



## **Multiculturalidade e Patrimônio Simbólico : ressonância<sup>1</sup> na era digital.**

Priscila de Siqueira KUPERMAN

Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, RJ<sup>2</sup>.

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, RJ, RJ<sup>3</sup>.

### **RESUMO**

Comunicação como campo de ressonâncias<sup>4</sup>, centrado na não-localidade das informações, o que delinea modelos teóricos diferentes do paradigma clássico linear (emissor – receptor) e mesmo daquele centrado no conceito de redes – o modelo digital. Patrimônio como ressonância cultural<sup>5</sup>: valor de mediação simbólica sustentável, entre sujeitos sociais, e fator de mudança sóciopolítica, em seus diversos discursos. O patrimônio como linguagem na contemporaneidade digitalizada, quando se focaliza fortemente memória e identidade. Patrimonialização como reivindicação identitária: quem decide a identificação da ressonância? UNESCO e o patrimônio intangível, ou os “tesouros humanos vivos” – recorte depende dos limites da ressonância junto aos grupos sociais.

**Palavras-chaves:** Comunicação. Patrimônio. Cultura. Política. Simbólico.

### **Introdução**

É imprescindível abordarmos inicialmente como o sentido de ‘patrimônio’ relaciona-se com o sentido de ‘comunicação’ cunhado por Bateson. A idéia de patrimônio aqui presente<sup>6</sup> não está apenas referida a uma mera herança do passado, um simples acúmulo de objetos, ‘interessantes’ por diferentes razões (históricas, estéticas, pedagógicas, etc.). Acima de tudo, ela implica a experiência de uma mediação simbólica - que é sua força intrínseca - entre o objeto (material ou imaterial) e o imaginário do sujeito que com ele interage, caracterizando o que Gonçalves, com feliz propriedade, chama de ‘ressonância’.

Pensando sobre os diferentes discursos do patrimônio observamos que a saúde, individual e/ou pública, constitui um patrimônio cultural básico, simultaneamente material (corpo e mente) e imaterial (conceito

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado no GP Políticas e Estratégias de comunicação do XXXII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

<sup>2</sup> Docente, pesquisadora e coordenadora acadêmica do projeto de pesquisa. Programa PACEM/ECO/HESFA/UFRJ.

<sup>3</sup> Docente colaboradora e pesquisadora da linha de pesquisa “Museologia, Patrimônio e Desenvolvimento”.

<sup>4</sup> BATESON, G. *Mente e Natureza*, edit. Francisco Alves: RJ, e *Vers une Ecologie de l'esprit*. Paris: Éditions du seuil, 1977.

<sup>5</sup> GONÇALVES, José Reginaldo S. *A Retórica da Perda: os discursos do patrimônio cultural no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Editora UFRJ/Ministério da Cultura-IPHAN, 2ª. Edição, 2002.

<sup>6</sup> Gonçalves, op.cit.

social e culturalmente determinado). O poder instituinte da biomedicina ocidental define o corpo apenas como matéria, mas estudos e práticas multiculturais revelam a existência milenar de outras *racionalidades médicas*, que se apresentam como *saberes integrativos*<sup>7</sup>. Enquanto patrimônio natural, o corpo e o meio-ambiente são da ordem da biologia, base unificadora. Os discursos corporais e ambientais, da ordem do simbólico, são construídos pela vida social e definem a saúde como um patrimônio ao mesmo tempo genericamente humano e culturalmente modulado. Observamos que esta concepção já existe como uma postura política:

#### **“Patrimônio Cultural da Saúde”**

*“O Patrimônio Cultural de um povo lhe confere identidade e orientação, pressupostos básicos para que se reconheça como comunidade, inspira valores ligados à pátria, à ética e à solidariedade e estimula o exercício da cidadania. No Brasil, o [Ministério da Saúde](#) firmou Termo de Cooperação com o [Ministério da Cultura](#), com o objetivo de promover ações em prol da identificação, preservação, valorização e divulgação do Patrimônio Cultural da Saúde e conseqüentemente da história da saúde pública no país. A meta é contribuir para melhor apropriação do sentido público e democrático dessa Política Social em um país que abriga tantas desigualdades sociais. Tais iniciativas integram o primeiro escopo do Termo de Cooperação assinado no dia 11 de maio de 2005, no Rio de Janeiro. Registre-se, também, que tal ação materializa recomendação da 12<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, maior fórum participativo da saúde pública no Brasil.”*<sup>8</sup>.

As últimas décadas parecem apresentar uma desestabilização da ligação entre patrimônio e identidade nacional, que se pluraliza ética e/ou religiosamente. A relação entre patrimônio e mercado põe em cena o turismo. Hoje, a transitoriedade e a reprodutibilidade dos bens culturais relativiza uma fidelidade ao passado, de modo que não se preza apenas a herança, mas a construção da cultura no presente. Pois há uma obsessão pela perda, pela destruição, que não pode ser “naturalizada”, precisa de mediação do pensamento crítico. E hoje a cultura aponta para um mundo em fragmentos - patrimônios fragmentários, desterritorializados (Geertz)<sup>9</sup> - em um cenário mundial simultaneamente mais global e mais dividido. Dentro da dinâmica mundial globalizante, também o cuidado com a saúde se fragmenta. Neste cenário, quais as linguagens da saúde como patrimônio? Qual o papel da mídia no princípio exibicionário, se não houver credibilidade de outros sentidos, nem interatividade? Deve-se pensar o patrimônio como um

---

<sup>7</sup> LUZ, Madel T. “Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde”, in *Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre as racionalidades médicas e atividades corporais*, cap. 1, Ed. Hucitec, SP, 2005.

<sup>8</sup> <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/patrimonio/index.html>

<sup>9</sup> GEERTZ, Clifford. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

processo de transformação, de reclassificação, a partir da experiência cotidiana, de onde os “bens inalienáveis” saem para entrar numa “coleção”, dando um tom fundamental à identidade dos grupos. Nossa proposta é pensar de que modo se dão as estratégias de interação em uma determinada área da saúde individual e coletiva. Interessa-nos quais as representações sobre a *integralidade* em saúde e os resultados do atendimento específico, presentes no discurso do segmento da população carioca que procura um sistema terapêutico usualmente denominado “medicina alternativa<sup>10</sup>”. Estas podem ser as medicinas tradicionais da cultura brasileira, conhecidas como “medicina caseira” ou “popular”, com seus chás, unguentos, garrafadas e banhos de ervas; pode ser a medicina homeopática, de origem ocidental, há décadas utilizada pela população por seu baixo preço e risco reduzido; podem ser as medicinas tradicionais do Oriente. Chamaremos a todas estas aqui de “terapêutica integrativa” por sua fundamentação cosmológica, a partir da literatura em que nos baseamos. Consideramos aqui o processo tenso entre uma demanda de atendimento desse segmento pela rede pública de saúde e a oferta de fato obtida, e como a partir daí se produz o imaginário da valorização de um cuidado alternativo. Refletimos como se dá a complexa interação entre uma situação social de demanda e a oferta institucional, de um lado, e de outro uma inadequação do resultado, responsável pela produção simbólica do valor de uma outra tradição de saber e de prática médica. Valores têm aqui o sentido weberiano, ou seja, são fins para ações sociais que se deve preservar, tomando formas normativas e dando origem a uma ética; e o sentido de uma comunicação é aqui entendido enquanto possibilidade de interação dialógica e intercâmbio de valores entre grupos sociais de interesses divergentes, dando-se através de mediação de conflitos, visando um convívio respeitoso entre diferenças sociais. Luz baseia o desenvolvimento dessas medicinas no que considera uma dupla crise da sociedade atual: sanitária e médica, envolvendo aí as representações da relação medicina-sociedade. E vai mais além: supõe que um elemento básico dessa crise seja a própria racionalidade médica, em sua relação com a cultura contemporânea, o que explicaria uma fuga da clientela da biomedicina em busca de formas de atendimento que priorizem o sujeito e seu cuidado. Patrimônio cujos detentores de seu poder institucional não permitem que se transforme, não atendendo ao clamor da demanda.

Para o aprofundamento das razões socioeconômicas e epidemiológicas, remeteremos ao texto citado. Basta-nos situar que a consideração de outros paradigmas em medicina, dentro do que denominamos “crise da saúde”, marcou o fim do século e do milênio passado, precipitado pelo crescimento das desigualdades sociais no mundo, quando o neoliberalismo gerou políticas agravadoras do quadro sanitário

já deficiente. Esta seria uma motivação indireta da busca de outra racionalidade médica, de um patrimônio outro, de modo a compor um legado multicultural.

O surgimento de novos paradigmas em medicina e sua relação com a crise da saúde pode ser contextualizado em níveis de análise socioeconômicos e culturais, dos quais destacamos aqui uma dimensão que nos parece central: a questão *ética*. Quanto à prática médica, as pesquisas indicam uma deterioração da relação médico-paciente, com a mercantilização dessa relação, sendo o sujeito visto mais como um “consumidor potencial de bens médicos”<sup>11</sup>, do que como um sujeito-cidadão em sofrimento, uma totalidade viva a ser curada ou aliviada por um cuidado médico. E, com o avanço das ciências do campo biomédico, dá-se uma ênfase na diagnose, em detrimento do papel terapêutico, milenar, de uma arte de curar.

Não ocorre entretanto uma crise do modelo de produção de conhecimento nem uma estagnação de suas investigações: “Não se trata de uma crise do que Foucault designaria de saber médico. Muito ao contrário, como “ciência das doenças” a medicina vai muito bem (...), revolucionando-se constantemente por meio da produção dos ramos disciplinares da biociência (...)”<sup>12</sup>. Um importante aspecto da crise que gostaríamos ainda de assinalar é a “irracionalidade da organização da medicina”, por ser “centrada em um modelo hospitalar, em detrimento da atenção primária à população, entre outros”<sup>13</sup>.

Um marco histórico da dissociação entre saúde, medicina e cultura pode ser a conferência de Alma Ata, em 1978, na qual o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializante para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade, e fazendo um apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica destinadas às populações carentes de todo o mundo. No início do 3º milênio, parece que estamos cada vez mais distantes desse propósito, pois já são três quartos da população mundial<sup>14</sup> sem o atendimento médico necessário, seja a nível coletivo, por insalubridade, seja individualmente, na dinâmica psicobiológica dos cidadãos. Focalizamos aqui o perfil da demanda que busca uma redefinição da dinâmica dos binômios corpo/mente, saúde/doença e ser cultura/natureza, buscando em tradições não-ocidentais uma proposta específica de qualidade de vida: um conceito de saúde que dê “... mais anos à vida e mais vida aos anos”, como dizem os usuários da medicina tradicional indiana. Visamos uma demanda que privilegia então, além dos sistemas médicos, certas práticas híbridas ou sincréticas – que a autora chama de ‘práticas corporais’:

---

<sup>11</sup> LUZ, M.T., op.cit.

<sup>12</sup> Idem, p. 46.

<sup>13</sup> Ibid., p. 47.

<sup>14</sup> Ibid., p. 49.



“(…) chegamos à conclusão de que existem práticas que nem sequer pertencem às racionalidades médicas. Elas estão em outro paradigma, não relacionado à medicina, mas à saúde propriamente dita, com práticas de promoção da saúde e de aumento da vitalidade. Muitas vezes essas práticas estão ancoradas em outros valores que não têm a ver com saúde e doença, mas com beleza e juventude, por exemplo, ou com vigor e disposição (...) práticas que, sendo físicas, visam ao equilíbrio orgânico, emocional e espiritual. Todas elas utilizam o corpo, mas não se esgotam necessariamente no físico”<sup>15</sup>.

Cabe então pensar sobre a constituição da representação ocidental moderna, dos fundamentos do imaginário de ‘natureza’ e sensibilidade como princípios estruturantes, de modo que se possa entender o que se busca nas terapêuticas alternativas em suas referências culturais diversas: sua cosmologia, produção estética e fruição de uma ‘natureza’ culturalmente representada. É interessante ainda verificar as implicações dessa representação de natureza (e de suas refrações no tocante aos ‘sentidos e à ‘sensibilidade’), quanto à definição da qualidade da vida humana e da ordenação do cotidiano, como meio-ambiente considerado necessário à afirmação e plenitude da ordem da expressividade humana (em estética, saúde, qualidade de vida, alimentação, esporte/práticas corporais, arte), e na ordem do comportamento humano (representação das emoções)<sup>16</sup>.

Sabemos o quanto a *mídia* tem um lugar não apenas difusor, mas também estruturante, como criadora de novas formas de conhecimento e intercâmbio que conhecemos como cibercultura, e que tem uma dupla face em nossa modernidade tardia: uma prática de homogeneização pela planetarização dos valores de mercado e consumo, mas simultaneamente uma acentuação das identidades locais, revalorizando padrões tradicionais de expressão da cultura, inclusive em relação à saúde e à medicina. Pode-se dizer que há novas representações midiáticas de padrões ‘naturais’ de consumo, estética e saúde, valorizando um neonaturismo ecológico que busca a superação da representação homem-máquina na cultura contemporânea: o melhor exemplo deste momento é a repercussão das ameaças do aquecimento global, de variadas conseqüências socioeconômicas, aliada às pesquisas das causas ambientais e socioculturais do aumento do índice de determinadas doenças.

Estudos afirmam que existe mais de um paradigma atualmente em exercício na cultura, e que eles estão interagindo. Um é o paradigma dominante, que transforma todas as situações da vida em potenciais situações de doença. O outro se afasta da referência da doença e busca a promoção da saúde, uma postura preventiva que diz que as pessoas podem não adoecer se desenvolverem hábitos saudáveis, tiverem outro tipo de relação com o meio-ambiente natural e social, na vida cotidiana. É neste que focalizamos nosso

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> Duarte, L. F. D., & Azize, R., Programa de curso: MNA-818 *Antropologia das Emoções*, 1º. Semestre de 2007, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, [www.ppgasmuseu.etc.br/museu/pages/cursos](http://www.ppgasmuseu.etc.br/museu/pages/cursos)

objeto. Utilizamos o termo ‘medicina alternativa’ no sentido institucional tal como foi enunciado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1962, ou seja, como uma prática tecnologicamente despojada aliada a um saber médico tradicional, como alternativa à medicina ocidental contemporânea, com suas especializações e sua sofisticação tecnológica. O processo de significação do termo foi se tornando polissêmico, passando a designar qualquer forma de cura não biomédica. Por isso aderimos aos estudos que consideram medicinas alternativas não um conceito, mas uma “etiqueta institucional”<sup>17</sup>. A partir da segunda metade do século XX tomou forma o movimento sociocultural urbano conhecido como contracultura que se desencadeia nos anos 60 e se prolonga pelos anos 70 nos EUA, na Europa, que propunha um outro paradigma cultural que se expressou em manifestações de insurgência às tradições ocidentais na política, na educação, na literatura, na música, nas artes plásticas e performáticas, na moda, nas religiões, com forte marca de inspiração oriental, importando também modelos de sistemas terapêuticos distintos de nossa racionalidade médica ocidental, e que enfatizavam a integralidade corporemente-cosmos. O desenvolvimento destas medicinas verificou-se então, tanto em países ditos do primeiro mundo quanto daqueles considerados do terceiro, a partir da segunda metade dos anos 70, tendo seu auge na década de 80.

O projeto “Racionalidades Médicas”<sup>18</sup> de Madel Luz teve sua primeira fase (1991-1994) teórico-comparativa de quatro sistemas médicos complexos: Medicina Ocidental Contemporânea, ou Biomedicina, Medicina Homeopática, Medicina Tradicional Chinesa e Medicina Ayurvédica, de acordo com uma conceituação ideal típica da categoria de racionalidade médica<sup>19</sup>. Já em 1997 destacou-se como um grupo de relevo no CNPq, na área de saúde coletiva, quando se dava a terceira fase do projeto. Abordaremos em especial a linha de pesquisa ‘Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas’. Importa-nos aqui destacar o fato de que a segunda fase do Projeto citado, cujo desenvolvimento se deu a partir de 1995, é uma fase empírica, de pesquisa de campo sócio-antropológica, envolvendo entrevistas com médicos e terapeutas não-médicos, pacientes e gerentes de programas em nove serviços de saúde estatais ou filantrópicos no município do Rio de Janeiro, e teve a peculiaridade de não poder incluir a Medicina Ayurvédica, pelo fato de não haver no município do Rio de Janeiro nenhum ambulatório público com atividades de Ayurveda. Nesta fase, foi realizada a análise das medicinas e práticas terapêuticas complementares ou alternativas, o que levou à necessidade de se apreender como

---

<sup>17</sup> LUZ, M.T. *op. cit.*

<sup>18</sup> LUZ, MT Estudo comparativo das medicinas ocidental contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica em programas públicos de saúde, in coletânea organizada por Ana Maria Canesqui, intitulada *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*, São Paulo: HUCITEC /FAPESP, 2000, pp181-2000.

<sup>19</sup> Para tanto, é necessário possuir as cinco dimensões fundamentais: morfologia, dinâmica vital, doutrina médica, sistema de diagnose e sistema de intervenção terapêutica – ver Luz, M. T. *op. cit.* (2000).

elas acontecem nos serviços de saúde. Isso foi o que inspirou nosso objetivo desta reflexão, e gerou um campo de investigação para Madel Luz e seu grupo de pesquisadores, que foi coberto pelo LAPPIS<sup>20</sup>. Desta circunstância, que delimitou o rumo do Projeto, surgiu a idéia de se apresentar uma proposta que defenda a inclusão deste milenar sistema de saúde na rede pública, como ocorreu com a Homeopatia e a Acupuntura nos anos 80, ainda que como ‘especialidades médicas’, ou seja, práticas médicas controladas pela Biomedicina Ocidental.

Apresentamos aqui então alguns argumentos quanto aos benefícios para a população do ensino e do atendimento na rede pública dessa Medicina: a UNIRIO oferece disciplinas de Homeopatia no curso de graduação, além de um curso de Pós-Graduação em Homeopatia e um curso de extensão em Acupuntura, exclusivo para médicos, além de atendimento em ambulatório. Esses argumentos foram confirmados pelas representações de demanda da clientela e dos profissionais de Ayurveda, e as estratégias de comunicação no atendimento da medicina alternativa aqui abordada, no que diz respeito à relação entre a proposta do sistema tradicional indiano e o resultado obtido, mesmo que apenas nos centros privados, na cidade do Rio de Janeiro.

Nosso objeto é então aqui traçado no rastro deste desenvolvimento, isto é, o que constitui a representação da demanda de cuidados alternativos, por parte da população que os procura, e a proposta apresentada pelos profissionais, centrados na interação corpo-mente-cosmos \_ focalizando-se aqui o Ayurveda \_ e como representam os resultados dessa terapêutica, alternativa ou complementar à biomedicina. Nosso objeto então se constitui na relação entre a dinâmica social e a instância simbólica, de determinadas "comunidades imaginadas"<sup>21</sup>. Estas são entendidas como grupos onde cidadãos se unem por uma teia de significados focados em um objeto, e estabelecem redes de identificação e lealdade diante daquele sentido: trata-se, portanto, de uma comunidade simbólica. Estas 'comunidades imaginadas' são aqui consideradas como significativas enquanto 'culturas híbridas'<sup>22</sup>:

*“(...) podemos constatar, na medicina ocidental contemporânea, a convivência contraditória de uma tripla cisão: a cisão entre ciência das doenças e arte de curar (epistemé/tekné) desenvolvida no pensamento médico ao longo dos últimos três séculos; a cisão na **prática** médica de combate às doenças entre diagnose e terapêutica (práxis),*

---

<sup>20</sup> LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde: programa de estudos que reúne um colegiado de pesquisadores que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde. A proposta do grupo é repensar a noção de **Integralidade** a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras. Desde sua concepção, integra o grupo de pesquisa Racionalidades Médicas, do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado Rio de Janeiro (UERJ). Além da parceria com outras unidades acadêmicas pelo Brasil, o LAPPIS conta ainda com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ):  
[www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=165&sid=20](http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=165&sid=20)

<sup>21</sup> Ver Hall, S. *identidade cultural na pós-modernidade*, LP&M, RJ.

<sup>22</sup> Canclini, N. G. *A globalização imaginada*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

*desenvolvida sobretudo a partir do fim do século XIX; finalmente a cisão, no interior do agir clínico (Tekné), da unidade relacional médico-paciente, através do progressivo desaparecimento do contato com o corpo do doente, pela interposição de tecnologias “frias” diagnósticas e terapêuticas, verificadas a partir da 2ª. metade do século XX.”*

Esta tripla cisão constitui, a nosso ver, uma das explicações sócio-antropológicas possíveis para a grande procura de outra racionalidade médica, nos últimos 20 anos, no mundo ocidental, configurando o florescimento na nossa sociedade do que se denominou, em termos do establishment médico, de “terapias alternativas”. É neste contexto que situamos a importância do estudo da demanda do Ayurveda, a tradicional medicina indiana entre as demais terapêuticas ditas ‘alternativas’-pois nem todas obedecem à ‘condição necessária e suficiente’, já mencionadas, para caracterizar-se como uma ‘racionalidade médica’<sup>23</sup>. Como tal, o Ayurveda tem suas raízes em uma sociedade complexa e altamente diferenciada do ponto de vista cultural. E isto porque a “crise de paradigma” da medicina ocidental não atingiu os sistemas médicos orientais (a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica) nem a medicina homeopática, de origem ocidental. Isto significa dizer que a arte de curar continua sendo o elemento predominante de seu conhecimento, e que “a relação de cura e o restabelecimento (ou mesmo a expansão) da saúde dos doentes continuou a ser o fundamento da sua prática”<sup>24</sup> :

*“Atenção integral, nesse sentido, seria aquela que visa atender ao conjunto do sujeito. Por esse lado, as terapias alternativas diferenciam-se muito do modelo de atenção hegemônico, na medida em que se contrapõem completamente à especialização, tecnicização e padronização. Além disso, elas estão muito centradas no sujeito doente e não em patologias específicas a serem combatidas. Preocupam-se com a restauração da vitalidade do paciente ou do grupo. É um modelo mais simples, mais econômico, mais satisfatório, que causa maior bem-estar. A questão é: pode a política de saúde digerir esse modelo tão diferente?”*

Assim, nos três sistemas mencionados, trata-se de “medicinas de constituições”, onde o elemento cosmológico é decisivo na determinação das constituições individuais – por exemplo, o papel dos elementos da natureza na formação dos biotipos do Ayurveda. Como a ciência moderna se instituiu contra uma tradição religiosa, a judaico-cristã, e sob o farol da filosofia cartesiana e da física newtoniana, o paradigma científico causal e linear, calcado na observação, na mensuração e na lógica da prova, marca até hoje a racionalidade biomédica ocidental. Assim, a continuidade relacional dos “mundos” individual, natural, social e espiritual, percebida como uma dinâmica em incessante interação para as cosmologias tradicionais, é impensável para a racionalidade biomédica e, portanto, a doença com resultado da ruptura da harmonia entre estes mundos é, no mínimo, ignorada. Na origem desta crise de paradigmas que atingiu

---

<sup>23</sup> As ‘racionalidades’ estudadas foram: Medicina Ocidental Contemporânea, ou Biomedicina; Medicina Homeopática e Medicina Tradicional Chinesa, sendo ‘alternativas’ as três últimas – Luz, M. T., idem.

<sup>24</sup> Idem, p.11.





a medicina, como já colocamos, caberia citar ainda uma síndrome biopsíquica, que foi tomando uma forma coletiva em função da transformação das relações trabalhistas do capitalismo globalizado, repercutindo na força de trabalho, e que se caracteriza por queixas tais como dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, gastrites, úlceras, infartes e mesmo suicídios, em maiores proporções do que até então, atingindo a população urbana da maioria dos países. Além do sofrimento dos cidadãos e das perdas econômicas pelas incapacitações, existe um mal-estar específico desta civilização, um desconforto cultural: a perda dos valores humanos que configuravam uma ética milenar, em troca da valorização do individualismo e do pragmatismo do poder e do prazer. Para as racionalidades médicas orientais e aquela ocidental referente à homeopatia, entretanto, a lei da analogia predomina sobre a razão analítica (“*similia similibus curantur*”: o semelhante cura o semelhante, é o lema desta última), e os princípios da similitude e da simpatia que, nos lembra Madel, Foucault menciona em “As palavras e as Coisas”, predominam então sobre os princípios, muito significativos no paradigma ocidental, da diferença e da alteridade. Consideramos também o aspecto suposto das possíveis associações e complementaridades da tradição ayurvédica com a medicina caseira popular brasileira, dentro dessa dinâmica híbrida entre sociedades modernas e a tradicionais, características da modernidade.

Tem-se dito que a secularização da sociedade industrial contemporânea desafia as cosmologias tradicionais quanto à sua capacidade de contribuir para a qualidade de vida. É interessante então pensar a relação entre tradição (enquanto sistema simbólico) e o complexo institucional (enquanto sistema social). Nosso interesse teórico seria ampliar o espaço de indagação e de análise do campo da Comunicação, relativizamos a abrangência dos modelos lineares clássicos (baseados na observação do processo de transmissão do tipo emissor -> receptor), e mesmo considerando o salto quântico epistemológico que é a interatividade das redes, pensamos aqui o universo da circulação de informação como um campo de ressonância<sup>25</sup>, de acordo com as reflexões contemporâneas multidisciplinares – as interfaces.

Observa-se que as medicinas tradicionais estão cada vez mais presentes na mídia como produto, simultaneamente, da demanda das ‘comunidades imaginadas’ de se atualizar um saber tradicional que utiliza recursos naturais (ervas, argila, seleção personalizada de alimentos) e técnicas de harmonização psicofísicas milenares e sutis (massagens, meditações, artes marciais) em oposição à tecnologia invasiva da biomedicina, e que promete atingir uma longevidade com qualidade de vida por um tempo mais prolongado. Em segundo lugar *-last, but not least-* acreditamos que este sistema repõe o sujeito em sofrimento como centro do paradigma médico. A singularidade do paciente e seu cuidado se colocam como objeto e objetivo central desta medicina, como também o são na Homeopatia e na Medicina

---

<sup>25</sup> Bateson, G., *Mente e natureza*, Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.

Chinesa. O mesmo se pode dizer da centralidade da relação médico-paciente no sucesso da terapêutica, pois o aspecto simbólico (amálgama da ‘ comunidade imaginada’) é fundamental em qualquer sistema terapêutico<sup>26</sup>. A mídia impressa e audiovisual apresenta o Ayurveda como mais um produto. Ocorre que este saber apresenta uma proposta de reinvenção do binômio corpo/mente baseada em uma tradição milenar que, apesar da força do valor-mercadoria da eterna juventude, talvez possa passar o valor do legado de um outro paradigma de conhecimento e conduta, na forma de uma medicina milenar que pode significar também a presença de uma espécie de valor-sabedoria. Este poderia ser uma atualização histórica do que Weber considerou como valor social, “raiz e origem de toda ação social”, e de uma ética como “fronteira da irredutibilidade da racionalidade”, isto é, que limitaria a “irreversibilidade do desencantamento do mundo”<sup>27</sup>.

É sabida a força da ação dos veículos midiáticos ao venderem um imaginário de beleza e longevidade, traduzido em recursos para o prolongamento da saúde/beleza inspiradas na medicina indiana tradicional, pelo destaque crescente que lhes vem sendo dada pela mídia impressa e audiovisual, cuja explosão, em proporções geométricas, deu-se a partir do momento que teve início a novela televisiva “Caminho das Índias”. Um bom medidor deste fato é o boom de literatura de referência, de cunho sócio-antropológico e literário, do tipo ficcional e, principalmente, de mera divulgação em periódicos nas bancas de jornal, sobre terapias complementares de origem multicultural, especialmente nas tradições orientais reeditadas pelo ocidente contemporâneo, com foco no Ayurveda. A dimensão do impacto da produção midiática sobre o tema por si só, ao mesmo tempo, justifica corrobora nosso interesse em depreender as representações dominantes referentes ao binômio saúde/estética tal como são apresentados pela cultura indiana tradicional, e de que modo elas são reeditadas e vendidas pela mídia.

A definição da atuação do Ayurveda como foco de interesse deve-se muito ao fato de que em países de baixo IDH<sup>28</sup> como o Brasil, com um imenso percentual de habitantes de baixa renda, este sistema torna-se uma política e uma estratégia de democratização de saúde, por requerer um conjunto de procedimentos de baixo custo, dada sua ênfase na prevenção, entendida enquanto hábitos e atitudes que promovem a qualidade de vida, indo desde uma rotina diária até uma terapêutica que, embora sua tradição milenar inclua sofisticados procedimentos clínicos e cirúrgicos, é baseada em um roteiro de alimentação personalizada e na fitoterapia, em muitos pontos semelhante à medicina popular brasileira, o que a torna

---

<sup>26</sup> LUZ, M. T., p 65.

<sup>27</sup> LUZ, M. T. (2000), op. cit.

<sup>28</sup> Medida comparativa de [riqueza](#), [alfabetização](#), [educação](#), [esperança de vida](#), [natalidade](#) e outros fatores para os diversos países do mundo. É uma maneira padronizada de avaliação e medida do bem-estar de uma população, especialmente bem-estar infantil. Vem sendo usado desde 1993 pelo [Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento](#) em seu relatório anual.(Wikipédia)

de fácil assimilação. Acreditamos que estas tradições, em seus fundamentos, apresentam uma cosmovisão que aportam valores de impermanência do mundo material, interagindo no mundo globalizado por uma relativização dos valores de aquisição dos objetos utilitários, na correnteza do consumismo da sociedade de consumo, esvaziadas do “sentimento oceânico” a que Freud se refere, essa experiência de um sentido cosmológico, transcendente e coletivo que permeava o imaginário tradicional. Demonstram uma insubordinação individualista diante do transcender do tempo – ou diante da impotência humana face à temporalidade, vivida como matriz de transformações indesejadas e eventos indeterminados: “*A morte é certa: vamos esquecê-la*”<sup>29</sup>, diz Goethe. O que nos remete à proposta da patrimonialização, um investimento na duração, o que igualmente nos remete à saúde como patrimônio. Nunca é demais lembrar o clássico estudo de Phillippe Ariès sobre a mudança das atitudes diante da morte nas sociedades ocidentais, com itens especialmente dedicados à negação do fato e à recusa do luto<sup>30</sup>. Tudo se passa como se a finitude da existência, e a ocorrência das transformações físicas decorrentes do fluir do tempo nessa direção, fosse um ruído que ameaça o controle pretendido pela razão onipotente, interferindo na representação dominante na grande mídia, de elaborada produção, sempre reinventada, do binômio saúde/beleza congelado no tempo.

Um dos princípios do SUS e das políticas públicas é a descentralização, em alguns municípios, onde determinados parâmetros, sentidos e significados de outros modelos que não os dominantes na cultura médica começam a ser incluídos nas práticas dos profissionais. Adota-se, por exemplo, a questão da horta viva, recuperando toda uma sabedoria dada por perdida, das ervas para a medicina caseira dos chás e unguentos:

*“Outro ponto é pensar em como o SUS pode legitimar, absorver, lidar ou incorporar essas práticas não-hegemônicas, mas reconhecidas pela sociedade civil como terapêuticas importantes para atender às suas necessidades. Outra decorrência dessa segunda fase da pesquisa, e que tem sido muito bem desenvolvida pelo LAPPIS, é a questão de como certo tipo de medicina pode dispensar o que se poderia chamar de Atenção Integral à Saúde e, portanto, contribuir para o desenvolvimento da categoria de Integralidade com que o LAPPIS trabalha. Trata-se, portanto, de um ‘braço’ forte, com potencialidade de se tornar um campo de estudos muito grande na linha das práticas de saúde nos serviços e na sociedade civil”*<sup>31</sup>.

A idéia de integralidade que preside as medicinas ditas ‘alternativas’ significa que o profissional atende de modo orquestrado aos aspectos orgânicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no adoecimento dos pacientes. Estudamos as razões da eficácia destas práticas integradas, logo, a consistência da

---

<sup>29</sup> Nichols, S. *Jung e o tarot, uma viagem arquetípica*, São Paulo: Ed. Cultrix,

<sup>30</sup> *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1977, tradução de Priscila V. de Siqueira (Priscila Kuperman).

<sup>31</sup> LAPPIS, [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br)

*ressonância* das representações expressas pela população quanto ao atendimento e seus resultados, de modo a contribuir para firmar um movimento de legitimação dos discursos e institucionalização desta outra racionalidade como um patrimônio multicultural, porque promove a cidadania ao singularizar o sujeito em sofrimento, ao interagir com ele, ao promover a saúde além de curar ou aliviar a enfermidade, – tudo em um modelo de baixo custo, com efeito multiplicador, em direção a essa *digestão dos discursos e práticas* de uma racionalidade médica culturalmente diversa, pela rede pública de saúde - resume nossa motivação e finalidade neste estudo: direcionar a riqueza de recursos de nossa era digital para resgatar e atualizar a multiculturalidade milenar.

## **REFERÊNCIAS:**

### **IMPRESSOS:**

- Albuquerque, J, A.G. *Instituição e Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- Ariès, P. *História da morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, trad. Priscila Vianna de Siqueira (Priscila Kuperman), 1977.
- Bastos, L.A.M. *Corpo e subjetividade na Medicina*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.
- Bateson, G. *Mente e natureza*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.
- \_\_\_ *Vers une écologie de l'esprit*. Paris: Ed. Du Seuil, 1977.
- \_\_\_ *Comunicación*, in *La nueva comunicación*. Barcelona, Ed. Kairós, 1982.
- Bauman, Z. *Globalização: as conseqüências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1999.
- \_\_\_ *O mal-estar na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998.
- Bohm, D. *Diálogo-Comunicação e redes de convivência*. São Paulo: Palas Athena, 2005.
- Boltanski, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- Botsaris, A. *Medicina complementar*. Rio de Janeiro: Nova Era 2004.
- Brelet-Rueff, C. *As medicinas tradicionais sagradas*. Lisboa: Edições 70, col. Esfinge, 1978.
- Burke, P. Um novo paradigma? in *O que é história cultural?* . Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.
- Canclini, N.G. *Culturas Híbridas*. São Paulo: Edusp, 1998.
- \_\_\_ *Consumidores e cidadãos*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1999.
- Canevacci, M. *Sincretismos – uma exploração das hibridações culturais*. Tradução de Roberta Barni. São Paulo: Studio Nobel, 1996.
- Canguilhem, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.
- Carrière, J.C. *Índia - um olhar amoroso*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002..
- Chomsky, N. *O lucro ou as pessoas? Neoliberalismo e Ordem Global*. Rio de Janeiro:

- Bertrand Brasil, 2002.
- Dash, Vaidya B. & Junius, Acaria M.M. *A handbook of Ayurveda*. New Delhi: Concept Publishing Company, 1997.
- Douglas, M. *De la souillure*. Paris : François Maspero, 1971.
- Dumont, L. *O individualismo – Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- \_\_\_ *Homo Hierarchicus – O sistema de castas e suas implicações*. São Paulo: Edusp, 1992.
- Durand, G. *As estruturas antropológicas do imaginário*. Lisboa: Editorial Presença, 1989.
- \_\_\_ *Science de l’homme e tradition*. Paris: L’Ile Verte/Berg Internationale, 1979.
- Durkheim, E. Representações individuais e representações coletivas, in *Sociologia e filosofia*. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 1970.
- Eliade, M. Dos Vedas a Dioniso, in *História das crenças e das idéias religiosas*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., vol. 2, 1978.
- \_\_\_ *Imagens e símbolos*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Foucault, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- \_\_\_ *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- \_\_\_ *Histoire de la Folie à l’âge classique*. Paris:10/18, 1964.
- \_\_\_ *Doença Mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- Frawley, D. *Ayurvedic Healing – a Comprehensive Guide*. Salt Lake City: Passage Press, 1989.
- Freire, J. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro:Graal,1979.
- Freitas, C.M. & Porto, M.F. *Saúde, ambiente e sustentabilidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- Geertz, C. *Nova luz sobre a antropologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- \_\_\_ *A interpretação das culturas*.
- Guiddens, A. *Mundo em descontrolé*. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- Goffman, E. *A representação do eu na vida quotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1975.
- \_\_\_ *Estigma*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1978.
- Goldenberg, Miriam. *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- Illitch, I. *Nêmesis da Medicina, a expropriação da saúde*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- \_\_\_ *Toward a history of needs*. New York: Bantam Books, 1980.

- Jung, C. G. A Índia - um mundo de sonhos, in *Civilização em Transição*. Petrópolis: Vozes, 1993.
- Lad, V. Ayurveda (A Practical Guide): The Science of Self Healing (A Practical Guide). Delhi: Motilal Banarsidass, 2002.
- Loundo, D. Elementos para uma análise do estatuto do imaginário em sociedades complexas tradicionais e semitradicionais, in *Diálogos tropicais*. Rio de Janeiro: UFRJ, org. de Dilip Loundo & Michel Misse, 2003.
- LUZ, Madel T. “Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde”, in **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre as racionalidades médicas e atividades corporais**, cap. 1, Ed. Hucitec, SP, 2005.
- Mauss. M. Categorias coletivas de pensamento e liberdade, in Mauss, idem.
- Nagaraj, D.R. Ohindu ansioso e o fazendeiro zangado: notas sobre a cultura e a política de duas reações à globalização, in *Pluralismo cultural, Identidade e Globalização*. Rio de Janeiro: Record, coord. por Cândido Mendes, 2001.
- Moscovici, S. Sociedade contra natureza, Petrópolis, Vozes, 1975.
- Murthy, N.A. & Pandey, Dr. N.A. *Ayurvedic cure for common diseases*. New Delhi: Orient Paperbacks, divisão da Vision Books Pvt. Ltd., 2000.
- Paz, O. *Vislumbres da Índia*. Tradução de Olga Savary. São Paulo: Mandarim, 1996.
- Prigogine, I. & Stengers, I. *A nova aliança*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 1984.
- Prime, R. *Hinduism and Ecology*. Delhi: Motilal Banarsidass Publishers, 1994.
- Queiroz, M. *Representações sobre saúde e doenças. Agentes de cura e pacientes no contexto do SUDS*. Campinas: Ed. Unicamp, 1991.
- Ribeiro, M.A. Índia e Brasil: civilização, estilo de vida e sustentabilidade, in *Diálogos tropicais*. Rio de Janeiro: UFRJ, org. de Dilip Loundo & Michel Misse, 2003.
- Rodrigues, J.C. *O tabu do corpo*. Petrópolis: Vozes, 1981.
- Rodrigues, R.D. *A crise da medicina: prática e saber*. Rio de Janeiro: IMS, 1979.
- Sahlins, M. *Cultura e razão prática*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.
- Sennett, R. *Carne e pedra – o corpo e a cidade na civilização ocidental*. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- \_\_\_ *A corrosão do caráter*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- Sfez, L. *La santé parfaite*. Paris: Seuil, 1995.
- Sharma, P.S., S. *Ayurveda: The Science of Life*. DELHI: Motilal Banarsidass, 1981.
- Sodré, Muniz. *Jogos extremos do espírito*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- Sontag, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- Souza, A.N. & Pitanguy, J. *Saúde, corpo e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2006.
- Svoboda, R.E. *Ayurveda – Life, health and longevity*. New Delhi, Penguin Books India, Col. Health/Medicine Philosophy, 1993.

