, outras do trabalho e outras ainda no espaço público da cidadania, o que lhe consagra um carácter emancipatório” (Meneses, 2004: 385).

⁷ Pela dificuldade de tradução, emprega-se o termo em inglês que, em português, remete para a consciência que o indivíduo tem da sua singularidade, pretendendo com isso fazer-se alusão ao sentimento de si, irreduzível às ideias de identidade ou de pessoa.

⁸ Acerca da experiência portuguesa do processo de medicalização dos corolários da guerra colonial para as histórias de vida dos ex-combatentes e que exemplifica um caso contemporâneo de patologização do sofrimento, ver Quintais (2000).

⁹ “A razão metonímica é obcecada pela ideia de totalidade sob a forma de ordem. Não há compreensão nem acção que não seja referida a um todo e o todo tem absoluta primazia sobre cada uma das partes que o compõem. Por isso, há apenas uma lógica que governa tanto o comportamento do todo como o de cada uma das suas partes. Há, pois, uma homogeneidade entre o todo e as partes e estas não têm existência fora da relação com a totalidade” (Santos, 2002: 241-242).

¹⁰ É à tuberculose pulmonar que as metáforas descritas se referem.

¹¹ Curiosamente, a associação entre o cancro e a depressão parece ser um produto do século XX e das sociedades pós-industrializadas: “Em contraste com os doentes americanos contemporâneos com cancro, que invariavelmente referem ter sentimentos de isolamento e solidão desde a infância, os doentes com cancro vitorianos descrevem vidas superlotadas, sobrecarregadas com trabalho, obrigações familiares e privações” (Sontag, 1991: 53).

¹² “A ideia de que o sofrimento não deve persistir ocupa um lugar central na ideologia americana: nada há que deva perdurar, tudo é transitório, até o sofrimento, e, quando assim não é, confrontamo-nos com o patológico. Por exemplo, um sentimento de perda que se estenda para lá dos treze meses pode ser conceptualizado como patológico num contexto desta natureza [...] a persistência do sofrimento (ou no sofrimento) é uma das modalidades, para a cultura americana contemporânea, do patológico, do medicalizável...” (Quintais, 2000: 48)

¹³ Bacilo causador da lepra descoberto por Gerard Hansen em 1873.

¹⁴ Foucault (1993: 176) refere-se ao doente de lepra como o “habitante simbólico do espaço da exclusão”.

¹⁵ A metáfora é um dos mecanismos essenciais aos processos de classificação e de formulação das categorias cognitivas. Ao contrário da teoria clássica que postulava uma classificação não mediada dos objectos no mundo, hoje considera-se a classificação como resultado de processos interpretativos, relacionais e metafóricos (Lakoff, 1987).

¹⁶ “Há produção de não-existência sempre que uma dada entidade é desqualificada e tornada invisível, ininteligível ou descartável de um modo irreversível” (Santos, 2002: 246-247).

¹⁷ O aumento de casos de tuberculose em Portugal nos últimos anos tem conduzido ao retorno da discussão em torno do internamento compulsivo. Enquanto medida profilática e terapêutica, o internamento compulsivo caiu há várias décadas em desuso. Contudo, os fantasmas de uma epidemia têm suscitado medidas cada vez mais impositivas, chegando, inclusivamente a ser equacionado o internamento compulsivo por parte de alguns sectores políticos (ver E:\Jornal de Notícias - PS quer discutir tuberculose na AR.htm). O internamento compulsivo poderá ser reflectido como uma forma de colonialismo interno, na medida em que destitui o indivíduo dos seus direitos civis, suscitando um tratamento por parte do Estado que se assemelha ao castigo penal.

¹⁸ Sobre este assunto ver <http://www.panos.org.uk/newsfeatures/featuredetails.asp?id=11721>

Referências Bibliográficas

- ADAM, P.; HERZLICH, C. (1994), *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Éditions Nathan.
- BASTOS, Cristiana (1997), “A pesquisa médica, a SIDA e as clivagens da ordem mundial: uma proposta de antropologia da ciência”, *Análise Social* XXXII (140), 75-111.
- BRANDT, A. M.; SLOANE, D. C. (1999), “Of beds and benches: building the modern American hospital”, in P. Galison; E. Thompson (eds.), *The architecture of science*. London: The MIT Press.
- CONRAD, P. (1992), “Medicalization and social control”, *Annual Review Sociology*, 18, pp. 209-32.
- DESCARTES, R. (1938), *Discours de la méthode*. Paris: Librairie Philosophique J. Vrin.
- DOUGLAS, Mary (1991a), *Pureza e perigo: ensaio sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Edições 70.
- DOUGLAS, Mary (1991b), “Witchcraft and leprosy: two strategies of exclusion”, *Man*, vol. 26, 723-736.
- DUSSEL, Enrique (2001), “Eurocentrismo y modernidad”, in Walter Mignolo (ed.), *Capitalismo y geopolítica del conocimiento*. Ediciones del Signo.
- FABIAN, J. (1983), *Time and the other: how anthropology makes its object*. New York: Columbia University Press.
- FARMER, P. (1998), “AIDS and social scientists: critical reflections”, in C. Becker; J. P. Dozon; C. Obbo; M. Touré (eds.), *Vivre et penser le SIDA en Afrique*. Codesria, Karthala e IRD.
- FASSIN, D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris: Presses Universitaires de France.
- FILHO, C. B. (2001), *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FOUCAULT, Michel (1977), *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

FOUCAULT, Michel (1993), *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

GOFFMAN, Erving (1980), *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

HAHN, R. A.; KLEINMAN, A. (1983), “Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions”, *Annual review of anthropology*, 12, 305-333.

HUNT, N. R. (1998), “STDS, suffering, and their derivatives in Congo-Zaire: notes towards an ethnography of disease”, in C.Becker; J. P. Dozon; C. Obbo; M. Touré (eds.), *Vivre et penser le SIDA en Afrique*. Codesria, Karthala e IRD.

KIELMANN, K. (1997), “‘Prostitution’, ‘Risk’, and ‘Responsibility’: paradigms of AIDS prevention and women’s identities”, in Marcia C. Inhorn; Peter J. Brown (eds.), *The anthropology of infectious disease: international health perspectives*. Atlanta: Gordon and Breach.

LAKOFF, G. (1987), *Women, fire and dangerous things: what categories reveal about the mind*. Chicago/ London: The University of Chicago press.

LEDER, D. (1990), *The absent body*. Chicago/ London: The University of Chicago Press.

LEWIS, G. (1987), “A lesson from Leviticus: leprosy”, *Man*, Vol. 22, No. 4, 593-612.

MENESES, Maria Paula (2004), “‘Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada’: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas”, in Boaventura de Sousa Santos (ed.), *Semear Outras Soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento.

MERLEAU-PONTY, Maurice (1999), *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

MIGNOLO, Walter (2003), “Os esplendores e as misérias da ciência: colonialidade,

geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistémica”, in Boaventura de Sousa Santos (ed.), *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciências revisitado*. Porto: Afrontamento.

PROVIDÊNCIA, P. (2000), *A cabana do higienista*. Coimbra: F.C.T.U.C.

QUIJANO, Aníbal (2000), “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”, in Edgard Lander (ed.), *La colonialidade del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO/ UNESCO.

QUINTAIS, Luís (2000), *As guerras coloniais portuguesas e a invenção da História*. Lisboa: Edições do Instituto de Ciências Sociais.

QUINTAIS, Luís (2002), “O teatro da destruição e da verdade e a psiquiatria portuguesa na transição do século XIX”, *Revista de História das Ideias da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra*, Vol. 3.

SANTOS, Boaventura Sousa (2000), *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, Boaventura Sousa (2002), “Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das Emergências”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 63, 237-280.

SANTOS, Boaventura Sousa; MENESES, Maria Paula; NUNES, João Arriscado (2004), “Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo”, in Boaventura Sousa Santos (ed.), *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento.

SCARRY, E. (1985), *The body in pain: the making and unmaking of the world*. Oxford: Oxford University Press.

SONTAG, Susan (1991), *Illness as metaphor and Aids and its metaphors*. London: Penguin Books.

TURNER, Victor (1967), *The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual*. Ithaca: Cornell University Press.

http://dn.sapo.pt/2006/03/24/sociedade/internamento_compulsivo_lei_propria.html

(acedido em 29-10-07)

<http://www.panos.org.uk/newsfeatures/featuredetails.asp?id=1172l> (acedido em 29-10-07)