

A “DOENÇA” E SUAS “CAUSAS”*

Andras Zempléni

(Tradução de Solange Unti Cunha Pinto)

Introdução

O tema mais antigo e o maior *dossiê* da antropologia da doença é, sem dúvida, a causalidade. Essa afirmação baseia-se numa longa trajetória que se estende de Taylor (1870) a Rivers (1924), de Clements (1932) a Evans-Pritchard (1937), de Hallowell (1941) a Ackernecht (1942) e de Turner (1968) a um grande número de autores contemporâneos¹. Ainda hoje, etnólogos, médicos e “antropólogos da doença” redescobrem ou confirmam a primazia das etiologias sociais ou mágico-religiosas nas medicinas das sociedades sem escrita. Mesmo sem afirmar, como F. E. Clements (1932), que o estudo dos conceitos de doença, nessas sociedades, é a revisão das noções que “o primitivo tem da causa e da origem das “doenças”, este *dossiê* merece ser divulgado. Seu conhecimento torna-se ainda mais necessário uma vez que as noções de “doença” e de “causa” “estão longe de serem claras e simples”.

A “doença” e a tríade: “disease”, “illness”, “sickness”

Sob influência milenar do paradigma hipocrático, o objeto da etnomedicina ou da antropologia médica, continua sendo a doença e menos o doente². Mas o que é “doença”? Consistiria na realidade ecológica amplamente inexplorada de um mecanismo de adaptação biossocial do homem ao seu meio ambiente natural e cultural? Significaria a realidade biofísica de uma alteração objetivamente demonstrável do organismo, ou seja, a “doença do médico”, ou antes da ciência biomédica? Implicaria na realidade psíquica de uma experiência individual de transformação interna e involuntária, mais ou menos desagradável e insuficiente, isto é, a doença do enfermo?³ Seria a realidade intersubjetiva de uma trégua de reciprocidade imediata, imposta por uma perturbação que se faz passar por irreduzível a qualquer desejo ou estratégia? Seria ainda a realidade sociojurídica de

* Título original: “La Maladie et ses causes – Introduction”. *L’Ethnographie*, 1985, vol. 2. pp13-44.

1. O leitor encontrará uma amostra numa recente e especial edição *Social Science and Medicine* (Jansen J.M. Prins eds), “Causality, classification in Africa Medicine and Health”, 1981, 15 B, 3, num artigo de A. Young (1982) e também numa obra editada por M. Augé et C. Herzlich (1984).

2. Segundo J. Clavreul (1978), considerando “os três fatos separadamente: médico, doença e homem” (Hipócrates), a medicina grega pôde isolar seu objetivo. A doença definida, de acordo com o ideal democrático é semelhante em todos os homens e está excluída radicalmente da influência de forças sem objetivos, isto é, separadas do domínio da religião e da magia. Dessa forma, a prática da medicina ocidental é estabelecida às custas da negação da singularidade tanto individual como social do indivíduo e conseqüentemente, beneficiando a afirmação da universalidade.

3. A distinção entre *disease* e *illness* que a antropologia da medicina anglosaxônica elaborou em meados de 1972 (ef. infra)... e que considera como uma de suas maiores conquistas (ver, por exemplo, Kleinman 1978), recupera a que R. Leiche estabeleceu em 1936 (*Encyclopédie française*, 1936, t. VI entre a “doença do médico” e a “doença do doente”).

um mau comportamento justificável e transitório, cujo ato de legitimidade, o diagnóstico, transfere a responsabilidade para qualquer “causa” colocada fora da intenção do agente social, a partir deste momento qualificado de “doente”? Ou, então uma etiqueta sociopolítica reversível que, por um lado, justificaria e, por outro, invalidaria condutas e estratégias contestatórias e ilegítimas? Seria, antes, a realidade cultural de uma forma de conduta simbólica, estabelecida por e para um sistema simbólico que subentende a ordem biológica, social e do mundo indissolúvel? Seria, finalmente a realidade histórica e ontogênica de um evento social indutor cuja interpretação e tratado contextuais confirmariam ou negariam, preservariam ou destruiriam os axiomas e as relações constituintes da ordem social?

Poderíamos multiplicar tais aspectos ou tentativas de definição, mas segundo a antropologia médica americana tentaremos simplificá-la. Como Fabrega (1972), Kleinman (1972, 1978), Eisenberg (1977), Young (1976, 1982), Frankenberg (1976), Good (1977)... amplamente demonstraram, a noção ocidental de “doença” compreende, pelo menos, três realidades distintas: *disease*, *illness*, *sickness*. A seqüência iatrogenética que nos é mais familiar ilustra isto bem: minha experiência subjetiva de qualquer coisa anormal, meu sofrimento, minhas dores, minhas indisposições... (minha *illness*) é considerada como sinal de alteração biofísica, objetivamente comprovável de meu organismo (de minha *disease*), estado biofísico que o diagnóstico de meu médico enfatiza, com base legítima, no meu estado ou no meu papel social de “doente”, ou seja, de minha *sickness* que não é a realidade psicológica nem a realidade biomédica mas a realidade sociocultural de minha “doença”. Neste ponto, a definição da “doença” (como um todo) caracteriza-se por sua complexidade. A implicação recíproca, co-ocorrência, transitividade dessas três realidades, psicológica, biofísica e social estão longe de serem evi-

dententes. São, de fato, de grande autonomia e *todas as relações interagem entre si*. Assim, posso estar biomedicamente “doente” – *diseased* (com paludismo, com parasitas e hipertenso) – sem ter a consciência de estar -*ill*- ou sem ter o direito à etiqueta sociocultural de “doente” – *sick* –, como ter a convicção e experiências íntimas de estar doente sem poder obter o reconhecimento legítimo, biomédico ou cultural de minha “doença”. Posso até adquirir os direitos sociais ligados ao papel social da “doença” – com a isenção – depois de ter simulado ou mostrado (ou mesmo sem isso) as provas biomédicas ou culturais de minha “doença”, assim como sofrer os constrangimentos segregativos ou as obrigações terapêuticas inerentes a esse mesmo papel social sem poder provar a nulidade dos motivos usados para ser estigmatizado como “doente”. Posso ficar subjetivamente, depois objetivamente “doente”, e até morrer após ter sido vítima desta etiqueta genérica ou de uma denominação etnológica específica, como por exemplo, portador do “vírus da AIDS”, “esquizofrênico”, oposição soviética, vítima ou suposto agente de tal agressão de feitiçaria ou magia, etc.

A antropologia médica surge com o início da divisão e da decomposição da “doença” em sua tríplice realidade (subjetiva, biofísica e sociocultural): três ordens de realidade diferenciadas cuja *interação* – constante, eficaz e atestada – é o objeto em si dessa disciplina tão irreduzível à biomedicina quanto à psicologia ou à etnologia.

O etnólogo, geralmente, aborda esta interação a partir das *representações* socioculturais da doença. É conveniente lembrar que para a maioria dos autores anglo-saxônicos o termo *sickness* não designa uma representação mas um *processo*: “a process for socializing disease and illness”⁴.

4. Plus précisément, dit A. Young (1982, 11:270), “the process through which worrisome behavioral signs, particularly ones originating in disease, are given

Uma definição transcultural da "doença"? Causalidade e justificação

Passemos aos conceitos de "causa". Por que a causalidade é um tema central na antropologia da médica? A resposta teórica a esta pergunta nasce com T. Person (1957), passa por E. Freidson (1974), depois por A. Young (1978:14) que se inspira, evidentemente, em dois autores anteriores e na sociologia do desvio para tentar formular uma definição antropológica universal da doença: "what distinguishes sickness from other kinds of deviant behavior are the *special techniques* by which society offers to *exculpate* the sick person, and the fact that social accountability for his behavior can always be *transferred* into some agency *beyond the sick person's will*".⁵

Traduzamos. A referência a uma "causa", situada fora como dentro da intenção

socially recognizable meaning, i.e, they are made into symptoms and socially significant outcomes". Car, ajoute le même auteur, "every culture has rules for translating signs into symptoms, for linking symptomatology to etiologies and interventions, and for using evidence provided by interventions to confirm translations and legitimize outcomes. The path a person follows from translation to socially significant outcomes constitutes his sickness".

NT: Mais precisamente, diz A. Young (1982, 11:270), "o processo pelo qual sinais de comportamento preocupantes, especialmente os que resultam em doença, recebem significados socialmente reconhecidos, i.é, resultam em sintomas e consequências socialmente significantes". Porque, acrescenta o mesmo autor, "cada cultura tem regras para diagnosticar sinais em sintomas, ligando sintomatologias a etiologias e intervenções, e usando evidência dada pelas intervenções para confirmar diagnósticos e legitimar resultados. O caminho percorrido por uma pessoa, do diagnóstico até resultados socialmente significantes constituem a sua doença.

5. Sou eu quem destaco. NT: O que distingue a doença das outras formas de comportamento anormal são as técnicas especiais que a sociedade estabelece para

presente do agente social, seria, então, *constitutivo* da realidade social e da noção em si de "doença". No caso de se tratar de uma *má conduta justificada* e isenta de sanções, esta se diferenciaria das outras condutas sociais excepcionais quando sua responsabilidade é transferida ou mutável em qualquer "causa" colocada fora da vontade efetiva do agente denominado "doente". Quer seja atribuída a uma invasão de um vírus ou a um ato de magia, a um desequilíbrio de temperamento ou a qualquer processo biofísico, a referência a uma causa involuntária seria a única condição de validade e de justificativa dessa forma universal de mau comportamento.

Certamente, esta definição levanta três tipos de objeções. A mais comum é que uma simples constatação nosológica ou sintomática seja comumente suficiente para homologar uma "doença". Tanto na África como na Europa, o meu mal quase sempre exige apenas um diagnóstico nosológico e um tratamento sintomático que não é, necessariamente, seguido de uma investigação etiológica. Mas esta objeção é pouco comum: dizer que o que acontece comigo é uma gripe ou uma crise de fígado, ou até mesmo um câncer ou qualquer espécie de patologia africana, é atribuir meu estado a uma causalidade localizada fora de minha intenção presente.

Uma segunda objeção, mais plausível, diz respeito à definição social da "doença" pela especificidade de sua legitimidade e de sua justificação e à transferência de sua responsabilidade sobre qualquer "causa" afetiva ou externa da vontade do indivíduo. Essa forma de legitimidade seria própria da "doença"? Basta consultar um pajé moundang ou senoufo para entender claramente que a sociedade não prevê as técnicas especiais de

justificar a pessoa doente e o fato que a responsabilidade social desse comportamento pode sempre ser transferido para alguma causa, além da vontade da pessoa doente.

justificação para comportamentos que ela denomina “doenças” e que ela não chama “doença” todos os comportamentos anormais ou incomuns que atribui a um agente ou a um processo que escapa à vontade efetiva do indivíduo. No caso, por exemplo, em que o diagnóstico de uma agressão ou de uma sanção mística (feitiçaria ou quebra de tabus), é a forma dominante de legitimar certas doenças⁶, essas formas de legitimidade aplicam-se igualmente às condutas do homem, impedido de arcar com suas responsabilidades sociais usuais, decorrentes de seus sucessos fracassos comerciais, seus intermináveis conflitos com vizinhos ou a sua persistente má sorte. Como as palavras enigmáticas de um ancião que se supõe que transmitam as aspirações dos mortos de sua família ou ainda as cenas extravagantes de alguém possuído, essas condutas “desviantes” são atribuídas à ação efetiva de um agente ou de uma “causa” externa à vontade do indivíduo e, não por isso etiquetadas como “doenças”.

Mal, infortúnio, doença. A polivalência etiológica das entidades causais.

Em suma, levando em conta as reservas anteriores, cabe aqui lembrar um antigo e conhecido testemunho africano: uma vez vencido o limite da angústia social, certas doenças graves, agudas, atípicas, crônicas, repetitivas são explicadas, legitimadas e justificadas da *mesma forma* que outros infortúnios que afetam os corpos, os bens e a vida social dos indivíduos (Zempléni 1982).

6. Dois casos que podem, respectivamente ilustrar: a obra clássica de Evans-Pritchard (1937) e um trabalho recente de D. Sperber (1980) relativo aos dorzé do sudeste da Etiópia.

Esta é uma propriedade freqüentemente evocada mas pouco explorada do pensamento selvagem, obscurecida pela angústia em encadear os acontecimentos nefastos – individuais ou coletivos – os mais disparates. “Uma desgraça nunca vem só”: existe sempre algo que a precede, a acompanha e a segue. O reumatismo agudo de meu tio, a perda do nosso gado, minhas dores de barriga, o aborto de minha tia, meu revés profissional ou sentimental, a morte de meu primo, meus “pensamentos bizarros”, todos esses fatos podem repercutir uns nos outros como efeitos do *mesmo encadeamento causal* ou como golpes sofridos pela integridade do próprio corpo, ou usando as palavras de J. Favret-Saada (1977), pelo mesmo *campo social*. E, se todos esses acontecimentos nefastos são conexos e encadeados, significa que são interpretáveis graças aos mesmos esquemas etiológicos tais como por exemplo a feitiçaria.

Em suma, é a *polivalência etiológica* da maioria dos esquemas ou entidades tradicionais causais (divindades, feitiçaria, mortes, poderes mágicos...) que proíbe o etnólogo de reservar à doença “técnicas especiais” de justificação e legitimidade. Num texto clássico, R. Hortin (1967, 1970) procurou mostrar que a *substituição* ou a *comutação* dessas causas “mágico-religiosas” pelo mesmo efeito, como por exemplo uma doença, seria um dos postulados implícitos do pensamento tradicional africano, diferente do pensamento científico fundamentado nos laços de causa e efeito biunívocos. Veremos que esta proposição é bastante discutível mas sua forma invertida o é bem menos: a pluralidade e a permutabilidade dos efeitos possíveis da mesma “causa” invisível é em alguns limites⁷ um vestígio comprovável das concepções causais africanas⁸.

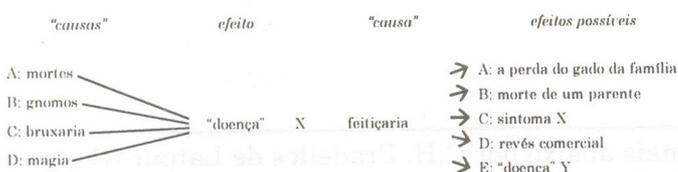
7. Aquelas onde os códigos etiológicos *a priori* (cf. infra) impõem à permutação das causas e efeitos. Qualquer que seja a extensão dos conceitos de causa – esquemas ou entidades etiológicas – “tradicionais”

A doença como sanção das condutas sociais proibidas – Usos sociais da doença – O diagnóstico como recurso judiciário invertido.

Finalmente, a definição universal da doença como mau-comportamento justificado em razão da transferência de responsabilidade para uma "causa" exterior à intenção do indivíduo que sofre, levanta uma terceira objeção etnológica. Diz respeito à própria noção de justificação. Desde Rivers (1924), Hallowell (1941), Ackernecht (1945) até os dias de hoje, os etnólogos não cessaram de privilegiar as múltiplas representações etiológicas que caracterizam certos sintomas ou doenças, como *sanção de certas condutas* sociais proibidas ou inadequadas aos indivíduos. Ficou evidente que estas representações sócio-etiológicas constituem uma força poderosa do "controle social", notadamente nas

(por exemplo da feitiçaria), os efeitos não são atribuídos a qualquer "causa mágico-religiosa". Para os Wolof do Senegal, por exemplo, a crise de angústia, a agitação psicomotora brutal, as sensações de anormalidade abrupta e outros sintomas agudos são atribuídos à feitiçaria (*ndemm*) ou ao ataque de *jinne*, enquanto que a perda gradual das capacidades físicas ou intelectuais, a histeria, anorexia, malogros sucessivos, a insistente volta das mesmas "idéias bizarras"... e outros sintomas progressivos periódicos ou crônicos são atribuídos à ação contínua da magia (*liggèy*) ou dos espíritos ancestrais (*rab*). Ver sobre este assunto: Zemléni (1968, 69, 83).

8. O esquema I representa a "sequência causal convergente" de Horton (1967:169) e o esquema II a forma inversa:



Esquema 1

Esquema 2

sociedades desprovidas de organização política centralizada⁹.

O que pensar hoje, deste axioma proveniente das primeiras pesquisas sobre "medicinas primitivas"? A antropologia da doença se aproveitou e, se aproveita ainda do benefício heurístico de uma reversão de perspectiva em relação ao paradigma hipocrático. Sabemos que todas as medicinas são artes de cura dos indivíduos quando empregadas simultaneamente dentro das *regras sociais* de suas respectivas "doenças". O desprezo pelo conhecimento das representações e das práticas "médicas" que *submetem o destino do indivíduo que sofre ao destino do grupo*, é uma das maiores conseqüências da profunda amnésia humanística na qual o paradigma hipocrático de nossa medicina oficial enterrou – e enterra ainda hoje – o sentido social da doença. Em suma, a antropologia da doença nos leva a inverter o sentido social de nossas indagações, questionando não como o indivíduo usa dos meios oferecidos pela sociedade para fazer frente aos problemas de saúde mas como a sociedade ou a cultura aproveita-se das "doenças" para assegurar sua própria reprodução ou fazer frente às suas próprias mutações; como e em que me-

9. Depois Hallowell (1941), E. A. Ackernecht (1945) formula assim "a mensagem fundamental da medicina primitiva": – "Seja pacífica e a doença polpará você e sua família, ou então desaparecerá" – Ackernecht acrescenta: "os fundamentos mágico-religiosos da medicina primitiva lhe permitem ultrapassar sua finalidade essencialmente médica. No seu universo a doença torna-se a mais importante sanção da conduta social. Na sociedade primitiva, essa medicina mágico-religiosa presta de uma forma econômica, os mesmos serviços que, dentro de nossa sociedade, são asseguradas pelos tribunais, polícias, professores de escolas, padres ou soldados. *O diagnóstico da medicina é um ato de justiça social!*" Embora a leitura desses conceitos rudimentares possam, atualmente, apresentar certa estranheza, o prenúncio das pesquisas antropológicas de hoje sustentam que as representações e as práticas "da medicina" são *constitutivas* da organização sócio-política.

dida as funções e a eficácia sociais das resoluções “médicas” condicionam a sua escolha, o seu modo de ação e a sua eficácia estritamente terapêutica; e, finalmente, em que consiste exatamente esses “usos sociais da doença” e como se criam neles ou por meio deles as experiências patológicas dos indivíduos (Zempléni 1982, 1983).

Para voltarmos ao conceito de justificação, a forma mais elementar do uso da “doença” consiste em interpretar esta conduta social, involuntária e isenta de sanção, *precisamente como a sanção* de uma conduta social anterior – indesejável ou “desviante” – que se trata de reconstituir, estigmatizar e reparar por intermédio de qualquer pena convencional, por exemplo um rito de sacrifício (como também o exemplo simples e citado da transgressão do proibido).

Eis um caso observado pelo Dr. Sperber (1980). Maté, uma mulher dorzé (tribo africana) está com os olhos inchados há muitos dias. O curandeiro que ela consulta diz: “é o *gome* (o proibido)¹⁰ do mel que o seu marido guarda para as oferendas”. Maté admite ter comido dessa matéria oblatória que lhe é proibida e confessa ao esposo. O marido, então, procede a uma oferenda de mel, prescrito pelo curandeiro, em recolhimento à transgressão do “gome” uma vez que para os “dorzé”, tal transgressão é condição *sine qua non* de reparação¹¹. Ele diz: “gome, doença

10. Segundo Dr. Sperber, na comunidade dos dorzé a transgressão do proibido é uma forma de interpretação tão arraigada quanto da feitiçaria na comunidade Zande, segundo Evans Pritchard. Certamente os profanos conhecem várias centenas, os curandeiros experientes mais de um milhão de *gome*, atos proibidos de toda espécie, desde os atos essencialmente simbólicos (p. ex., montar um cachorro ou deixar cair leite no alimento cozido) até proibições maiores, o incesto e o perjúrio. Na concepção dorzé há uma *passagem imediata e circular da transgressão à sanção*, diferente de outros sistemas. A sanção é automática e “gome” pode ser traduzido tanto por “proibido” como por “transgressão” e “sanção.”

11. Condição, ao que parece, excepcional e e, em todo caso, inexistente nos casos analisados ou evocados

desapareça! Minha mulher e eu esquecemos que era proibida. Eu, chefe de família, líder, derramo este mel dizendo: desapareça!”. Sem entrar nas implicações familiares e sociais deste assunto, ressaltamos nesse comportamento três momentos: a) a constatação do sintoma: Maté está com os olhos doentes, e isto é justificável porque ela não tinha a menor intenção de desobedecer; b) o diagnóstico etiológico do curandeiro inverte o valor social do sintoma que acontece na sanção de uma má conduta social: em vez de “justificar” Maté, ele a culpa de transgressão do gome de mel; c) finalmente a prescrição divinatória consiste em fixar uma pena convencional (confissão e depois oferenda) que substitui a sanção-doença.

Se associarmos a este caso simples as várias formas etiológicas que evidenciam, de um modo ou de outro, a responsabilidade do indivíduo na origem ou na persistência da doença, a noção de “justificação” parece imprópria para defini-la universalmente. No caso analisado, como em muitos outros, o diagnóstico se apresenta como um *processo judicial inverso*. Consiste no que se classifica “delito” que provoca a sanção: ao invés de partir de um delito estabelecido para determinar a punição apropriada, ele parte da “doença-sanção” que identifica os comportamentos sociais proibidos ou indesejáveis. Veremos, entretanto, que todos os sistemas adivinatórios não provêm da reconstituição histórica de tais comportamentos ou delitos, coletivos ou individuais.

mais abaixo por C.H. Pradelles de Latour (Bangwa), R. Detour (Bangwa), R. Devish (Yaka) e por mim mesmo (Moundang, Senufo).

A pluralidade causal: causas agentes, origens da doença – Uma terminologia etiológica.

Uma vez apresentadas tais reservas, concluiu-se que a “causa” é, de fato, constitutiva da noção de doença. Na medicina e, portanto, na antropologia da doença, como em “Direito”, a causalidade não é “uma relíquia do tempo” como dizia B. Russel. Nos trabalhos etiológicos reina uma certa confusão quanto ao uso e a definição desses conceitos. Confusão que reflete as controvérsias seculares da filosofia e trazem os seguintes problemas. O próprio conceito de “causa” seria desnecessário e substituível por outras noções? “Causa” e “efeito” seriam necessariamente acontecimentos ou *estados persistentes*? Uma “causa” produziria um “efeito” em virtude de um poder ou de uma eficácia que lhe é intrínseca? A idéia do “poder ativo” da causa ou da eficácia causal seria indispensável para a definição das relações, essencialmente, causais? Poderíamos reduzir a diferença entre a causalidade dos acontecimentos do mundo inorgânico e a *causalidade intencional* que supõe um agente¹²? Seria a relação “causa-efeito” uma conexão *necessária* ou somente uma “conjunção constante”? A relação causal teria uma direção temporal: as causas precederiam e careceriam de seus efeitos e os efeitos poderiam preceder e necessitar de suas causas?

Se aponto esses problemas clássicos é porque reaparecerão, na grande maioria, nos estudos de vários conceitos de causalidade da doença. Conceitos que se caracterizam pela *pluralidade* das causas que a determina: apesar da aparência, as etiologias raramente atribuem à doença a uma única condição

anterior que seria necessária e suficiente para produzi-la. Começamos, então, por sugerir uma terminologia rudimentar que evite, se possível, os epítetos heteróclitos encontrados na literatura (causa “inicial”, “empírica”, “eficiente”, “sensível”, “última”, “final”, “terminal”, “variável”, etc). Mostramos, anteriormente (Sindzingre & Zemléni 1981-280) que o diagnóstico admite, quando muito, quatro operações e questionamentos correspondentes:

- 1) O reconhecimento do sintoma ou do estado da doença e de sua eventual denominação: de que sintoma ou doença se trata?
- 2) A percepção ou a representação de sua causa instrumental: como ela acontece?
- 3) A identificação eventual do agente que é responsável: quem ou o que a produziu?
- 4) A reconstituição de sua origem: porque acontece nesse momento sob esta forma e nesse indivíduo?

Nessa terminologia equivalente a outras, a *causa* é, então, o meio ou o mecanismo – empírico ou não – da criação da doença. O *agente* é aquele que detém a força eficaz que a produz. A *origem* é o acontecimento ou a conjuntura histórica cuja eventual reconstituição torna inteligível o aparecimento da doença na vida dos indivíduos.

Esquematizemos:

<i>doença</i>	<i>causa</i>	<i>agente</i>	<i>origem</i>
qual doença?	como?	quem ou qual?	por que?
sintomas taxionomia	meio mecanismo	força eficaz	acontecimentos conjecturas
terminologias correntes	causa instrumental (mediata)	causa eficiente	causa última ou (final)

Esse quadro recompõe a pluralidade causal que caracteriza a maioria das etiologias. Eis três exemplos bem diferentes. O paludismo tem como “causas” tanto a ação bioquímica do plasmodium no sangue (causa segundo nossa terminologia) quanto o hematozoário (seu agente) e a picada do anófeles que o transmitiu – origem. Poderí-

12. Ver sobre o assunto na obra recente de J.R. Searle, *Intentionality. An Essay in the Philosophy of Mind*, Cambridge University Press, 1983.

amos dizer que a AIDS tem uma tríplice causalidade: a destruição bioquímica do linfócito T4 seria a causa e o vírus HTLVIII-LAV seria seu agente; certas relações homossexuais, transfusões sanguíneas, contatos íntimos e outros... seriam a origem obscura onde se fundam os atuais costumes sociais – vitorianos ou quase medievais – dessa doença. Embora alguns colegas discordem, façamos a analogia entre esses dois casos e o de um ataque de feitiçaria identificado pelo curandeiro Wolof, que aparece sob a forma de uma crise aguda de angústia (Zempléni 1968: cap. V). A causa dessa crise, na concepção Wolof, é a subtração do princípio vital – *fit* – localizado no fígado da vítima. Seu agente é o feiticeiro-antropófago (*dëmm*) e seu princípio inato de feitiçaria (*ndëmm*), ou seja, uma espécie de par comparável *lato sensu* ao portador do “vírus da AIDS”. Sua origem é a situação ou acontecimento (como por exemplo conflito de herança) que suscitou a inveja desse feiticeiro e que o “inflamou”. Como no caso do paludismo ou da AIDS essas três condições causais são, em tese, igualmente necessárias para explicar os sintomas do doente. Daí a necessidade de distinguir causa, agente e origem da doença.

Etiologias não-sociais ou impessoais e causalidade social ou “intencional” – Medicinas letradas, medicina sem escrita e medicina cosmopolita.

Os artigos reunidos nesse volume testemunham que para enunciar o diagnóstico de uma doença, na África como em qualquer outro lugar, não há a menor necessidade de identificar ao mesmo tempo, a causa, o agente, a origem – de que modo, quem, porque e o que. Em alguns casos, a dificuldade somen-

te exige uma identificação nosológica e um tratamento sintomático, que nem por isso qualificaríamos de “empírico”. Em outros casos, ela admite uma investigação adivinhatória e um tratamento etiológico que reintegre os sintomas à causalidade invisível, sem eliminar, no entanto, o tratamento sintomático nem suas premissas simbólicas¹³.

Por outro lado, os três tipos de medicina no mundo (medicina ocidental ou cosmopolita, as medicinas letradas ou sábias do Velho Mundo e as medicinas das sociedades sem escritas) não privilegiam os mesmos elementos do quadro etiológico que acabamos de apresentar.

Bem esquematicamente, a biomedicina clássica tem uma concepção *interiorizante* da doença. Ela privilegia, ainda hoje, o estudo dos processos internos (o como) e considera como contingentes tanto a origem individual (o porquê) da doença quanto a situação de seus agentes eventuais que cercam o doente, contrariamente ao que acreditam os epidemiologistas e os especialistas da medicina preventiva¹⁴.

Em termos globais, ao contrastar com a medicina cosmopolita, as artes de cura das sociedades sem escrita tendem para as concepções *exteriorizantes* da doença, para as quais conferem, muitas vezes, um sentido

13. Para lembrar uma observação de Ackernecht (1946), desenvolvida recentemente por Augé (1984), se as medicinas africanas conhecem uma linha divisória, esta, por um lado, não passa pelo “empirismo”, pelo “natural” ou pelo “objetivamente eficaz” e, por outro lado, não passa pelo “mágico-religioso”, pelo “sobrenatural” ou “simbólico”. Apresentar por exemplo *a priori* as listagens mutuamente exclusivas das doenças “naturais” e “sobrenaturais” que seriam estabelecidas *a priori* e respectivamente aos tratamentos “empíricos” e as curas mágico-religiosas, é um erro analítico recorrente na maioria das monografias da atualidade.

14. A exceção mais recente e a mais surpreendente é justamente a AIDS

social. São essenciais a relação do doente com o meio social, a condição desse meio e a disposição dos agentes humanos e extra-humanos que nele residem. Essas medicinas tendem, portanto, a privilegiar o agente (o que) e a origem (o porquê específico) da “doença”. Dissemos várias vezes que os agentes são antropomórficos ou zoomórficos e as causas, de natureza social. Cabe ao diagnóstico etiológico e divinatório identificá-los e prescrever os meios de restabelecimento das relações do doente com seu meio social: um axioma comum dessas medicinas é que o tratamento do estado dos próprios corpos dos indivíduos passe pelo tratamento apropriado do estado dos corpos sociais aos quais pertencem¹⁵.

Para a medicina letrada do Velho Mundo – China, Índia, Grécia Antiga,... – a doença é um estado de desequilíbrio dos princípios ou dos temperamentos constituintes da pessoa e do cosmo: a maior preocupação do médico é o restabelecimento desse equilíbrio. A exemplo das artes de cura de transmissão oral, essas medicinas letradas também são centradas nos agentes (princípios ou humores) mas estes são impessoais, universais e a-sociais. A relação do doente com seu meio é, igualmente, essencial uma vez que o equilíbrio temperamental interno é função do estado de todo o sistema físico (clima, estação, meio geográfico, etc.). Em compensação, como para a biomedicina clássica, a origem (o porque do acontecimento) da doença é contingente: o que provocou o desequilíbrio,

nesse momento e nesse indivíduo em particular, é de pouca importância¹⁶.

Que os especialistas das medicinas citadas nos desculpem por esta colocação um pouco audaciosa: ela só é válida para formular questões gerais e restritas ao campo bastante complexo da causalidade.

O que pensar da idéia tão criticada de Foster (1976), propondo que as medicinas no mundo sejam classificadas em dois blocos segundo o tipo de sua etiologia, “naturalista” ou “personalista”? Será preciso rejeitá-la totalmente ou considerar que as medicinas letradas privilegiam as etiologias não “naturalistas” mas impessoais e não-sociais e, as medicinas sem escrita não privilegiam as etiologias “personalistas” mas antes a causalidade social e intencional? Contudo, voltamos a encontrar aí a questão filosófica, colocada muitas vezes, porém, sempre pendente, da distinção entre causalidade intencional e causalidade impessoal do mundo inorgânico.

“Pessoal e impessoal”

Em toda medicina, essa diferença esconde a *coexistência dos dois tipos de causalidade*. É possível mostrar que a incidência da causalidade intencional, quer pela imputação da doença à instâncias antropomórfas, quer pelas causas humanas, não exclui a concepção simultânea dos estados patológicos em termos de desequilíbrio de qualidades ou de princípios impessoais, tais como o calor e o

15. Uma das maiores tarefas da antropologia da doença é mostrar os *processos* e os *mecanismos* de articulação do social na origem, no desenvolvimento e na resolução dos episódios da doença. Num próximo artigo procuramos analisar alguns aspectos desses processos e mecanismos. Ver Zempléni, A., “Entre ‘sickness’ et ‘illness’: de la socialisation à l’individualisation de la maladie”, a ser publicado em *Social Science and Medicine*, em 1986.

16. Como observa Foster (1976), mesmo que seja possível dizer que foi determinada pessoa ou indivíduo que transtornou, por negligência ou má intenção, o equilíbrio dos princípios constitutivos do corpo, estas representações têm pouco valor analítico e pouca consequência prática.

frio. A situação simétrica e inversa é, detalhadamente, ilustrada neste mesmo volume pelo artigo de C. Friedberg sobre a medicina balinesa e as representações analisadas por C. Bougerol que testemunham não apenas uma simples coexistência, mas uma verdadeira divisão do campo patológico entre os dois tipos de causalidade.

Por outro lado, um princípio metodológico, ao nosso ver crucial, é *distinguir bem o suporte ou manipulador humano da força eficaz* – do “*poder ativo – que ele carrega ou manipula*”. Não é o homossexual Dupont mas seu vírus HTLV III-LAV que o faz *aidético*. Se sou wolof, não é o feiticeiro Ndiaye, mas “sua” feitiçaria inata ou adquirida – “seu” *ndëmm* – que me derruba. Não é minha co-esposa Awa nem seu ódio, mas “sua magia” – “seu” *ligééy* – que me torna estéril. Não é o olhar mortífero de Aïssa nem sua inveja mas “seu” *mau-olhado* – “seu” *bët bu aay* – que me desvitaliza, etc. Apesar da aparência (que tem muito bem sua função), os referentes, propriamente, *etiológicos* dessas interpretações pretensamente “*personalistas*” são, de fato, entidades ou forças *impessoais*, preenchendo certas funções terapêuticas e sociais provadas e necessárias nas curas tradicionais (Zempléni 1985).

Duas concepções concorrentes da doença

Se os dois tipos de causalidade, evocadas acima, coexistem em toda medicina, significa uma provável correlação entre as *duas concepções concorrentes da doença*, entre a qual a própria biomedicina não tem deixado de oscilar no decorrer de sua história. C. Canguilhem (1966) analisou estas duas concepções de *maneira profunda*: uma *concepção ontológica e pontual* pela qual a doença é *um estado*, para não dizer um ser, qualitativa-

mente diferente da saúde e, uma concepção *dinamista e funcional* que reconhece uma diferença de grau entre saúde e doença. A teoria dos germes, a descoberta progressiva das diversas doenças infecciosas ou parasitárias reacendem, regularmente, a antiga concepção ontológica enquanto que os progressos da fisiopatologia, da bioquímica e da endocrinologia – todas as doenças com prefixos “*dys*” – reforçam, periodicamente, a concepção *dinamista e funcional*. Basta pensar, por exemplo, na concorrência entre as teorias virológicas e bioquímicas do câncer, para se constatar a remanescência destas duas concepções milenárias da doença na medicina contemporânea.

Etiologia da conjunção e etiologia da consecução – A questão da temporalidade causal.

Cabe ao antropólogo questionar se esses dois padrões não corresponderiam a duas lógicas etiológicas ou, para simplificar, a duas etiologias igualmente concorrentes. A filosofia ocidental legou aos *etnólogos* uma concepção particular de causalidade que os orienta quando abordam as etiologias indígenas. Em geral, concebe-se a doença como acontecimento, quer dizer, uma mudança que seria – na mente de seus interlocutores – o efeito de um outro acontecimento ou mudança, isto é, o efeito de uma “*causa*” mais ou menos pontual e complexa que lhe é antecedente. Em poucas palavras, como diz L. Vandermeersch (1974:29), pressupõem-se que essas concepções indígenas obedeçam a nossa lógica de *consecução causal*. Ainda de acordo com o autor e outros sinólogos ou etnólogos, tal *etiologia da consecução* é, provavelmente, oposta a uma *etiologia da conjunção* onde a doença é apenas um estado de

desarmonia momentânea dos diversos princípios ou fatores cuja contribuição corresponde ao estado de saúde. Dentro de que parâmetros as etiologias impessoais tanto das medicinas escritas – chinesa ou ayurvédica – quanto da cosmopolita, seriam regidas por essa lógica de conjunção que em nossa concepção da seqüência causal seria, em circunstâncias extremas, despojada de sentido¹⁷?

Inversamente, até que ponto, as etiologias “intencionais” de muitas sociedades sem escrita obedeceriam à nossa lógica consecutiva que considera a doença e sua suposta causa, acontecimentos e mudanças separadas e situadas no tempo? Muitos autores desse volume questionam a dificuldade sobre a *temporalidade etiológica*: uns a respeito das concepções da contaminação (M. Perrim e Dupire); outros a propósito da distinção entre causalidade “linear” e “estrutural” (R. Devisch); outros ainda na busca das “causas da doença num futuro anterior” (Ch. H. Pradelles de Latour) ou de sua origem histórica no passado do doente (S. Fainzang). Façamos uma dupla digressão antes de voltarmos a esta importante questão da temporalidade causal.

17. Como escreve Vandermeersch (1974: 29), “para uma mentalidade como a chinesa, na qual o princípio da ordem das coisas representa uma categoria fundamental *as noções de causa e efeito que conduzem à idéia de relações unilineares, segmentárias e pobres de referências totalizantes parecem bem menos pertinentes que as de agenciamento e de organização*. Aplicadas, nas inúmeras disposições orientadas e classificações hierárquicas, sobrepondo-se ou alterando-se de várias formas, terminam em séries, certamente, menos coerentes mas representando para a satisfação do espírito serem superiores à superioridade ao corresponderem todas entre si por meio de uma identidade estrutural manifesta na unidade ordenada do universo. Através dessas inesgotáveis correspondências, *os fenômenos não aparecem cada um em particular como consequência de seus antecedentes mas, ao contrário, todos como indícios uns dos outros*” (grifos meus).

Etiologias escritas e orais

O leitor terá, certamente, percebido que a *escrita* é para nós uma hipotética e aproximada linha divisória entre as etiologias, essencialmente, não-social ou impessoal e social ou “intencional”. Com o risco de repetir o óbvio detenhamo-nos sobre este fato. É relativamente claro que a “razão gráfica” (Goody, 1979) e a transmissão escrita favorecem a confrontação, a sistematização, a padronização e também a dissociação ou a despersonalização das teorias etiológicas.

Os primeiros tratados médicos – que traduzem apenas uma imagem deformada das medicinas das sociedades das quais elas provêm – são repertórios e associam-se à casuística: os tratados ayurvédicos consistem, essencialmente, em *listas de casos* (sintomas ou síndromes) acompanhados de suas “causas” (impessoais) e suas soluções (Zimmermann 1978). A memorização destas listas, é facilitada por processos estilísticos particulares – como a versificação – que determinam seus conteúdos. Na tradição indo-européia – como assinala Benveniste (1969, II, cap.4) – o papel do “médico” não é o de “curar”, nem de “inovar” mas normalizar uma perturbação *definida*, aplicando com autoridade uma “medida”- med¹⁸ - “escolhida

18. Vejamos o esplendoroso resumo de Benveniste (1969. II: 123): “o marco histórico, a raiz mod.- designa noções muito diferentes – ‘governar’, ‘pensar’, ‘tratar de medir’. A significação original... pode-se definir por ‘medida’ não de mensuração mas moderação (lat. *modus* – modestas) própria para assegurar ou para restabelecer a ordem num corpo doente (lat. *medeor*, ‘tratar de’, médicas) no universo (...‘Zeus moderados’) nos procesos humanos dos mais graves como a guerra, aos mais quotidianos como uma refeição. Enfim, o homem que ‘sabe os medea’ (...) não é um pensador, um filósofo – é um desses chefes e moderadores (...) que em qualquer circunstância sabem tomar as medidas provadas que são necessárias. *Med – provém

num *repertório* de técnicas, receitas, fórmulas, *previamente estabelecidas* e de eficácia já comprovada”. O inventário sistemático dos casos – o *repertório* – é igualmente a forma característica dos tratados médicos dos caldeus. Leiamos o estudo de J. Bottero (1974) sobre adivinhação, na antiga Mesopotâmia, no qual são organizados segundo as mesmas regras de tratados divinatórios dos quais provavelmente são provenientes. Portanto as fórmulas divinatórias, propriamente ditas, são compostas de uma *prótese* imutável precedida de “se” – que indica um estado de fato observado: o presságio – e de uma apódose que marca, futuramente, o *prognóstico* – o oráculo -: “se um homem tem os pelos do peito virados para cima (então) tornar-se-á escravo”. Nas fórmulas médicas, o sintoma substitui o presságio e sua causa postulada substitui o oráculo, também chamada *ordem temporal invertida*: “se um homem é vesgo dos dois olhos significa que seu crânio sofreu um choque e seu ‘raciocínio’ encontra-se (no mesmo (estado) que seu crânio” (p.192).

Mesmo sendo um truísmo, a listagem sistemática e a aprendizagem mecânica de tais *corpus* de fórmulas – associando sintoma, causa e tratamento específico – são raríssimas nas sociedades sem escrita. Contudo, as nosologias e as etiologias orais são freqüentemente *descritas* sob formas de pequenas listas ou quadros fechados, como se fossem totalizantes e assimiláveis aos *corpus* escrito. Nos será feito a objeção de que talvez as receitas de curas coletadas por alguns etnógrafos (Mallart, 1977) prestam-se muitíssimo bem a este tipo de descrição. No entanto, estas receitas veiculam apenas uma categoria de conhecimentos etiológicos: aqueles cuja aplicação pressupõe mas não implica, necessariamente, as qualidades ontoló-

gicas do curandeirismo que as aplica, nem do doente a quem elas se aplicam. Ora, essas qualidades ontológicas – diversas formas de poderes inatos ou adquiridos – fazem parte integrante da maioria dos tratamentos etiológicos. Além disso, a comunicação oral e inconsciente desses conhecimentos é, geralmente, restrita, secreta e pontual: não favorece sua sistematização e sua difusão. Seja como for, conhecemos mal os efeitos específicos da transmissão oral a respeito das noções etiológicas. Tomando apenas dois exemplos, sua transmissão *narrativa* sob forma de histórias de casos ou de discurso terapêuticos tem evidentes vantagens mnemotécnicas, porém, o corolário, bem claro, é a *particularização e a personalização* dos conhecimentos etiológicos. Pode-se dizer tanto e mais de sua transmissão no decorrer da *ação* terapêutica: segundo Turner (1972), as curas tradicionais associam-se a verdadeiros “dramas sociais” que articulam, sincrônica e diacronicamente, uma multiplicidade de entidades invisíveis de princípios e processos simbólicos, de atores, de relações, de apostas, de regras e de axiomas sociais. O etnólogo é o único a procurar extrair disso um padrão aplicável de um caso a outro, de um curandeiro a outro e no conjunto da sociedade. O aprendiz do local, “profissional” ou profano, não encontra nem conhece senão conjunturas *etiológicas e terapêuticas* variáveis segundo os casos. A transmissão oral, mecânica e contextual dos conhecimentos etiológicos confere, quase necessariamente a estes, um certo grau de inconsistência, de contradição e de pluralidade. Por isso, é, no mínimo, um risco pressupor que as sociedades sem escrita totalizam estes “conhecimentos” em qualquer “taxinomia”, “teoria” ou “sistema” etiológico único.

então do mesmo registro que *ius e diré*: é aregra estabelecida, não pela justiça mas pela ordem que o moderador tem por função, formular”.

Causalidade *a priori* e causalidade *a posteriori*

Longe de serem marginais, tais considerações nos conduzem a um aspecto crucial de nosso propósito relativo à causalidade. Tradicionalmente, os etnólogos pouco se preocupam, como dissemos, com a dimensão biofísica e individual da "doença": estudam suas representações sociais. Mas onde procuram? Quais são, na realidade, as representações sociais da doença e, no caso, os enunciados etiológicos de seus interlocutores? No artigo escrito em colaboração (Sindzingre & Zempléni 1981) – em que nosso co-autor retomou e aprimorou numa publicação recente (Sindzingre 1984) – mostramos que toda a reflexão sobre a causalidade na medicina africana alimenta-se de dois corpos de informações, epistemologicamente, heterogêneas. O processo etnomédico clássico consiste em reunir o repertório suposto das entidades nosológicas e etiológicas locais e em convidar profissionais para "descrever" as "terapias" correspondentes. Mas, para quem teve a ocasião e o cuidado de confrontar o *discurso* de seus informantes profissionais ou profanos, relativos a esses conceitos nosológicos e etiológicos, com os *diagnósticos* consecutivos aos casos concretos e aos seus episódios sucessivos, uma distinção quase prejudicial impõe-se entre duas formas de causalidade: *a causalidade a priori* e *a causalidade a posteriori*.

A primeira é formada por um conjunto de enunciados *a priori*, nas conexões necessárias ou possíveis entre os diversos sintomas ou síndromes, suas causas, seus agentes ou suas origens, ou seja, os três elementos do quadro etiológico mostrado acima. Esses enunciados não são fruto de um repertório organizado mas, ao menos, de duas fontes heteróclitas. Quando o etnógrafo interroga seu informante, ele o coloca e se coloca numa posição de sujeito indefinido (Zem-

pléni, 1974;1985). Convida o "Senoufo" ou o "Dogon" – o "nós (pron. oculto)" – que lhe fala em nome de sua categoria social ou de sua cultura, para transformar em "dados" *a priori*, os enunciados etiológicos que memorizou no decorrer de suas experiências particulares e, notadamente, de curas – quer como doente ou terapeuta, quer como parceiro envolvido em diversos casos de doenças ou de relações de aprendizado terapêutico. Por outro lado, e isso é essencial, sua sociedade não esperou o etnógrafo para estabelecer esquemas de causalidade *a priori*, isto é, códigos etiológicos, inegavelmente difundidos. Por isso, certamente, o repertório nosoetiológico estabelecido por muitos etnógrafos parece mais uma "miscelânea" que uma "taxinomia".

A *causalidade a posteriori* é constituída de um conjunto de elaborações quase complexas – *de conjunturas etiológicas* – que a irrupção, a evolução e a repetição da doença suscita e modifica – em dados momentos e em dados contextos sociais. Os casos analisados nesse volume por L. Mallart e R. Devisch são ótimas ilustrações desse fato. A lógica dessas elaborações etiológicas deve ser procurada no encadeamento histórico das diversas interpretações e dos recursos divinatórios e terapêuticos sucessivos. A propósito de um caso wolof (Zempléni 1983) procuramos mostrar que as interpretações sucessivas de uma dada perturbação estão em simetria umas com as outras, contanto que uma de suas funções seja promover as *estratégias* subjetivas e sociais que os *exegetas*, parentes ou co-resistente do doente têm uns em relação aos outros. Por isso a análise da causalidade *a posteriori* requer um método particular como a que J. Favret-Saada (1977) aperfeiçoou em suas remarcáveis pesquisas sobre feitiçaria: os enunciados etiológicos devem estar relacionados às suas condições de enunciação e, notadamente, às conjunturas intersubjetivas e sociais contemporâneas que lhes conferem um sentido contextual no desenvolvimento

conflitante dos episódios da doença. Como vemos, esses dois registros de causalidade – que coexistem em toda medicina – não se identificam e não são, necessariamente, congruentes. Além disso, suscitam problemas diferentes.

Causalidade a priori: conexões, denominações e códigos etiológicos

Os discursos médicos africanos mencionam, portanto, de um lado, um conjunto de conexões *a priori* entre certos sintomas e síndromes e, de outro, certas causas, agentes ou origens. Formalmente, essas conexões podem ser classificadas em três categorias. Excepcionalmente, partamos do geral para o particular.

1) As conexões gerais entre *classes ou categorias etiológicas e propriedades sintomatólicas* são freqüentemente negligenciadas. Entre os Azandé, diz Evans-Pritchard (1937: 38), “a slow wasting disease” – “uma doença que consome lentamente” (1972:71) – “is the type of sickness caused by witchcraft”, enquanto que “suddenness and violence are sure indications of sorcery” (1937:397). “O homem que fica súbita e gravemente doente pode ter certeza que é vítima de magia maléfica e não de feitiçaria” (1972:71). Entre os wolof, procurou-se pouco e, no entanto, encontramos, sob forma inversa, tais *propriedades temporais* distintas da feitiçaria e da magia: as perturbações típicas, atribuídas ao witchcraft (*ndëmm*) são abruptas e agudas enquanto os sintomas atribuídos à “magia negra” (*liggèy bu bon*) são *progressivas, consumptivas, duráveis ou crônicas* (Zempléni 1968, cap XII). A clínica hospitalar permitiu, nesse caso, validar essas conexões *a priori* entre a temporalidade da “doença” e sua interpretação: quando os sintomas per-

sistentes e consumptíveis – como a astenia, anorexia, apatia – são atribuídos pelo doente e pelo seu parente a uma ação mágica, um episódio *agudo*, como uma crise de angústia, produz ou reage, quase automaticamente, a uma interpretação pela feitiçaria¹⁹. Nesses casos, é normal que na África os agentes invisíveis de perturbação sejam comutáveis, mas isto não significa que sejam intercambiáveis entre si: é a evolução dos sintomas – de sua temporalidade e de seus efeitos sociais que comanda a passagem de um registro a outro.

2) *As conexões preferenciais ou possíveis*, não só entre classes mas também entre elementos, são as mais comuns nas mentalidades populares: elas unem uma *gama* limitada de sintomas no mesmo agente ou na mesma origem, ou, inversamente, uma categoria sintomática numa *gama* limitada de agentes ou de origens. Entre os Evuzok, a tuberculose, a perda dos dentes e a esterilidade são igualmente atribuídos *a priori* ao *tsoo*: transgressão do tabu de derramar ou de tocar o sangue de um membro de seu clan (Mallart, cf. mais abaixo). Inversamente, para os Sénoufo, o *tyefuso* (“corpo quente”, febre, emagrecimento) é atribuído *a priori* a muitos agentes e origens, mas não a todos ou a qualquer um (Sindzingre & Zempléni 1981: 286): é associado à intervenção do *sādoho* da matrilinhagem, de um animal yawige, ou do “espírito auxiliar” do doente. A análise desses eixes de conexão possíveis convergirá na lógica simbólica que lhes é subjacente. M. Augé (1984) e F. Héritier (1984) recentemente exploraram esse processo de análise.

3) As junções, propriamente ditas, distinguem-se das conexões etiológicas precedentes quando estabelecem uma relação biunívoca – de implicação recíproca – entre

19. Vide também sobre este assunto, os estudos de casos apresentados e analisados sob um outro ângulo pelo Ortigues (1966), no *Edipo africano*.

um sintoma ou síndrome e um só *agente ou origem*. O agente pode ser tanto uma entidade invisível e extra-humana quanto uma força específica veiculada por uma espécie animal ou vegetal. Para os Tiv da Nigéria toda crise sincopal (como a crise de epilepsia) é *akombo ikunguh* e toda síndrome caracterizada pela perda de sangue (como a disenteria) é *akombo igbe*: sendo um dado *akombo*, *ao mesmo tempo, um sintoma e seu agente específico*, significa uma força maléfica e não uma força humana (Bohannan 1953, Prince-Williams 1962). Para os Moundang, *ak-bame* (lit. “vento chuva”) – dores articulares agudas – é atribuído *a priori* ao contato dos instrumentos da magia da chuva. *Masu-Syemé* (lit. “pitão-doença”) icterícia na mulher – é atribuída ao *cie* (“alma” desse réptil (Adher & Zempléni 1972). Entre os Bisa, “pitão” *wafó* é uma forma de dermatose e seu suposto agente (Fainzang 1984 e nesse volume). Alguns termos noso-etiológicos estabelecem *a priori* um elo entre um sintoma e sua origem, sem mencionar seu agente (a força eficaz): para os “Alladian” da Costa do Marfim, a hemoptise masculina seguida de enfraquecimento, - “o *pisa*”, seria *a priori*, atribuída a um adultério da esposa do doente (Augé 1984:58).

Para a análise detalhada dessas conexões ou ligações, pedimos que o leitor consulte os artigos de L. Mallart, P. Roulon, M. Buckner e os nossos (Sinzingre & Zempléni 1981). Aqui assinalaremos apenas três séries de observações ou questões necessariamente sumárias.

A primeira refere-se à definição de *lingüística* das ligações e sua *interpretação*. L. Mallart propõe, nesse mesmo volume, um método para interligá-las. Entre os Evuzok, as ligações, propriamente ditas, pertenceriam a uma só categoria de doenças chamadas *fulu*, geralmente, *infantis* e sempre relacionadas à transgressão de uma proibição pela mulher grávida. Lingüisticamente, seriam agrupadas de três maneiras: a) um único ter-

mo noso-etiológico designa ao mesmo tempo uma síndrome e sua “causa”; *ekukui* é um pássaro e um quadro clínico caracterizado, notadamente, pela dispnéia acentuada da criança que lembra a respiração desse pássaro; b) uma expressão combina um termo de referência descritiva e outro etiológica: a coqueluche é *ekoe osog*, (a) “tosse” (do macaco) *asog*”; c) um sintagma descritivo e intercambiável com um termo etiológico: uma hemorragia uterina pode ser traduzida também pela frase “o sangue flui em grande quantidade “como por *zib*, uma antílope cuja carne é proibida à mulher grávida.

Esses critérios e esses eventos evuzok pedem várias observações. Para Mallart, a “causa” de uma doença *fulu* – seu agente animal e sua origem transgressiva – seria, imediatamente deduzida do sintoma imamente. Mas é preciso salientar que as doenças *fulu* constituem uma categoria etnomédica específica que reencontramos sob formas similares, em sociedades distantes umas das outras, como as dos Guajiro da Venezuela e as dos Sénoufo da Costa do Marfim. As doenças *apulainwaa* que M. Terrin trata nesse volume, as doenças yawige dos senoufo (ver também Sindzingre 1981), e as doenças *fulu* são em sua maioria, afecções *infantis*, atribuídas à marca de um ser – geralmente de um animal “contaminador” – durante a gravidez da mãe, por ocasião, de uma transgressão. Entre o sintoma do doente e seu agente, existe pois um *intermediário* – a mãe – que traz e transmite a marca desse agente: é um ato que transgride ou contamina *anterior* a esse intermediário, caracterizado como origem da doença. Por outro lado, esta categoria etnomédica, da qual fazem parte a maioria das doenças *ima* (analisadas, mais abaixo, por M. Buchener) caracterizam-se por uma tríplice conexão entre o sintoma e seu agente: a) o primeiro lembra, metonimicamente, algum traço do segundo: o diarréia *verd*... se da pessoa *que está com coqueluche*, o gri-

to do macaco osog (evuzok); lábio leporino, a forma do focinho do porco-espinho (zandé), etc ; b) o remédio contém um substância retirada da espécie a qual pertence o agente; c) enfim, a relação causal é *enunciada* explicitamente e a priori entre o sintoma, sua origem e seu agente: por exemplo, “se uma mulher come carne de um pássaro ekukui, (então) quando tiver a criança, esta será atingida pela doença fulu (do ekukui): sua respiração será ofegante” (Mallart 1977: 63)²⁰.

Nesses casos, estamos realmente tratando com terminologias etiológicas que designam *stricto sensu*, conexões causais. Seria arriscado tomá-las como padrão de *interpretação* dos múltiplos termos que aproveitam o processo metonímico ou metafórico para designar um sintoma ou síndrome. Certamente, apesar dos Zandé chamarem o abcesso da garganta *aduru* porque o paciente expectora pus pela boca de uma maneira que lembra caracol, *duru*, (que igualmente expelle uma saliva branca e espumosa) nem por isso consideram o caracol a “causa” do abcesso em questão (Evans-Pritchard 1972:546). Se os Senoufo chamam angina *bìnì-bálá* – “bastão para mexer os molhos (*bìnigè*) colocado de atravessado (*bálà*) é porque lembram a dificuldade de deglutição (como se estivessem com um bastão na garganta) e não qualquer relação causal, condicionando a ‘causa’, antes, no hábito do doente de escarrar próximo dos excrementos”. Resumindo, como atestam as duas séries de fatos lingüísticos acima mencionados, as relações metafóricas ou metonímicas implicadas pela denominação da doença, são ora assimiláveis, ora não, a uma relação causal.

Se o forem – como nas doenças *fulu*, *yawige* ou *apulainwa* – a “causa” em questão

20. Trata-se de um acaso encontrarmos, aqui e raramente em outra parte, a fórmula de implicação (“se p... então q...”), característica, como vimos, dos tratados divinatórios e médicos dos caldeus.

apresenta uma propriedade desconcertante que M. Perrin nota muito bem. Para simplificar, digamos que se trata da *remanescência* tempo-espacial do “vestígio”, da “marca”, da impressão do agente animal “contaminador”, de uma “coisa” que persegue (lit. *yawige*), de um *akombo*, ou seja, de uma força patogênica específica, introduzida num passado longínquo ou distante no grupo social e que se *reacende* por ocasião da doença. Assim, foi, talvez, minha bisavó maternal que encontrou o *yawige* que me adoeceu. Ou, então, foi meu avô paterno que “furou” o *akombo* que me ataca (Price-Willians 1962). Teoricamente, a “causa” de minha doença é mais um acontecimento – uma mudança – porém ela é separada de seu efeito-sintoma – de outra mudança – por um corpo intermediário (o de minha mãe ou de meu pai) e tornou-se, como diz o filósofo, um “estado persistente”: um poder patogênico impresso na substância de minha linhagem. Esse tipo de concepção, comum na África, derruba tanto nossas teorias clássicas da consecução causal quanto nossas definições da “doença”. O exemplo *tiv* (Bohannan 1953, Prince-Willians 1962) deve ser lembrado esquematicamente. Os *akombo* são ao mesmo tempo, sintomas, agentes invisíveis e emblemas associados a estes. Segundo Prince-Willians, são organizados, inclusive, nos moldes de árvore genealógica. Os “*akombo* filhos” são pródromos ou *estados* anunciadores dos “*akombo*-pais”: assim, *kwambeityo* – qualquer ferimento sangüinoso – é um dos oito “filhos” de *kwambe*, identificáveis pelas queimaduras e inchaços generalizados do corpo. Cada *akombo* corresponde a um ciclo de “restabelecimento” ritual (*Kwagshoron*), ciclo este dividido em fases pagantes que podem ser, gradualmente, efetuadas e separadas. É freqüente o doente não concluir todo o ciclo durante a vida. Assim, o sintoma apresentado pelo doente é quase sempre considerado como a mesma manifestação do *akombo* de um de seus ascendentes mortos, principalmente de seu pai

que não concluiu sua reparação. Cabe a seu descendente continuar a “reparação” desse agente-sintoma, legalmente herdado e partilhado com seu parente como se fosse a mesma “doença” que, sem dúvida, não pertence a um só indivíduo. Nessa sociedade segmentária e estudada, a noção de *remanescência transgeracional do poder patogênico*, a divisibilidade temporal e interindividual dos efeitos dessa “causa” persistente e, finalmente, a continuidade da história patológica do indivíduo, de sua linhagem e de seu grupo residencial, são atestadas pelas cerimônias coletivas e periódicas que seus celebrantes só podem oferecer aos grandes *akombo* da terra depois da “reparação” – ritual completo de todos os *akombo* da linhagem da aldeia (Prince-Williams 1962).

Tais concepções da remanescência de forças patogênicas dentro do grupo, frequentes nas sociedades unilineares, implicam, quase sempre na representação antiga da *recessividade social* de algumas “doenças”. Os exemplos mais conhecidos disso são as afecções eletivas a certas instâncias ou divindades que protegem este grupo com a condição de nele investir fisicamente um membro de cada geração. Como provam as biografias dos *ndëppkat wolof* (Zempléni 1968, 1974), essas “doenças” eletivas caracterizam-se, entre outras, por dois traços. São *prefiguradas* e esperadas como um destino que os antigos e adivinhos ajudam, às vezes, com um “diagnóstico” preventivo relativo a um caso secreto. Por outro lado, elas tendem a se organizarem em *patho-tipos unilineares* que perpetuam, de eleito em eleito, tanto o simbolismo específico do seu agente invisível quanto os sintomas, até mesmo a experiência patológica que este (o agente) pode provocar. Contudo estas duas realidades são pouco diferenciáveis e neste caso ainda, a doença do indivíduo é inscrita na história patológica de grupo.

Poderíamos multiplicar os casos notórios, mas aqui o importante é assinalar que

as concepções evocadas da remanescência e da recessividade estão, ora ausentes, ora presentes e variam segundo as sociedades. Elas constituem uma dimensão de uma organização sociopolítica. Algumas sociedades “conservadoras” como as dos Sénoufo e, certamente, as dos Tiv, parecem obcecadas pela estocagem de suas forças ou vetores patogênicos anteriores – por diversas memoriais, acontecimentos, instâncias ou esquemas etiológicos, sendo “o acontecimento-doença”, concebido nelas sob forma de *reativação ou de repetição*. Outras sociedades, como os Yanomami – da qual B. Albert (1985) acaba de cuidadosamente analisar os conceitos e os tratamentos etiológicos – teriam antes a obsessão inversa: a da anulação imediata e meticulosa de toda “marca” (*uno*) dos agentes patogênicos como da anulação de toda marca dos mortos ou de qualquer outro memorial susceptível de resistir às memórias, a uma organização por linhagem, a uma história patológica e a um corpo social perene e autônomo em relação ao sistema de reciprocidade ritual que rege os laços entre os aliados.

Para terminar, algumas questões gerais, em relação aos *códigos etiológicos* que constituem, como vimos, a parte mais acessível da causalidade *a priori*: são, certamente, heteróclitos e ocupam muitas funções. Até que ponto eles dominam as ações médicas? Se for provável que a constatação de uma henoftise de um homem alladiano não corresponda a um diagnóstico automático de um adultério cometido por uma mulher; que a lepra nos Zandé (M. Buckener), ou, ainda, o herpes genital nos Evuzok não seja uma prova irrefutável de um incesto cometido pelo doente, é certo que outras conexões etiológicas (as ligações das doenças, *fulu* ou *yawige*) não provenham apenas de um discurso ético ou de um sistema de proibições desconhecidas na prática médica. Qual é no fundo a razão de ser social desses códigos ou fragmentos de códigos? De transformar as

doenças em sanções pelas condutas sociais proibidas ou indesejáveis? De modificar esse tipo de fatos sensíveis em categorias inteligíveis por meio de conexões que constituiriam uma taxionomia ou que obedeceriam a uma lógica simbólica subjacente? De articular, direta ou indiretamente, o biológico e o social, os estados do próprio corpo do indivíduo com os estados dos corpos sociais aos quais pertencem? A pior solução seria optar entre essas avaliações e desconhecer a multifuncionalidade dos códigos em questão. Esse problema permanece em aberto.

A causalidade a posteriori e as propriedades distintivas da doença como evento

As conexões etiológicas *a priori* tem como referentes espécies ou classes de fenômenos e exprimem-se por meio de termos ou enunciados *fora do contexto*. As interpretações *a posteriori* concernem aos indivíduos, às perturbações e às situações particulares e tornam-se inteligíveis quando transferidas no contexto intersubjetivo e social de uma formulação. Possuem, geralmente, como referentes entidades invisíveis e como objeto um tipo particular de evento: a “doença”. Ao aceitar, como diz M. Augé (1984) que a doença é “uma forma elementar do evento”, quais seriam as propriedades *das diferentes formas de eventos* da doença e de que forma elas permitiriam compreender melhor os traços específicos de sua interpretação? Muito esquematicamente, o evento-doença poderia ser caracterizado pela combinação das seguintes propriedades:

– *Sua seletividade individual*: em nome de sua ancoragem biológica – assim como o nascimento e a morte – ela constitui uma categoria genérica de eventos biossociais, em sua totalidade, incomensuráveis segundo as

divisões do campo social. É uma realidade experimentada, antecipável e antecipada, por todos os membros da sociedade. Por isso, sua irrupção *hic e nunc* – num dado indivíduo ou grupo – equivale a uma *seleção* enigmática que requer, em si, uma explicação particular e distinta. “Porque eu ou fulano neste momento?” Acrescentamos à fórmula conhecida de Evans-Pritchard que a doença é por assim dizer *mais confiável* quanto à sua *repetição* que outros fenômenos aleatórios. A despeito, ou melhor, por causa de sua banalidade, tem um valor seletivo maior que os acidentes ou outras calamidades.

– *Sua conexão com outros eventos nefastos* – toda sorte de males, infortúnios e infelicidades – já foi lembrada. Entretanto, esquecemos freqüentemente de ressaltar que ela não é imputável somente às concepções locais que interpretam a “doença” através dos mesmos esquemas etiológicos ou entidades causais. Mais comumente, ela provém também do poder patogênico dos mesmos infortúnios a que está ligada: a perda de nossa colheita, a morte de minha tia, minha derrota na guerra... podem me “tornar doente”. A doença não é uma realidade com três facetas relacionadas entre si – *biológica, psicológica e social?* (ver supra).

– *Sua influência emocional e sua reação social*²¹: em razão desses efeitos demolidores sobre a integridade da pessoa e do grupo, de sua influência em tornar o corpo incapaz e de seu desenlace latente – a morte –, a doença é uma experiência de *dependência vital que pede uma ação eficaz* que solicita dos parceiros sociais próximos ou distantes, profanos ou profissionais do doente. Seria o mesmo que dizer que ela é, por definição, um evento ao mesmo tempo individu-

21. É da química que transportamos esse termo que designa a capacidade de um corpo de ser reativo, de reagir quando colocado em contato comum outro corpo ou substância.

al e social, deixando de lado toda a conceitualização etiológica. E, deste modo, mobiliza *ipso facto* as relações dos pais, dos parentes e dos co-resistentes do doente.

– *Sua recorrência, sua reversibilidade e sua historicidade*: diferente do nascimento e da morte a “doença” é um evento recorrente, geralmente, reversível e várias vezes traumático na vida do indivíduo. Imprime na sua memória tanto as realidades corporais quanto as sociais que permitiram interpretá-las. Repetitiva, ela é capaz de confirmar, garantir ou modificar sua visão de mundo. A partir de suas doenças sucessivas, o indivíduo conserva as memórias que se inscrevem na história patológica pessoal. Memórias *corporais*: uma mutilação, uma função reduzida, uma sensação usual “sintomatizada”... Memórias *objetivas*: um medicamento comum, um altar protetor, um tabu imposto por ocasião de um episódio anterior... Memórias *sociais*: sua filiação ao fato de pertencer a um “culto de possessão terapêutica” ou a categoria dos ex-alcoólicos... Algumas sociedades procuram, como vimos, anular as “marcas” do agente patogênico, suas memórias *potenciais*, outras preferencialmente as conservam. A maioria as homologa porque servem de *ponto de referência* quando se trata de discutir a interpretação de um novo episódio e portanto de integrá-la na história patológica do grupo. Pelo menos, nas sociedades africanas que conhecemos, a história individual da doença sustenta-se na sua história social.

A combinação dessas propriedades distintas explica alguns traços e efeitos específicos da interpretação da doença mas não é suficiente para determinar o valor eventual de uma dada perturbação num contexto social. Esse valor social – por exemplo a “gravidade” de uma doença – é função tanto do estatuto do doente quanto da conjunção histórica e relacional do grupo que ela “afeta”. As afecções *a priori*, “graves” ou “benignas” podem passar despercebidas ou, contraria-

mente, desencadear múltiplas condutas médicas se forem provenientes de uma série de desgraças ou se surgirem de um estado de tensão que lhes confira o valor de pródomo no sentido social do termo.

Por outro lado, a “doença” mobiliza e implica parceiros sociais do doente porque *reativa* nestes *outras* perturbações ou desgraças que os afetam, individual ou coletivamente. Assim, em nenhum caso é necessário conhecer o estado e as idéias do doente para saber o que é formalizado nas interpretações sucessivas que será “tratado” nas curas tradicionais. Contrariamente a uma idéia amplamente aceita, o enunciado das interpretações e, sobretudo a elaboração sobre elas, não é virtude apenas dos profissionais, curandeiros ou adivinhos. Como já foi observado, elas respondem umas às outras, contanto que elas traduzam, *simultaneamente*, a perturbação que deve ser interpretada e as estratégias pessoais ou facciosas dos exegetas. “Foi Aissa que adoeceu (nosso filho) Libass”, diz a mãe do doente, dirigindo-se com expressiva crítica ao marido que a abandona em proveito de sua co-esposa, suspeita por ela e por seus ascendentes uterinos de ter sido a mandatária de um ato mágico. “São os *dëmm* (witches) *lébou* de Yoff – aldeia de origem das duas esposas – que estão atacando Libass”, respondem o pai e sua facção agnática. “São os *rab* (espíritos ancestrais) de nossa linhagem que o tornam doente”, retruca a mãe, apoiada por seu grupo uterino. O estudo dos casos atestam que estas interpretações – analisadas em outros lugares (Zempléni, 1983) – são de fato “atos de fala”, *mensagens metacomunicativas* que se aproveitam da perturbação do doente para formalizar e promover as estratégias subjetivas e sociais dos que as formulam. E, por isso mesmo, mantêm contraditórios freqüentemente os usos sociais da “doença”. Pela limitação do artigo não podemos analisar tais *processos de interpretação*. Ressaltemos, porém, que seu efeito é tanto a modificação positiva e negativa

do estado do doente quanto a modificação da textura social do grupo ou dos grupos ao qual ele pertence.

A adivinhação

Três autores desse volume (S. Fainzang, Ch. H. Pradelles de Latour e R. Devish) concentram seus artigos na adivinhação. Na África, dentro dos limites mencionados, o diagnóstico etiológico é da competência do adivinho. Antes de entrarmos nesse assunto, observemos algumas questões perigosas. Em algumas sociedades africanas – mas não em todas, como em algumas “bantus” – os procedimentos terapêuticos pragmáticos ou os tratamentos sintomáticos são relativamente independentes com relação aos diagnósticos e aos tratamentos etiológicos (Zindzangre & Zempléni, 1981:287-288; Sindzangre, 1984: 118-122). Os mais eloqüentes são os casos onde a “doença” é, por assim dizer, dividida entre o doente, suporte tanto do sintoma quanto do tratamento sintomático, e um de seus consangüíneos, identificado como agente de um estigma ou transgressão, reconhecida como origem da “doença”: não tendo este último experimentado o tratamento etiológico ou ritual, o fará em caso de confissão. Até onde vai essa autonomia? Não é tempo de desfazer ou de atenuar uma confusão, normalmente, veiculada na literatura pelas palavras “cura” ou “terapia”, entre as ações rituais que fazem parte do registro etiológico e as ações médicas pragmáticas, referentes ao tratamento sintomático? É raro estarem separadas por serem geralmente conjuntas. Se, por exemplo, a *perturbação* do jovem Libass é imputada a um ato mágico de Aïssa, co-esposa de sua mãe, o fracasso de uma medicação aplicada não invalida, necessariamente, a interpretação (etiológica) deste, pela magia de Aïssa, nem o efeito ritual des-

tinado a “quebrar” a magia da co-esposa. Os medicamentos podem mudar e a interpretação etiológica permanecer inalterada. Pode-se ir ao hospital para um tratamento sintomático e voltar à aldeia para o tratamento etiológico. Aliás, é dessa forma que, habitualmente, os africanos recorrem à medicina tradicional e à medicina ocidental ou cosmopolita²².

É conveniente dizer, e normalmente isso é desprezado, que a maior parte dos adivinhos africanos pouco ou nada se preocupam com os sintomas, não se intrometem em questões nosológicas, nem prescrevem diretamente tratamento farmacológico. Sua tarefa é primeiramente a de identificar *o agente, a causa ou a origem invisíveis da doença*, ou melhor, determinar *a posteriori* sua causalidade particular e contextual e as modalidades rituais de seu tratamento etiológico.

Para compreender bem a força do diagnóstico adivinhatório observemos alguns traços gerais dessa instituição que não é, propriamente, uma instituição *médica*. Nas sociedades africanas onde ela está estreitamente integrada na mentalidade popular, na vida pública e particular, *ela rege comportamentos comuns ou excepcionais que coincidem com todos os domínios do saber, da prática e, paradoxalmente, do seu próprio*²³. Quando necessário, a religião, a magia, a

22. Divisão da qual deveriam tomar melhor consciência os responsáveis da O.M.S. quando preconizam a integração dos curandeiros tradicionais nos “Sistemas Nacionais de Saúde”.

23. Muitos procedimentos adivinhatórios, como a moundang (Adler & Zempléni 1972) – *começam por uma meta-adivinhação* (uma adivinhação sobre a sessão adivinhatória, observada atentamente, i. é., sobre a veracidade do conjunto de resultados ou enunciados formulados por meio da mesma técnica adivinhatória). P. Bouer, a quem mencionamos este fato e que o qualificou de “escândalo lógico” consagra-lhe um capítulo bastante estimulante de seu ensaio, em desenvolvimento, sobre as concepções “Tradicionais” da verdade.

justiça, a medicina, a política são todas tributárias dos diagnósticos, dos prognósticos e prescrições do *adivinho*, enquanto este último não precisa em nada dos serviços do padre, do curandeiro, do chefe ou do juiz para exercer sua função. Em suma, toda sociedade é tributária da adivinhação em momentos cruciais onde ela reconhece que a experiência, o saber, a tradição, a sabedoria ou a astúcia não têm aptidão para explicar o motivo da *contingência* da intervenção das forças ou de fatores invisíveis nos acontecimentos humanos. Por isso, poderíamos dizer que a *contingência do invisível é o domínio próprio da adivinhação*.

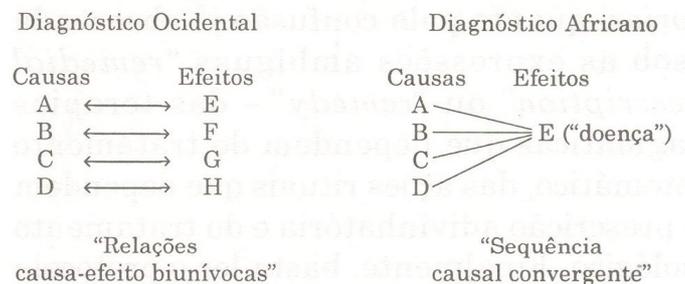
A prática adivinhatória tem por objeto casos ou problemas particulares que exigem soluções e demandam decisões próprias que levem à ação. Podemos classificá-los como eventos “aleatórios” em razão da *pluralidade* das seqüências causais das interpretações ou dos esquemas predizíveis, susceptíveis de constituir sua explicação, de determinar seu sentido e prefigurar sua solução, na mente das pessoas ou dos grupos confrontados com os dados em questão.

Voltando à “doença”, a operação adivinhatória básica consiste aqui (a) em *escolher* um agente, uma origem e uma solução (ou uma configuração) entre os agentes, as origens e as soluções (ou configurações etiológicas) possíveis da doença e, (b) em conferir a esta escolha o duplo valor de uma *sentença* e de uma *asserção*, isto é, de um enunciado *justo* e verdadeiro. Para seus clientes o adivinho não é um sábio, supostamente obrigado a dizer o que pensa, ponderado, previsível, racional: ele é *reconhecido* por estabelecer a verdade e, por outro lado, também está apto a se enganar. Sua palavra não é assegurada por sua autoridade secular ou religiosa. Seja como for, o enunciado adivinhatório é dado como verdadeiro e sancionável pela experiência, mesmo face às palavras astuciosas e ao cepticismo de seus clientes. Pergunta clássica e obrigatória: o

que acontece quando o fracasso do tratamento “*invalida*” o diagnóstico etiológico? Será que o invalida?

Segundo a teoria hoje clássica de R. Horton (1967,2:169-170), produzir-se-ia o que ele chama comutação da “causa”, o que em nossa terminologia seria basicamente do agente ou da origem da doença. Para este autor, o “pensamento tradicional africano” se diferenciaria da mentalidade “científica”, na medida em que ele substitui nas relações causa-efeito biunívocas (para tal efeito particular, tal causa específica) o modelo da “seqüência causal convergente”, ou da comutabilidade das causas invisíveis da doença, podendo esta ser atribuída a várias entidades invisíveis como a feitiçaria e a magia, os mortos ou espíritos aquáticos²⁴. No caso do fracasso do tratamento – e, portanto, da pro-

24. Horton (1967,2: 169) – representa, de acordo com nossa simplificação, os dois modelos de causalidade:



Resumindo o comentário do autor: o “pensamento tradicional africano” não aceitaria qualquer teoria que determinasse um efeito muito diferente a uma configuração particular das antecedentes. Segundo o primeiro modelo, “se E é desagradável e aplicável, sem ambigüidade a A, uma ação será realizada para eliminá-la, manipulando A. Se ela fracassa, o veredito consiste na invalidade da (relação) A—E: o mesmo acontecerá com B—F, C—D, etc. Contrariamente, segundo o modelo “convergente” se a ação para eliminar E, malogra”, não somos mais obrigados a admitir que (a conexão) A—E não seja válida: “we can say that perhaps B was present as a complicating factor... or we can say that A was not present at all, but only D...” African theories of, say, disease approximate to the second of these patterns rather than to the first... In most traditional cultures disease are thoughts to be caused by anger of several categories of spirits”

fecia –, os diagnósticos sucessivos fariam livremente a doença passar mais ou menos de um registro etiológico a outro.

Que pensar dessa teoria? A simples existência da causalidade *a priori* – das conexões citadas acima – permite, sob nosso ponto de vista, invalidá-la ou ao menos discutí-la. O resultado disso é que, na África como em demais lugares, um sintoma ou uma síndrome não são conferidos a qualquer origem ou agente, mesmo sendo invisíveis. Se a comutação dessas “causas” é verificada claramente na seqüência dos diagnósticos adivinatórios, ela não é livre²⁵: depende tanto da evolução do sintoma como das modificações do *contexto* intersubjetivo e social. Da mesma forma, entre os Zandé e os Wolof, a magia e a feitiçaria “convergem” para as mesmas situações sociais e para os mesmos sintomas ou síndromes. Por outro lado, a brilhante análise de Horton, criticada por C. H. Pradelles de Latour, peca, a nosso ver, tanto pelo desconhecimento da causalidade *a priori* quanto pela confusão já observada – sob as expressões ambíguas “*remedial prescription*” ou “*remedy*” – das terapias pragmáticas que dependem do tratamento sintomático, das ações rituais que dependem da prescrição adivinatória e do tratamento etiológico. Finalmente, basta ler o protocolo de consulta adivinatória, analisado mais a seguir por R. Devisch, para evidenciar que os

enunciados adivinatórios não se limitam todos às simples sentenças causais mas circunscrevem complexas *conjunturas etiológicas* onde os problemas hortonianos do fracasso da profecia e da comutação tornam-se, por fim, caducos. Nesse sentido, o contraste é, por exemplo, surpreendente entre a adivinhação pontual e analítica dos Moundang (Adler e Zempléni, 1972) e adivinhação yaka ou Ndembu (Turner, 1953).

Na opinião do mesmo autor, o desenvolvimento adivinatório e o científico são ambos racionais (Horton, 1967:1): consistem em relacionarem dois fatos empíricos por meio de um esquema ou de uma entidade “teórica” invisível e, portanto, inacessível ao senso comum. Dessa forma, o diagnóstico adivinatório utilizaria uma entidade invisível – mortos, divindade, feiticeiro – ou melhor, um agente, relacionando o fato empírico da “doença” *com outro também empírico* que o levou a gerá-la: por exemplo, um conflito de herança ou uma transgressão denominada *origem* e que para o autor é um *fato histórico* que o adivinho procura reconstituir. Será que os adivinhos africanos reconstituiriam a origem das doenças de tais fatos históricos, acontecimentos ou conjunturas particulares que provariam a origem da doença? Sobre isso os pontos de vista de S. Fainzang, Ch. H. Pradelles de Latour, R. Davisch são muito diferentes.

Passemos a outra questão. O que distinguiria as interpretações etiológicas dos terapeutas ou das pessoas mais próximas do doente e, os veredictos ou os julgamentos do adivinho? Por que o recurso à adivinhação e de onde vem a crença na veracidade da palavra do adivinho? A nosso ver, é preciso observar uma outra característica da operação adivinatória que se aproxima do ritual que extrai sua eficácia do próprio ato de execução. Os enunciados adivinatórios devem sua veracidade à *própria operação* que permite formulá-los. Quando, por exemplo, esta operação toma a forma da administração de

(N.T.: podemos dizer que talvez B esteja presente como um fator complexo ou que A, de forma alguma, não esteja presente mas apenas D.. “As teorias africanas afirmam que a ‘doença’ aproxima-se mais do segundo desses padrões do que do primeiro. Nas culturas mais tradicionais ‘doenças’ são conceitos causados pela cólera de várias categorias de espíritos”).

25. E ela parece mutável, segundo as sociedades, como testemunha a célebre monografia de G. Lewis (1915) que insiste sobre a sistematização das representações etiológicas *gnau*: uma mesma perturbação pode ser, segundo contexto, atribuída à grande variedade de agentes ou de origens. O grau de comutabilidade das “causas” seria, nesse caso, bem mais elevada do que, por exemplo, entre os Tiv.

um veneno a uma série de aves cuja morte ou sobrevivência colabora ou invalida "se p... então q...", previamente pronunciadas (zandé), da extração e da leitura das configurações de um fígado animal, das análises combinatórias geomânticas ou da abordagem analítica do adivinho "moundang", *a ação do adivinho* – a produção do presságio e a leitura do oráculo – *é o fundamento performático da veracidade de suas asserções*. A adivinhação é um ritual de *demonstração* e de *enunciação* de uma verdade oculta onde *o ato e a palavra estão*, indissolivelmente, ligados. Diríamos que um ato adivinhatório é, de certo modo, o inverso mecânico²⁶ de um enunciado performático. Ao dizer "eu lhe prometo..." o locutor diz alguma coisa e sua fala é ou se torna um feito: *"um ato de palavra"*. Ao executar seu gesto adivinhatório, o adivinho faz primeiro alguma coisa e seu feito não verbal é ou torna-se um dito: *um ato assertivo*.

Seja como for, quase sempre definimos a especificidade da "palavra "adivinhatória" como a de uma palavra "objetiva" ou "imparcial" apoiada nas respostas aleatórias de um dispositivo probalista (Park 1963). Ela aparecerá melhor numa rápida análise de um traço que caracterize tanto *a adivinhação inspirada* que privilegia a palavra emitida no contexto ritual de um diálogo ou de um

monólogo oracular (ver a adivinhação mediú-nica de R. Devisch), quanto *as mânticas objetivas* ("indutivas ou dedutivas") que estabelecem uma relação de recíproca implicação entre o ato e a palavra adivinhatória. Os enunciados analíticos do adivinho e as palavras inspiradas do médium têm uma propriedade comum: o indivíduo que as pronuncia se recusa *ab ovo* e é recusado por definição *como sujeito da enunciação*. O "diálogo" oracular ou a "comunicação adivinhatória" não é, portanto, assimilada nem assimilável a um simples processo de interlocução.

O sujeito da enunciação (aquele que fala) é, digamos, a entidade invisível (Terra, "Aranha", gênio, divindade ou instância) cujo adivinho "decifra" a mensagem ou cujo médium "transmite" a palavra. Supomos que essa entidade "diga" a verdade mesmo que não possa ser captada nas conjunturas humanas sujeitas à adivinhação. Entretanto, é preciso constatar que na prodigiosa diversidade das instituições adivinhatórias depa-ramo-nos com toda espécie de casos, que vão desde ao puro medianismo verbal e passivo de uma determinada entidade divina até a mântica instrumental mais pragmática e silenciosa que dispensa toda referência explícita à intervenção de um sujeito de enunciação invisível no cálculo semiológico simples e complexo do adivinho.

De fato, a alusão a um sujeito de enunciação invisível ou sobrenatural é menos importante que *a demonstração da eliminação do objeto de enunciação humana*. Para adotar a aproximação que permitiu a G. Bateson formular seu conceito de "dupla pressão", toda adivinhação, "inspirada" ou "indutiva", é um processo de comunicação que admite, como tal, dois aspectos ou atos bem diferentes: a) a transmissão de algumas mensagens ou conteúdos que dependem das escolhas, das sentenças, das conjunturas etiológicas: um ato de *comunicação*; b) a demonstração da origem e da natureza impes-

26. Tomamos emprestado este termo, inusitado em Francês, da psicologia cognitiva e mais particularmente de Bruner (1956: 1.68) que distingue três formas de "conhecimentos" e de "aprendizagem": mecânico, icônico e simbólico. O aprendiz de ferreiro, por exemplo, aprende tanto imitando ou repetindo o gesto de martelar (nível mecânico) quanto observando sem fazê-lo (nível icônico ou perceptível) ou fazendo-se explicar verbalmente e, tal circunstância, fora do contexto imediato da ação e da percepção (nível simbólico ou verbal). Evidentemente, estas "três formas de conhecimento" e de aprendizagem são, em geral, conjugadas. Mas sua "manifestação" recíproca e a insistência sobre a necessidade de sua "tradução ou integração" seriam, segundo Bruner, características distintas do mundo ocidental em relação às sociedades tradicionais africanas.

soais ou extra-humanas dessas mensagens que induz a *uma relação adivinhatória* entre o consultor e o adivinho: um ato de *meta-comunicação*. Segundo outro ponto de vista, o transe do médium (ou de outros acontecimentos “subjetivos”, como a incubação) e a operação instrumental “probabilista” do adivinho (ou de outros meios que se utilizam de objetos, como o agouro) são atos de *meta-comunicação funcionalmente equivalentes*. Focalizam a atenção em torno da eliminação e ausência do objeto da enunciação – da pa-

lavra – humana e, induzem assim o efeito de veracidade impessoal dos enunciados do médium ou do adivinho. Nesse sentido e, para simplificar, dizemos que a função adivinhatória é uma função arbitrária: curandeiros e parentes do doente são ao mesmo tempo juízes e participantes. O adivinho – ou o curandeiro na função de adivinho – não o é.

Para concluir voltemos ao nosso ponto de partida. Se o adivinho africano é o legítimo *expert* do diagnóstico causal da doença – e de tantas outras formas mais ou menos “elementares” dos eventos –, significa que

esse diagnóstico etiológico e o resultado do tratamento não têm, como vimos, por finalidade única a solução da perturbação individual que lhes é imposta. Eles têm também a função de converter a desordem biológica em *um problema de ordem social*, e aproveitar essa perturbação para desencadear um processo coletivo cuja finalidade latente e primordial é a regulamentação ou a modificação das relações políticas, econômicas ou sociopolíticas que unem e dispersam os grupos, os pais, os afins, os co-residentes,

que fazem parte do cotidiano da vida do doente; de harmonizar e resolver as grandes perturbações que afetam a vida desses grupos. Seja como for, os adivinhos e, grande parte dos curandeiros “tradicionais”, são os “experts” inegáveis das causas e igualmente dos sentidos sociais da “doença”. Já é tempo de realizar – porém distante dos caminhos biomédicos da eficácia – que essa “arte” não é um ersatz “mágico”, “primitivo”, “irracional” da medicina ocidental mas seu *lado menosprezado* que ela precisou reprimir, desassociando – com ou sem razão científica – o social e o biológico.

soais ou extra-humanas dessas mensagens que induz a *uma relação adivinhatória* entre o consultor e o adivinho: um ato de *meta-comunicação*. Segundo outro ponto de vista, o transe do médium (ou de outros aconteci-

lavra – humana e, induzem assim o efeito de veracidade impessoal dos enunciados do médium ou do adivinho. Nesse sentido e, para simplificar, dizemos que a função adivinhatória é uma função arbitrária: curandeiros e parentes do doente são ao mesmo tempo juízes e participantes. O adivinho – ou o curandeiro na função de adivinho – não o é.

Para concluir voltemos ao nosso ponto de partida. Se o adivinho africano é o legítimo *expert* do diagnóstico causal da doença – e de tantas outras formas mais ou menos “elementares” dos eventos –, significa que

esse diagnóstico etiológico e o resultado do tratamento não têm, como vimos, por finalidade única a solução da perturbação individual que lhes é imposta. Eles têm também a função de converter a desordem biológica em

que fazem parte do cotidiano da vida do doente; de harmonizar e resolver as grandes perturbações que afetam a vida desses grupos. Seja como for, os adivinhos e, grande parte dos curandeiros “tradicionais”, são os “experts” inegáveis das causas e igualmente dos sentidos sociais da “doença”. Já é tempo de realizar – porém distante dos caminhos biomédicos da eficácia – que essa “arte” não é um ersatz “mágico”, “primitivo”, “irracional” da medicina ocidental mas seu *lado menosprezado* que ela precisou reprimir, desassociando – com ou sem razão científica – o social e o biológico.

FABREGA, H.

1972 *Concepts of disease: logical features and social implications*, *Perspectives in Biology and Medicine*, 15: 583-616.

FAINZANG, S.

1984 *L'intérieur des choses. Maladie, événement et divination chez les Bisa de Haute-Volta*, thèse de doctorat de 3e cycle, Paris, E. H. E. S. S., 374 p. (inéédite).

FAVRET-SAADA, J.

1977 *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le Bocage*, Paris, Gallimard.

FRANKENBERG, R., LEESON, J.

1976 *Disease, illness and sickness: social aspects of the choice of healer in a Lusaka suburb*, in London J. (ed.), *Social Anthropology and Medicine*, London, Academic Press: 223-258.

GOOD, B. J.

1977 *The heart of what's the matter: the semantics of illness in Iran*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, I, 1: 25-58.

HALLOWELL, A. I.

1941 *The social function of anxiety in a primitive society*, *American Sociological Review*, VI: 869-881.

HÉRITIER, F.

1984 *Stérilité, aridité, sécheresse: invariants de la pensée symbolique*, in Augé M. & Herzlich C. (éd.), op. cit.: 123-155.

HORTON, R.

1967 *African Traditional Thought and Western Science*, *Africa*, XXXVII, 1: 50-71 et 2: 155-187 (republié sous une forme allégée in Wilson B. R. (ed.), *Rationality*, Basil Blackwell, 1970: 131-172).

JANZEN, J. M. & PRINS, G. (eds.)

1981 *Causality and classification in African Medicine and Health*, numéro spécial de *Social Science and Medicine*, 15B, 3.

KLEINMAN, A.

1973 *Medicine's symbolic reality: on a central problem in the philosophy of medicine*, *Inquiry*, 16: 206-213.

1978 *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*, *Social Science and Medicine*, B, 12: 85-93.

LERICHE, R.

1936 *Encyclopédie française*, t. VI.

LEWIS, G.

1970 *Knowledge of Illness in a Sepik Society: the Study of the Gnau, New Guinea*, London, The Athlone Press.

MALLART, L.

1977 *Médecine et pharmacopée evuzok*, Nanterre, Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative.

ORTIGUES, E. et M.-C.

1966 *Oedipe africain*, Paris, Plon.

PARK, G.

1963 *Divination and its social contexts*, *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 93, 2: 195-209.

PARSONS, T.

- 1951 *Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice*, in Parsons T., *The social system*, Glencoe, Illinois, The Free Press, ch. X (trad. fr. in *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955: 197-238; extrait républié in Herzlich C. (éd.), *Médecine, maladie et société*, Mouton, 1970: 169-191).

PRICE-WILLIAMS, D. R.

- 1962 *A case study of ideas concerning disease among the Tiv*, *Africa*, 32, 2: 123-131.

RIVERS, W. H. R.

- 1924 *Medicine, Magic and Religion*, London.

SINDZINGRE, N. & ZEMPLÉNI, A.

- 1981 *Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Sénoufo de Côte-d'Ivoire*, *Social Science and Medicine*, 15B, 3: 279-295.

SINDZINGRE, N.

- 1984 *La nécessité du sens: l'explication de l'infortune chez les Sénoufo*, in Augé M. & Herzlich C., op. cit.: 93-122.

SPERBER, D.

- 1980 *The Management of Misfortune among the Dorze*, in L. Hess (ed.), *Proceedings of the Fifth International Conference on Ethiopian Studies*, Chicago, Office of Publications Services, Univ. of Illinois at Chicago Circle: 297-315.

TURNER, V. W.

- 1953 *Ndembu Divination*, Rhodes-Livingstone Institute, Salisbury.
1968 *The Drums of Affliction*, Oxford University Press (trad. franc., *Les Tambours d'affliction*, Gallimard, 1972).

TYLOR, E.B.

- 1870 *Early History of Mankind*, London.

YOUNG, A.

- 1976 *Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology*, *American Anthropologist*, 78: 5-24.
1982 *The Anthropologies of Illness and Sickness*, *Annual Review of Anthropology*, 11 :257-285.

VANDERMEERSCH

- 1974 *De la tortue à l'achillée*, in Vernant J.-P. (éd.), *Divination et rationalité*, Paris, Seuil: 29-51.

ZEMPLÉNI, A.

- 1968 *L'interprétation et les thérapies traditionnelles des désordres mentaux chez les Wolof et les Lebou du Sénégal*, thèse de doctorat inédite, Université de Paris, 543 p.
1969 *La thérapie traditionnelle des troubles mentaux chez les Wolof et les Lebou (Sénégal)*. Principes, *Social Science and Medicine*, III: 191-205.
1974 *Du symptôme au sacrifice. L'histoire de Khady Fall*, *L'Homme*, 14, 2: 31-77.
1982 *Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique*, *Archives des sciences sociales des religions*, LIV, 1: 5-19.
1983 *Le sens de l'insensé: de l'interprétation "magico-religieuse" des troubles psychiques*, *Psychiatrie Française*, 4: 29-47.
1985 *La réhabilitation "magico-religieuse"*, in Pandolfi M. & Zempléni (eds.), *Etnopsichiatria Oggi*, numéro spécial de *Psichiatria et Psicoterapia* (Psichiatria Transculturale), Rome, 4, 1: 20-35.

ZIMMERMANN, F.

- 1980 *From classic text to learned practice: methodological remarks on the study of Indian Medicine*, *Social Science and Medicine*, 14B: 99-106.

Ciências Sociais no Brasil

O Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas distribui desde novembro de 1994 o informativo eletrônico *Ciências Sociais no Brasil*. Através desse informativo, os cientistas sociais podem receber e disseminar, de modo rápido e eficiente, informações sobre as instituições da área de Ciências Sociais.

Para assinar *Ciências Sociais no Brasil*, é preciso apenas ter um endereço de correio eletrônico e enviar mensagem para listserv@brlncc.bitnet, escrevendo, na primeira linha do texto, o comando *subscribe csociais <seu nome completo>*.

Para divulgar notícias sobre sua instituição, ou para obter maiores informações, escreva para o endereço eletrônico cpdoc@fgvrj.bitnet. Tanto a assinatura do informativo quanto a divulgação de mensagens são gratuitas.