



ÁREA TEMÁTICA: Saúde, corpo e sexualidades

Entre pluralismo médico e pluralismo terapêutico: contributos para a revisão de uma narrativa sociológicaⁱ

CLAMOTE, Telmo Costa

Licenciatura em Sociologia

CIES/ISCTE

telmoclamote@net.sapo.pt

Resumo

Partindo de um projecto de investigação em decurso sobre padrões de pluralismo terapêutico na acção e racionalidade leigas no plano dos consumos medicamentosos, procura-se problematizar quer a propositividade interna do conceito, quer a sua interrelação com um campo carregado pelo conceito de pluralismo médico. Este permitiu sustentar a compreensão da natureza compósita dos sistemas médicos modernos, e desnaturalizar neles a “evidência” da dominância da medicina moderna. Contudo, é um conceito fiel a uma genealogia institucional, que pressupõe e relança no mapeamento dos percursos terapêuticos leigos, constringendo a possibilidade de lhes descortinar padrões mais complexos de criatividade social. Reflectindo a revisão sociológica das narrativas modernas de organização social, pretende-se explorar com o conceito de pluralismo terapêutico as condições de possibilidade e implicações analíticas da crescente descoincidência entre esses mapas institucionais e os padrões leigos de construção de formas particulares de pluralismo, a partir de uma relação de relativo descomprometimento com práticas e concepções terapêuticas crescentemente desvinculadas ou desvinculáveis dos seus corpos institucionais de origem.

Palavras-chave: Pluralismo Terapêutico; Pluralismo Médico; Racionalidades Leigas; Modernidade; Narrativa Sociológica





Este texto pretende-se quer um questionamento, quer uma plataforma reflexiva, para sistematizar e problematizar, na cumulatividade dialógica que a introdução de novos contributos analíticos no espaço conceptual da sociologia (ou outra disciplina) impõe, premências conceptuais que se geraram a partir da construção e operacionalização de um projecto de investigação versando sobre «Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais». Ao iniciar-se uma pesquisa com o fito de inquirir sobre padrões heterodoxos de consumos medicamentosos, que se vêem agregados de forma visível, mas sub-problematizada na sua especificidade contemporânea, na acção e racionalidade leigas na gestão da sua saúde, impôs-se, quase como ponto de partida, a desadequação de parte da parafernália conceptual com que, presentemente, ainda se tende a abordar esse ecletismo fenomenológico desviante da normatividade institucional, ideológica e profissional, nos sistemas de saúde modernos. Desadequação essa, particularmente epitomizada no que se refere às possibilidades e limitações heurísticas do conceito de pluralismo médico.

Cada conceito carrega, de alguma forma, uma narrativa analítica consigo. O de pluralismo médico cumpriu um papel fundamental na compreensão da natureza compósita dos sistemas médicos e campos de práticas de saúde, permitindo, se bem manejado, desmontar a “evidência” contemporânea da dominância “natural” da medicina moderna nos campos modernos de práticas de saúde. Trata-se, contudo, de um conceito fiel a uma genealogia institucional, que de algum modo pressupõe e relança no mapeamento das possibilidades de desenho dos percursos terapêuticos leigos. Aquilo a que o conceito de pluralismo terapêutico busca responder é à crescente descoincidência desses mapas institucionais daquilo que são os padrões leigos de construção de formas particulares de pluralismo. Tal operando-se a partir de uma relação a diversos níveis de descomprometimento dos indivíduos com o que se apresentam como práticas e concepções terapêuticas crescentemente desvinculadas ou desvinculáveis dos seus corpos doutrinários e institucionais de origem.

A narrativa que o conceito de pluralismo terapêutico carregaria no bojo é a de que os padrões de pluralismo no uso de práticas e meios terapêuticos já não podem ser decalcados de forma mecanicista da filiação dos indivíduos a conceitos tendencialmente totalizantes de classificação e integração em corpos sociais pré-definidos. Antes, que a sua integração nas práticas e concepções esposadas nesses *situs* sociais se definiria cada vez mais (ainda que não plenamente, nem necessariamente progredindo para tal) em termos de auto-determinação leiga à bolina, pelo esquadro das suas lógicas socialmente situadas e diferenciadas. Isto, em face de um crescente desencastamento das plurais valências terapêuticas contemporâneas das configurações médicas a que historicamente podem ser remetidas, mas de cuja subscrição integral já não depende a adesão utilitária dos indivíduos a alguns dos seus meios e proposições terapêuticos, cuja revisibilidade e manipulação se tornam a própria condição dessa adesão.

Porque, obviamente, a mudança terminológica sem conteúdo não é mais que uma mascarada de actualização conceptual, pretende-se claramente explanar que não se entende pluralismo terapêutico como outra etiqueta para designar o mesmo olhar sobre o mesmo fenómeno que o pluralismo médico vem designando. São as possibilidades e limitações heurísticas de ambos, diferenciados, conceitos, e as suas necessárias formas de interpenetração analítica, que nos interessa explorar, com vista a organizar conceptualmente de forma mais fina e direccionada as dinâmicas de pluralização da oferta terapêutica nas sociedades contemporâneas, e a forma como essa processualidade se imbrica e é imbricada na gestão leiga dos percursos terapêuticos e quotidianos de saúde dos próprios indivíduos (uma inevitabilidade estrutural que, se explicitamente designada para o campo desde Freidson (1970), parece convir lembrar a cada reincidência ingénua de intenções tutelares plenipotenciárias de paternalismo pericial, como aquela a que o fenómeno que nos ocupa tanto se pode prestar).

Qual o processo histórico das condições de pluralismo médico e de transformação dos sistemas de saúde modernos que aqui conduziram, quais as formas e condições de interdependência e auto-determinação na relação da acção leiga com as formas de autoridade institucional que procurem emanar a integralidade impositiva dos seus quadros de referência na prestação de cuidados de saúde, e quais as consequências



de uma narrativa sociológica que não pode construir-se sem os seus protagonistas como co-narradores, são questões que este desafio analítico localizado depõe à nossa reflexividade alargada.

Da expansão e desagregação artefactual do pluralismo médico

A narrativa analítica do pluralismo médico, não estando esgotada na sua matriz para potenciar leituras ainda necessárias da fenomenologia que compreende, tem na sua inceptão a marca de uma estratégia metodológica e uma circunscrição disciplinar que tanto lhe potenciou historicamente um ângulo frutuoso de compreensão da complexidade do sistema médico (para usar a terminologia de Kleinman (1978)) de uma sociedade, como coarctada hoje a sua margem de manobra para abarcar conceptualmente dinâmicas de transformação social do fenómeno de coabitação mais ou menos agonística ou pacífica de práticas e concepções de saúde ao arripio do poder tentativamente unânime de uma doxa médica (moderna). Aquela marca é da lógica analítica monográfica, particularmente de cariz funcionalista, a partir da qual se produziram abordagens etnográficas das concepções e práticas de saúde que caracterizariam espaços sociais extra-modernos (ainda que crescentemente inclusos na sua exterioridade), e que, medrando na segmentação algo artificiosa entre antropologia e sociologia, constituiu um efectivo ponto de partida para o questionamento da evidência da inevitabilidade do “progresso” dos sistemas médicos para a conformação à normatividade e institucionalidade biomédica como sistema único e oficial de prestação de cuidados de saúde num Estado moderno. De facto, partindo da evidência etnográfica, começou por ser analiticamente deslocada a especialização e os modos biomédicos e modernos de conceber e praticar a manutenção social da saúde, da sua evidência impositiva e naturalizada nas sociedades modernas, para um local de relatividade social. Contudo, mais pertinente se tornou essa amplificação da perspectiva sobre conceitos e práticas naturalizadas quanto a bem-vinda desagregação da especialização espacial da antropologia integrou a inquirição dos mundos sociais subsumidos no triunfalismo progressista e opacizante da complexidade histórica do espaço prolixo da modernidade. Aí, a pluralidade de formas de conceber, e operar sobre, a saúde, começaram a ser descortinadas sob o manto, supostamente todo-abrangente de qualquer necessidade de saúde, de Estados compreendendo sistemas médicos modernos e formas de previdência social no acesso a cuidados de saúde.

Todavia, se o conceito de pluralismo médico fez escola no emergir à claridade da inevitabilidade social de formas plurais de produção de cuidados e pensamento sobre saúde (Clamote, 2007), mesmo no contexto de espaços sociais recobertos pelas materializações institucionais (como sejam as biomédicas) das narrativas de supremacia e auto-suficiência modernas, a verdade é que o conceito também apresentava limitações no âmbito do que abarcava analiticamente. Essencialmente moldado pela estratégia monográfica de fechamento analítico de um espaço social e/ou cultural, o conceito de pluralismo médico estava essencialmente afinado para pressupostos que lhe limitavam o amplexo analítico prometido pela sua designação. De facto, embora pensado para abordar a pluralidade de formas de prestação e concepção de cuidados de saúde num espaço social, o seu fechamento analítico em torno desse espaço tendia a cercear as suas potencialidades exploratórias a um quadro forçadamente auto-contido de formas médicas de cuja coabitação se pudesse retirar conclusões mais ou menos generalizáveis (desejavelmente sujeitas a método comparativo, mas raramente efectuado na completude auto-centrada de cada análise, e descartado para o eventual exegeta – como o procuraram ser Augé e Herzlich (1984)) para as formas de adaptação e integração de diferentes configurações médicas nos percursos terapêuticos dos indivíduos, nesse espaço social. Ora, ao focalizar-se num espaço social, com tendencial homogeneidade social da sua população, e calibrando a análise para a coabitação de configurações médicas analiticamente auto-contidas nesse espaço (ou seja, segmentando-as das suas formas de potencial ocorrência noutros espaços sociais diferenciados), ratificando postulados autóctones na sua geração (postulados ingénuos, para mais quando contrariados, desde logo, pelo precedente fundacional de Boas para o campo antropológico, nomeadamente no que respeita à importância dos contactos culturais entre sociedades para as suas dinâmicas constitutivas - que, como tal, se torna artificioso segmentar da sua história societal relacional), tende-se a forçar um



equilíbrio funcionalista das diferentes configurações médicas em presença, para a totalidade da população abrangida. Não é por acaso que a abordagem mais paradigmática das valências e limitações dessa perspectiva monográfica do pluralismo médico foi cristalizada por Kleinman (1980), através do conceito de sistema médico, em que a cada sector de especialização de cuidados corresponderia uma lógica cultural específica de remissão à sua procura pelos indivíduos, conduzindo à imagem de um sistema equilibrado por formas de especialização funcional entre abordagens diversas da saúde e doença (por exemplo, entre *cure*, mais biomédica, e *healing*, mais “psico-cultural”). Também não será por acaso que essa abordagem se cristalizou no terreno mais favorável à sua arrumação estrutural e funcional de sociedades orientais, onde a penetração da medicina moderna se fez em sistemas médicos sistematizados e institucionalizados, nos quais a especialização funcional da medicina moderna constituiu quase uma pré-condição regulatória da sua concatenação sistémica com as valências autóctones, de todo sujeitas a um estatuto desconsiderável de “alternativas” ou residuais.

O conceito tende a perfilhar, pois, um viés institucional e estrutural, que podendo iluminar diversos aspectos da adaptação e enraizamento institucional de diversas configurações médicas num espaço social, pode tender a assumir uma distanciação das lógicas dos próprios indivíduos na sustentação de percursos terapêuticos recorrentes a formas plurais de práticas de saúde. Olhando para o mapeamento dos recursos de saúde numa perspectiva sobranceira do patamar da sua disposição institucional, o sombreado da sua projecção sobre as possibilidades e estratégias de recurso a cuidados de saúde por parte de uma população, sem consideração pela sua especificidade e mecanismos próprios, tende a ser decalcado dos discursos e formas de legitimação dessa pluralidade institucional. O pluralismo resulta, pois, mais uma matéria de jogo institucional, que de concatenação prática e representacional nos percursos terapêuticos concretos dos indivíduos. O problema passa, de alguma forma, pela expressão de uma apreensão estrutural durkheimiana do comportamento social (para empregar terminologia correspondente) que, de alguma forma, veda a compreensão das lógicas sociais que assistem à sustentação leiga de diversas formas médicas, na medida em que se lhes sobrepõe quase aprioristicamente uma concatenação estrutural, um pressuposto homeostático de razoabilidade social que apenas, eventualmente, se acode do discurso leigo para nomear esse princípio de organização funcional do pluralismo. Numa leitura ingenuamente estruturalista, o discurso leigo arriscar-se-ia a constituir um meio, um indicador indirecto, de condicionantes estruturais para a reprodução de um comportamento cujas raízes fundas não seriam passíveis de ser formuladas de forma autónoma, imprevisível, plural, e consciente, pelos agentes da sua acção.

Curiosamente, se com o empossamento das abordagens pós-coloniais ao tradicional campo de especialização espacial antropológico, felizmente se reverteu a elisão demasiado frequente das lógicas assimétricas de poder que geriam essa, apenas ingenuamente concebível como, coabitação pacífica, não parece ter-se feito muito mais pela problematização, ao nível dos olhos dos actores, das lógicas sociais de inscrição das práticas leigas em sistemas médicos plurais, ainda as remetendo ora para uma correspondência de fechamento sócio-cultural, ou a uma especialização funcional artificiosa e homogeneizante.

Dessa forma, se a primeira virtude do conceito de pluralismo médico deveria ser a desnaturalização de qualquer dominância de uma forma médica em dado sistema, essa virtude ficou algo por cumprir nas suas aproximações à realidade das situações de pluralismo médico, e torna-se crescentemente insuficiente para dar conta das transformações fenomenológicas que pretende contemplar. Ora, se levarmos em conta que foi precisamente nos sistemas médicos em que o pluralismo não se encontrava tão sedimentado e assimilado em termos institucionais similarmemente modernos no desenho formal (que não no princípio de coabitação) que o conceito mais dificuldades teve em ser operativo, talvez não seja particularmente complicado perceber o porquê da sua relativa senescência contemporânea. Se virarmos o tabuleiro dos dados adquiridos do tempo presente, podemos compreender como foi a expansão de matriz universalista da medicina moderna através das dinâmicas modernas de troca desigual e/ou colonialismo constitutivas do sistema-mundo (Wallerstein, 1974) que efectivamente criou condições para a criação do pluralismo como um fenómeno global, ao criar um padrão e uma prática aos quais quaisquer outros sistemas se tornaram



doravante contrapostos e avaliados (ou tentativamente rasurados). Contudo, nesse processo de globalização, ironicamente, criaram-se igualmente as vias sociais para, no reverso dos fluxos de dominação ou influência modernas, e para o caso da mobilidade das configurações médicas, se criarem condições para, quer através do espaço de mercado, quer do espaço das comunidades configuradas pelos fluxos migratórios, práticas e concepções médicas de plural extração se expandirem igualmente através de redes sociais globais por contextos diversos. Desse modo é a complexidade social do fenómeno global (não obstante poderem identificar-se diferenças genéricas regionais) do pluralismo médico exponenciada a níveis sem precedentes (Clamote, 2007).

Dado este quadro de aparente pluralismo médico exacerbado (e não necessariamente “novo”, como alguns autores aventam (Cant, Sharma, 1999)), aquilo que se pode verificar é que, novamente de forma irónica, a auto-suficiência do conceito de pluralismo médico começa a ser minada pelo próprio sucesso do fenómeno que pretende ainda cunhar analiticamente. Sucede que, naturalmente, a estabilidade das dinâmicas de pluralização da oferta terapêutica em sociedades onde, particularmente, a medicina moderna ainda se erige enquanto padrão de avaliação e legitimação de cuidados de saúde, não deriva apenas do facto de essa pluralização fenomenológica (não normativa) ser uma possibilidade social aberta pelos processos de globalização. Efectivamente, a materialização em regularidade social dessa pluralização sucede ao criarem-se condições sociais propícias à sua expansão e consolidação, as quais, essas sim, têm sido largamente dispostas sobre a mesa por abordagens que, colocando a questão do pluralismo médico no centro das sociedades modernas, fazem recurso às, também plurais, formas de conceptualização da mudança social nas dinâmicas da modernidade, com pendor mais radical ou matizado (particularmente as sistematizadas por Giddens (1990/1994), e focando diferentes dimensões da sua conformação conceptual. E efectivamente, num voo fugaz, dadas as restrições deste formato discursivo, devemos sublinhar o quanto, factores como as dinâmicas de crescente ambivalência reflexiva na relação de confiança leiga na pericialidade estruturante da vida moderna; a correlativa evidenciação pública das questões do risco científica e politicamente maleável, e das limitações e reversões já mal ocultadas pela promessa de progresso imparável sob a égide de uma racionalização cada vez mais abrangente da vida social e biológica dos seres; e também a criação de condições ao nível da afluência e profusão de estilos de vida em determinadas camadas da população para a difusão de concepções leigas de saúde mais plásticas e abrangentes; são tudo elementos caracterizadores de uma modernidade em basculação, inescapáveis para a compreensão das formas como a conceptualização do corpo, da doença e da saúde, já estruturalmente acoplada às condições e necessidades socialmente localizadas de razoabilidade na gestão leiga quotidiana da saúde, se tem vindo a complexificar no sentido de a sua sujeição a uma normativa pericial uniforme se vir dissipando por outros suportes de concepções e práticas de saúde. Ora, sucede que é nesse contexto de, chamemos-lhe, sucesso da pluralização terapêutica e de reflexividade leiga que, parecendo a epítome da sua amplitude analítica, o fôlego do conceito de pluralismo médico começa a soçobrar.

Há dois ângulos da fenomenologia do pluralismo médico que se esquivam da perspectiva oferecida pela sua formatação e designação conceptual. Um respeita ao próprio plano de relativa especialização dimensional do conceito, que é o do panorama institucional de pluralismo de opções terapêuticas. Aquilo em que a exacerbação do pluralismo médico começa por atrair a conformação do seu conceito, é no facto de, com a desagregação de tradições terapêuticas, em paralelo com os corpos sociais particulares onde se ancoravam em termos de estabilidade social e reprodução cultural da sua validade (e que alimenta ainda em alguns (Breton, 1990) o mito da comunidade perdida para recuperar um mecanicismo uniforme de justificação cultural da persistência de tais medicinas, ou seus resquícios), se perder o terreno sociológico de validação de pressupostos estruturalistas que presumam mecanisticamente a internalização subjectiva, ou a homeostasia funcional, da coabitação de configurações médicas. Eram esses pressupostos que dispensavam a inquirição das raízes situadas e diferenciadas de racionalidades leigas que sustentem o recurso continuado a diferentes corpos de saber e prática terapêutica. Ora, quando esses corpos de saber se fragmentam ou se dispersam dos seus contextos de origem, os mecanismos localizados da sua validação contextual, necessariamente, perdem-se ou se alteram. Nesse sentido, o panorama de pluralismo



com que cada vez mais populações se deparam nas suas sociedades começa a ser um para o qual não existem *templates* culturais automáticos que justifiquem a atribuição de uma lógica mecanicista aos fundamentos sociais do recurso a tais plurais opções terapêuticas. Por outro lado, o sucesso variável de diferentes corpos de saber e práticas terapêuticas em diferentes contextos torna, logicamente, pouco arguível, pelo menos em discurso empiricamente fundamentado, a existência de uma lógica funcional homogeneizante que guie a um nível estrutural toda a pluralidade de formas de recurso a plurais práticas terapêuticas.

A partir do momento em que o postulado de uma continuidade sistémica de jeito parsoniano entre as formas de legitimação e estratégias de validação de configurações médicas instituídas e a sua internalização e reprodução subjectiva nos processos de socialização se torna cada vez mais insustentável, analítica e fenomenologicamente, o primado da acção e racionalidades leigas na validação processual de opções terapêuticas nos seus percursos de saúde, ainda que obviamente alimentados e constrangidos, mas não manietados ou decalcados, por aquelas formas de (auto-)reprodução institucional, começa a impôr-se como *locus* analítico central.

É neste panorama de fragmentação institucional de formas de sedimentação, autoridade e validação de corpos de saberes e práticas terapêuticas cada vez mais móveis, que se impõe uma outra forma de olhar para as dinâmicas de cristalização e mudança que organizam a coabitação complexa de opções terapêuticas nas sociedades contemporâneas, partindo de um outro ângulo operativo centrado na acção e racionalidades leigas. Pluralismo terapêutico é uma sugestão nominalística para a enformar, mas importa enquadrar que perspectiva pode esse contributo aportar.

Do pluralismo terapêutico e o primado das racionalidades leigas

A primeira razão para cunhar um outro contributo, acrescido e não substitutivo, à fenomenologia tradicionalmente abrangida pelo conceito de pluralismo médico é, realmente, como enunciado, o facto de aquilo que eram tradições médicas mais ou menos sistematizadas, ancoradas em contextos sociais de validação localizada, se terem expandido e fragmentado, perdendo o seu poder histórico e local sedimento de validação internalista do recurso às suas práticas terapêuticas. Assim, aquilo com que contemporaneamente, em maior ou menor parte, consoante o grau de sistematização que tradições autóctones conservem, uma sociedade se depara em termos de pluralismo, é constituído por opções terapêuticas a diferentes graus de fragmentação dos seus corpos institucionais ou culturais de origem, e não sistemas médicos cujas lógicas de validação interna fossem, correlativamente, internalizadas pelos indivíduos. Ainda que, obviamente, corpos de saber se agreguem ainda a uma panóplia de tais práticas e seus praticantes, eles não são um dado adquirido ou necessário para o recurso aos mesmos, sendo a adesão cultural às suas concepções doutrinárias (e não a uma percepção subjectiva do que as mesmas possam ser) um esforço de reconstrução quase identitária, e não um processo de socialização involuntário. Ou seja, para a maioria de uma população num quadro de pluralismo não rigidamente estruturado institucionalmente, a pluralização de opções terapêuticas pode começar a ganhar um valor quase artefactual, onde a fragmentação de sentido e prática na produção e percepção da oferta de opções terapêuticas se torna crescentemente aberta à projecção subjectiva de formas de razoabilidade e validação do recurso às mesmas, cujo *locus* operativo de compreensão se divisa no plano das racionalidade leigas situadas. É pelo investimento de sentido e oportunidade nas possibilidades apresentadas por um mapa institucional complexo de opções terapêuticas, que a acção leiga irá, pois, validar, ou não, determinadas valências terapêuticas ao integrá-las em determinados passos dos seus percursos terapêuticos. Ora, se o conceito de pluralismo médico pode reter importância para compreender as dinâmicas institucionais que historicamente configuram mapas diversos de pluralização de opções terapêuticas em diversos contextos, bem como as formas de adaptação e conflitualidade que as estratégias de poder em torno dos *enjeux* implicados no campo de prestação de cuidados de saúde (no entendimento do conceito de campo em Bourdieu (1989)) suscitam, aquilo que a particularidade deste quadro genérico contemporâneo de



pluralismo implica é que esse nível de análise já não é auto-suficiente para a compreensão dos processos de mudança e reprodução dos próprios quadros de pluralismo médico. A partir do momento em que é a acção leiga que, com relativa autonomia, incorpora, por lógicas de racionalidade situada diversas, determinadas opções terapêuticas de forma reiterada nos seus percursos terapêuticos, assim as validando nesse plano de sustentação, as configurações futuras de pluralismo das opções terapêuticas de uma sociedade só podem ser cabalmente apreendidas enquanto processo social a partir do prisma das racionalidades leigas que se torna princípio operativo da sua conformação.

O pluralismo terapêutico configura-se, pois, como que um olhar e um mapeamento *bottom-up* das formas de concatenação e coabitação de valências terapêuticas plurais a partir da forma como as práticas e racionalidades leigas as organizam e incorporam na gestão plural dos seus quotidianos de saúde. O que implica que, ao contrário do conceito de pluralismo médico, o conceito de pluralismo terapêutico seja, na sua especificidade fenomenológica, apenas passível de ser declinado em pluralidade interna e dinâmica, a partir dos recortes sociais plurais que diversas lógicas de racionalidade leiga situadas operem no seu ângulo de visibilidade da montra *top-down* das possibilidades institucionais ainda passíveis de serem representadas (ou resgatadas na sua dinâmica histórica) pelo conceito de pluralismo médico.

Podemos, desta forma, verificar que consideramos estar a lidar com dois conceitos que incorporam uma autonomia e interdependência relativas na abordagem desta fenomenologia, na medida em que, se o mapa de pluralismo médico configurado pela história da inserção de um espaço social nas dinâmicas da modernidade constrange e organiza as possibilidades de disposição e (ainda) validação de ofertas terapêuticas a uma determinada população, as formas de incorporação selectiva dessas opções em percursos terapêuticos organizados em função de lógicas de racionalidade leigas situadas e, elas igualmente, com autonomia relativa face à normatividade do campo de prestação de cuidados de saúde, condiciona e organiza igualmente as possibilidades de reprodução e/ou mudança social desse panorama histórico.

Olhar o campo de práticas de saúde do prisma das racionalidades leigas potencialmente configura um mapa perfeitamente diverso de sinergias recolhidas em diferentes percursos terapêuticos, servidos por diferentes lógicas e racionalidades nos mesmos potenciais recursos, e é pela basculação dessas lógicas submersas que, em última análise, a validação prática dos padrões institucionais de pluralismo médico se efectua e potencialmente se reconfigura.

Ora, tendo em conta esse entendimento dialéctico dos conceitos com que lidamos, a captação e compreensão das lógicas e circunstâncias a partir das quais as racionalidades leigas organizam esta pluralidade de possibilidades terapêuticas torna-se o investimento analítico imperativo para dar conta da processualidade social que dinamiza esse campo. Ora, nesse particular, será importante guardarmos particularmente em mente o conceito de reflexividade para organizar o olhar com que abordemos a construção das lógicas de racionalidade leigas sobre saúde contemporaneamente. Precisamente porque se não está a fazer tábua rasa dos relevos normativos que legitimam de forma diferenciada (ou deslegitimam) diferentes configurações médicas ou opções terapêuticas, a existência formal, e operativa (mesmo que em termos pragmaticamente sub-paradigmáticos), de uma doxa biomédica na concepção da organização e validação de cuidados de saúde no espaço expansivo da modernidade não deve ser esquecida. Inclusive, tal é estruturalmente evidente nas estratégias institucionais de legitimação das configurações heterodoxas de produção de opções terapêuticas, seja pela aproximação simbólica e processual às suas formas de credenciação e legitimação, seja pela rejeição de contornos epistémicos das suas formas de certificação e produção de saber médico. Ora, se ao nível do pluralismo médico, é inelutável a gestão do campo de constrangimentos epistémicos, políticos, económicos e sociais constituído pelas dinâmicas de poder de uma doxa biomédica, seria, no mínimo, irrazoável, pressupor tais constrangimentos inoperativos no exercício das racionalidades e práticas leigas de gestão da saúde, no plano do pluralismo terapêutico. Portanto, impõe-se como questão de pesquisa no campo aberto por esta perspectiva conceptual, até que ponto a pluralização das próprias fontes de reflexividade, expandindo-se da matriz pericial moderna do fenómeno, pode estar a



reconfigurar a forma como os indivíduos agrupam e articulam a pluralização de opções terapêuticas, e como a organizam na estruturação social dos seus percursos terapêuticos, que não o sendo linear sob a presumível égide da dominância biomédica na disponibilização e organização de cuidados de saúde nas sociedades modernas, não será de presumir que se constitua linearmente em contexto de pluralismo terapêutico. Ora, tal impõe-se precisamente como questão essencialmente de pesquisa, na medida em que hipóteses também plurais se podem colocar a respeito do impacto do pluralismo terapêutico nas formas de organização dos percursos terapêuticos leigos. Por um lado, será uma tendência plausível que, com a agregação de plurais concepções de saúde à pluralização de opções terapêuticas, se criem formas institucionais e leigas de reconstrução de ideários terapêuticos passíveis de serem incorporados nas dinâmicas de reflexividade leiga, inspirando formas de criatividade social exponenciada na adesão fidelizante ou recombinação de múltiplas valências terapêuticas. Por outro, contudo, precisamente na circunstância de, num contexto de pluralismo terapêutico, se fragmentarem, institucional e culturalmente, formas contextualmente sistematizadas de organização terapêutica, dispersas por praticantes e práticas muito diferenciadas, é igualmente plausível que as formas de adesão às mesmas, em contextos de socialização moderna, não seja feita nas mesmas condições que a adesão às práticas legitimadas pela doxa biomédica. Isto dado que, não obstante a pluralização de práticas e referenciais terapêuticos, as formas de agregação das mesmas na percepção pública passam por narrativas plurais não organizadas e controladas por condições adquiridas de consenso social. Como tal, a sua integração nos percursos terapêuticos, exceptuando eventuais casos de ressocialização cognitiva em sistemas terapêuticos acabados, não será provavelmente realizada numa equanimidade abstracta de proposições e meios de diversas origens (incluindo a biomedicina), mas por uma reorganização da própria dinâmica e concepção do processo terapêutico, em que a validade dessa pluralidade é acantonada a determinadas etapas instrumentais da procura de cuidados, mas não necessariamente colocada a par da dominância da conceptualização e classificação biomédica da doença. Nesse patamar de reconfigurações dos percursos terapêuticos leigos pelo pluralismo, seria curiosamente nas próprias gradações de especialização e privilégio epistémico pericial que racionalidades leigas se ancorariam para divisar a validade de excursões heterodoxas para determinadas condições de saúde, em determinadas etapas da sua gestão.

Todavia, isto também não quer, por seu lado, implicar que essa doxa biomédica não veja igualmente fragmentada (ou fragmente estrategicamente), fracções simbólicas, instrumentais e cognitivas do seu campo de legitimidade operativa, apropriadas para o próprio exercício de formas de autonomia leiga, cujo exercício se vê assim numa relação simultânea de dependência da pericialidade, quer num plano pragmático de acesso aos seus instrumentos de (des)codificação dos fenómenos de saúde e doença, quer num plano epistémico de explicação e justificação dos mesmos fenómenos. Contudo, à imagem do próprio processo histórico de profissionalização médica, a delegação de componentes desprestigiados num processo constante de revalorização profissional, implica que as próprias formas de aproximação profana ao saber e instrumentalidade médica, não impliquem necessariamente o desafio do campo de legitimidade de onde emanam, mas antes o ratifiquem, sendo que foi sempre nesse resguardo da aura pericial que a garantia da legitimidade do poder médico, em última análise, para lá de todas as barreiras institucionais e normativas ao seu domínio, se jogou. Não é pois de todo descabido, conceptualizar formas de delegação de trabalho e juízo médico a leigos, sob dispositivos de controlo normativo da autoridade médica, como uma forma de renovação dessa normatividade. Não será necessariamente, também, descabido, que o pluralismo terapêutico seja convertido numa forma de externalização de trabalho e crises paradigmáticas periciais, em que a incorporação subalterna de formas heterodoxas de prestação de cuidados de saúde sob a responsabilidade leiga se faça em paralelo com a vigência reforçada do campo auto-reclamado e regulado de pericialidade da medicina moderna.

Precisamente, tendo-se a automedicação revelado como um fenómeno de excelência para o desenvolvimento empiricamente sustentado da constituição de formas reflexivas de autonomia leiga organizada em torno da própria dependência continuada de formas de autoridade cognitiva e processual periciais (Lopes, 2003), a amplificação deste campo empírico aos produtos terapêuticos medicamentosos



cuja lógica de legitimação, à imagem da autonomia leiga, se suporia contrapor-se às lógicas de intervenção e conceptualização médicas, aparenta, pois poder ser um campo privilegiado para captar dinâmicas de como a reflexividade moderna se tem ajustado à pluralização das formas proposicionais e instrumentais de conceber e lidar com a saúde para além do padrão normativo que, para todos os efeitos, a ciência moderna tem erigido na legitimação da intervenção na saúde. Tomando os meios terapêuticos, em particular aqueles de acesso e controlo passível de ser, ainda que com diferentes acessibilidades, tomado das mãos dos seus produtores ou guardiães periciais do seu emprego, como possível epítome de uma nova relação dos leigos com opções terapêuticas, será no escalpelizar em moto próprio da organização das racionalidades leigas em torno das possibilidades e constrangimentos que tal oferta apresenta ao seu ponto de vista localizado, que os critérios operativos de desenho de mapas plurais de pluralismo terapêutico podem começar a ser visíveis e articulados com a especificidade sempre falada, mas raramente interpelada nos seus termos de consequência, dos posicionamentos leigos dentro das paredes dos sistemas de saúde.

Contudo, em contexto de reflexividade, ainda que seja válido o olhar sobre as dinâmicas autonomistas de mudança institucional de cada medicina em particular, é no discurso vivencial das racionalidades leigas situadas que podemos descortinar os elementos operativos de materialização nos percursos terapêuticos da consequência e validade institucional de um panorama de opções terapêuticas. Validade essa que, para lá dos seus referenciais normativos, é reconfigurada neste plano analítico para os critérios operativos que servem os referenciais de concepção e operacionalização contextuais das práticas de saúde dos indivíduos, que instilam gradações e diferenciações igualmente plurais e complexas naquele panorama institucional. E é nesse campo de inquirição, que os desafios para apreender as grelhas cognitivas e operativas de (re)organização dos próprios processos de concepção e materialização de estratégias leigas de saúde se impõem à evidência da sua subterrânea, mas indelével, impositividade à consequência social, epistémica e política de organização dos sistemas de saúde modernos. E a ilusão da auto-suficiência institucional e doutrinária da sua organização para a prossecução do credo da saúde pública deverá, com proveito, ser reiterada, novamente, como a primeira vítima da constatação renovada das inelutáveis margens de autonomia leiga na organização dos seus quotidianos de saúde, de cuja ignorância apenas os curtos-circuitos sistémicos no campo da saúde se potenciam, e não a sua bandeira de racionalidade.

O que torna tal desafio analítico fascinante e premente é o facto de constituir um campo aberto e intrinsecamente dinâmico de inquirição, com implicações em planos fundamentais para captar processualidades fulcrais para o desenho e transformação institucional dos sistemas de saúde, e interpelado pelas mudanças centrais do espectro da modernidade na organização não só das sociedades modernas como, correlativamente, do nosso entendimento das mesmas. Confrontados com o desabrochar na esfera pública de práticas e concepções contraditórias de organização das práticas e quotidianos de saúde, este campo torna-se um barómetro, porventura na sua encarnação mais corporificada, de como a centralidade das orientações periciais, num mundo condicionado à sua imagem, se calibra nas margens de consequência das racionalidades leigas em acção no mundo. Explorar analiticamente essa processualidade, implica pois rever igualmente as narrativas sociológicas que havíamos sedimentado em torno da acção leiga, e rever (mais uma vez) o próprio estatuto dos actores na construção do seu/nosso mundo social. Nesse sentido, partindo de um entendimento analítico de que tal processualidade não pode ser narrada conceptualmente sem a própria elaboração dos actores sobre as suas práticas, é a própria prática sociológica que se reencontra com os seus desafios analíticos em campo aberto.



Referências Bibliográficas

- AUGÉ, Marc, HERZLICH, Claudine (1984), *Le Sens du Mal – Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie*, Éditions des Archives Contemporaines.
- BRETON, David Le (1990), *Anthropologie du Corps et Modernité*, Paris, PUF.
- BOURDIEU, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, Difel, pp. 59-74.
- CANT, Sarah, SHARMA, Ursula (1999), *A New Medical Pluralism?*, Londres, UCL Press.
- CLAMOTE, Telmo Costa (2007), «Pluralismo Médico: Configurações Estruturais, Racionalidades e Práticas Sociais», in CARAPINHEIRO, Graça (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé-de-Página.
- FREIDSON, Elliot (1970), *Profession of Medicine*, New York, Harper and Row.
- GIDDENS, Anthony (1990/1994), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta.
- KLEINMAN, Arthur (1978), «Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems», *Social Science and Medicine*, Vol. 12, pp.85-93.
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, s.l., University of California Press.
- LOPES, Noémia Mendes (2003), *Automedicação: Práticas e Racionalidades Sociais*, Lisboa, ISCTE, (tese de doutoramento).
- WALLERSTEIN, Immanuel (1974), *O Sistema Mundial Moderno, Vol. 1*, Porto, Afrontamento.

ⁱ Trata-se de um projecto em decurso, encabeçado por Noémia Lopes, Elsa Pegado, Hélder Raposo e Telmo Clamote, financiado pela FCT/MCES (PTDC/SDE/64216/2006) e pelo INFARMED. Esta declinação teórica toma como ponto de partida a problemática incluída na proposta conceptual de «pluralismo terapêutico», avançada pela sua investigadora responsável, e que informa desde o início o projecto na análise das formas de organização e articulação leigas, ao nível das racionalidades e práticas, da pluralização de opções terapêuticas no campo empírico dos consumos medicamentosos. Sendo questão explicitar a dívida orgânica deste texto relativa à matéria conceptual que colectivamente tal projecto tem procurado substanciar e operacionalizado na pesquisa empírica, acautele-se no entanto que, no isolamento analítico do conceito de pluralismo terapêutico, que neste escrito se procura começar a substanciar em termos autónomos no campo conceptual em que, de alguma maneira, se imiscui, já as insuficiências e incorrecções que a orientação analítica aqui vertida contenha são exclusivamente reflexo das opções argumentativas tomadas nestas páginas em nome próprio.