

O CORPO SOB TUTELA – NOTAS BREVES A PROPÓSITO DO CORPO QUE NÃO SE TEM

CAROLINA LEITE *

RESUMO

É minha intenção levantar breves questões a partir da experiência, amplamente partilhada, de termos um corpo que, por vezes, é um corpo em estado de «doença». Sob fundo de interdito, o corpo foi objecto, nos últimos séculos, de uma vigilância que adensou o desconhecimento sobre as suas manifestações, gerando uma enorme opacidade na relação de cada um com o corpo que tem. Interrogaremos aqui o *corpo* como uma entidade complexa que gere e emite informações, e não como mero receptáculo para vírus e outros agentes do «mal». Diferentes contextos e motivações revelam *corpos* distintos. E assim, o «corpo doente» será entendido a partir do princípio de um *corpo em transformação*, cuja leitura será possível à luz do seu percurso, físico, emocional e relacional.

ABSTRACT

Departing from the shared experience of having a body, which occasionally is in a state of «disease», I will briefly re-examine various assumptions in this article. Often viewed as something interdicted, in the last few centuries, the body has been subjected to a type of vigilance that has weakened our understanding of its manifestations and obscured the relationship between each individual and their own body. I will take the *body* as a complex entity which generates and emits information and not as a mere receptacle for viruses and other «evil» agents. Different contexts and different motivations reveal different *bodies*. Therefore, the «sick» body will be regarded as a *body in transformation*. One's physical, emotional and relational life-course is therefore crucial for «reading» this body.

* Universidade do Minho.

«Viver é esquecer e, eventualmente, criar»

J. P. CHANGEUX

«A alma é a ideia que temos do nosso corpo»

ESPINOZA

1. Um corpo longamente assim pensado...

A condição de termos corpo, facto só aparentemente trivial, tem confrontado a espécie que somos com as mais variadas percepções dessa realidade. Tornaram-se dominantes as que tendem para uma visão que vai no sentido, não daquilo que ter um corpo *pode ser*, mas daquilo que ter um corpo *tem, obrigatoriamente, de ser*. Interesses múltiplos têm dinamizado essas nossas limitações perceptivas sobre o que ter um corpo, *pode ser*, exercendo uma poderosa acção na formatação daquilo que deve ser o imaginário certo do corpo que temos. As conclusões de Michel Foucault mostram-nos como no domínio concreto da sexualidade, o corpo foi sendo progressivamente entendido à luz de noções como o mal e a lei, tornando-se refém dos discursos e práticas de autoridade que foram assegurando o seu controlo. Religião, política e ciência – com destaque para a medicina – orquestraram, muitas vezes por reforço mútuo, o discurso oficial e autorizado sobre o corpo, sem outra porosidade que não fosse a resultante da própria sobrevivência desse controlo. Quanto aos «desvios» – e se os houve – foram sendo puníveis em graus que variaram da expulsão doméstica à indiferença social senão mesmo à fogueira pública.

A imagem do corpo, construída fora dos discursos da ordem, terá talvez um passado longo mas não amplamente partilhado. Alguma ideia de liberdade associada à construção de uma imagem, outra, do corpo, gera medos profundos de caos e desordem totais. A simples ideia de um corpo em busca de mais verdade ou maior amplitude ou, simplesmente, de um discurso que lhe pareça mais adequado à sua realidade, pode soar como a declaração alarmada de um estado de sítio. Como se a ordem social pudesse não sobreviver ao abalo quase discreto de uma dúvida de legitimidade. A história tem-nos empurrado para a *domesticação*, ora suave ora severa, que nos deixa a todos mais confortados no banho de previsibilidade própria de quem não questiona, não se questiona, nem mesmo ao nível do corpo que tem. Não sobrassem outras consequências, tudo estaria assim sanado.

Acontece, porém, que o corpo tende a exprimir-se, e não o podendo fazer na extensão própria da sua amplitude constitutiva, vê-se obrigado a utilizar outros recursos. Não fala: geme. Em suma, adocece.

Mas se as bruxas já não temem a fogueira, estamos então num reino de democracia no que respeita às imagens que podemos hoje ter e usufruir sobre o corpo?

2. Os mercados autorizados do corpo

A experiência de ter um corpo – há até quem pense que temos mais «corpos»¹ – é antes de mais a constatação das alterações a que está sujeito, nomeadamente aquelas que classificamos e vivemos como *doenças*. Ora a relação que associa saúde/doença/cura foi e permanece objecto da mais apertada vigilância por quem pensa deter o discurso certo – e mais uma vez único – sobre esta complexa mas entusiasmante relação: porque o corpo que adocece também se cura e, muitas vezes, cura-se a si próprio, sem qualquer intervenção exterior. E, no entanto, o que cada um de nós pensa ou questiona sobre as origens e as consequências desse estado chamado *doença*, é quase irrelevante face à concepção das soluções instituídas que governam a bolsa deste mercado. O sistema nacional de «cura» – e a palavra parece estar definitivamente fora de moda – embora acusado de enquistadas inoperancias, nem por isso abre caminho a que outras leituras e soluções o tornem mais eficaz, complementando-o nas suas fraquezas estruturais. De facto, trata-se de um mercado que se caracteriza pelo excesso de procura, pela escassa oferta e pela deficiência de grande parte desta. Poder-se-ia pensar que face às queixas de todos, profissionais e utentes sem falar nos zeladores de orçamentos, sempre extravagantes nos déficits, outras soluções, já testadas, pudessem contribuir para aliviar o sistema, inaugurando assim a fluidez sonhada e jamais concretizada.

Quando o cidadão anónimo decide evitar o serviço público de saúde, confiando numa outra terapia, rapidamente compreende que age por sua conta e risco, pois alguém se encarregará de lhe explicar que o Estado não reconhece essa escolha, logo, não usa o seu (dele, cidadão) dinheiro para lhe aliviar a despesa, por muito que essa terapia lhe tenha aliviado a dor. O Estado entende ter o monopólio da decisão quanto à cura a seguir. E esse padrão oficial inibe o cidadão de escolher: resta-lhe obedecer, aceitando o também já testado princípio de que alguém já pensou o que é melhor para

¹ São várias as tradições milenares que entendem o corpo físico como o mais denso de uma série de outros corpos que nos acompanham. Segundo certas concepções, o nível de experiência mais exterior é vivido pelo corpo físico, seguindo-se o corpo emocional, o mental, o astral, o etéreo, o búdico e o causal, correspondendo este à experiência interior mais profunda. (Brofman, 1999: 133). As designações variam conforme os autores, embora se mantenha a ideia de que estes diferentes corpos subtis correspondem a bandas de energia que rodeiam e interpenetram a parte física. A ciência moderna dirá, na sua linguagem própria, que o corpo humano é composto de campos energéticos. Estas emanações energéticas do corpo incluem campos eléctricos, magnéticos, sonoros, luminosos, electromagnéticos e de calor. No entanto, cada indivíduo tem um sistema energético próprio; também o modo como cada um interage e opera com as influências subtis circundantes varia de indivíduo para indivíduo. (Andrews, 1991: 18, 21).

ele. Não se lhe pede que pense e descubra, por tentativa e erro, por aconselhamentos diversos e porque não contraditórios, sabe-se lá por que outras fontes, mas que o podem levar a uma combinação que, do seu ponto de vista, lhe pareça a mais adequada. Não, pede-se-lhe que engrosse a lista para paciente. Uma história antiga que tem resistido, actualizando os argumentos que a sustentam.

Poucos ignoram o ritual composto pela clássica espera, horas sem fim em espaços tristes e doentios; prepotência, avulsa mas persistente, de enfermeiras, funcionários e médicos; e depois um vislumbre de consulta, pois são dezenas os pacientes que aguardam o médico, disputando-lhe a atenção. E não há tempo para conversas. Pede-se então aos *remédios prescritos – esses que sem cerimónia usurpam a palavra e a relação que ela supõe* – que actuem, com mais ou menos efeitos secundários, privados e públicos.

Existe instalada uma tirania que se atribui ao «sistema» e com a qual ninguém parece, de facto, dar-se bem. A queixa faz a unanimidade, qualquer que seja o lugar ocupado nesse sistema. Os médicos reclamam, sentindo-se cada vez mais, e apenas, um mero agente do complexo sistema administrativo em que a Saúde Pública se tornou, que lhes exige rentabilidade e não sucesso, lhes impõe regras estritas mas os exclui do seu verdadeiro papel: «O remédio mais usado em medicina é o próprio médico» (2000: 302), diz o cardiologista Marco Dias da Silva, alertando para o facto da despersonalização crescente na relação médico/paciente estar a comprometer, em grande parte, o alcance do próprio acto médico bem como das terapias praticadas. O outro lado desta mesma moeda é o sentimento dos médicos de serem cada vez menos respeitados pelos seus doentes, que parecem mais disponíveis para admirar qualquer estrela mediática acabada de promover, sem falar na frequente exigência de diagnósticos que lhes garantam tempo livre, senão mesmo uma reforma antecipada. As enfermeiras, pelo seu lado, disparam em queixas de falta de reconhecimento do seu trabalho, sobretudo, por parte dos médicos. Falando dos doentes, é conhecido, as queixas constituem uma litania de queixas e ressentimento. Face a este cenário de insatisfação generalizada, temos de concluir com Zeldin: «Ninguém previu a importância da falta de respeito de que iria sofrer o mundo» (1997: 32). Não deixa de ser significativo que, apesar da diversidade das tarefas e dos estatutos, o resultado prático da vida relacional dentro do sistema, se possa traduzir por uma experiência comum: a falta de reconhecimento. Um dispositivo, aparentemente essencial, parece faltar. Afinal, será que a indiferença ou, o não reconhecimento pelo trabalho do outro, terá a força de contaminar o sistema, atingindo cada um dos seus membros? A menos que a forte «consciência» desta situação leve alguns a distanciarem-se deste circuito? Interrogações.

3. Tradições curativas e mercado único

A ideia de estender a todos os cuidados que outrora eram privilégio de alguns e num país que tem dessa tentativa uma curta experiência², torna previsíveis disfunções de toda a ordem. E assim acontece. E isto não elimina a enorme transformação que nos últimos 30 anos o sector público da saúde tem protagonizado, com melhorias que diferentes indicadores podem provar³, para já não falar de alguns milagres modernos que a tecnologia tem permitido.

Apesar destas melhorias evidentes, são numerosos os que criticam o «sistema». No entanto, poucos parecem disponíveis para ir além das razões práticas e «administrativas», que são apenas a espuma de um impasse mais vasto, mais profundo e, para já, sem solução à vista.

A questão que aqui coloco está para além das «insuficiências» do actual sistema – a questão permanece, qualquer que seja o seu nível de disfunção – pois o que se interroga é, justamente, um dos seus fundamentos, isto é, a insistência na sua «verdade» única sobre o que é um corpo.

Não é de hoje que se pensa que a manifestação de distúrbios pode ser entendida para além da medicina somática que age, antes de tudo, com recursos de luta anti-sintomática. Jung, nas suas memórias, afirma:

«Vi muitas vezes que os homens ficam neuróticos quando se contentam com respostas insuficientes ou falsas às questões da vida. Procuram situação, casamento, reputação, sucesso exterior e dinheiro; mas permanecem neuróticos e infelizes, mesmo quando atingem o que buscavam. Essas pessoas sofrem, frequentemente, de uma grande limitação de espírito. A sua vida não tem conteúdo suficiente, não tem sentido. Quando podem expan-

² Como recorda Medina Carreira: «O verdadeiro direito à saúde, da responsabilidade do Estado, ou por sua conta e solicitação, só surge depois de 1945 e em alguns países mesmo, como o nosso, no início do último quartel do século XX.» (1996: 409). Antes e, nomeadamente, ao longo da Idade Média, as Misericórdias assumiram papel de relevo na assistência aos doentes.

³ Um dos resultados mais surpreendentes é o que diz respeito à mortalidade infantil que, em 1960 era da ordem de 77,5 por 1000 crianças, tendo descido, em 1990, para 9,1 por 1000. Estes valores traduzem certamente o resultado de políticas mas traduzem, igualmente, o esforço de muitos milhares de profissionais que, pela constância do seu trabalho, conseguiram, no curto período de 30 anos, reduzir de forma drástica, os valores da mortalidade infantil no nosso país.

Igualmente em matéria de recursos humanos, a mudança é significativa: o número de médicos que era, em 1977, de 142 por 100 000 habitantes, duplicou, em pouco mais de dez anos: em 1991 esse valor ascendia a 284 por 100 000 habitantes, o que posiciona Portugal numa situação próxima de outros países europeus e acima de alguns como a Dinamarca e a Holanda. (Medina Carreira, 1996: pp. 414 e ss.).

dir-se numa personalidade mais vasta, a neurose em geral cessa. Por esse motivo a ideia de desenvolvimento, de evolução tem desde o início, (...) a maior importância.» Jung não parece desprezar, em si mesma, qualquer destas escolhas. Também não faz sobre elas nenhum juízo crítico ou moralista. A chamada de atenção vai, sim, no sentido de evidenciar a não-adequação dessas dimensões na resolução de estados que exigem medidas outras e que, Jung, pela sua experiência, nomeia como *desenvolvimento e/ou evolução e/ou expansão numa personalidade mais vasta*. Parece que a mesma realidade pode ser formulada de um outro modo, por exemplo, quando Maria Gabriela Llansol nos lembra essas outras vidas por viver, e escreve: «*Seu espírito bravio dizia-lhe que, numa vida, há sobretudo microvidas independentes que ninguém ouve*» (2001: 89). Ora, esperar que tal facto aconteça sem consequências, esperar que tamanho silenciamento – admitido ou, nalguns casos, nem sequer identificado e portanto nunca verbalizado – se revele inócuo, traduz uma concepção de corpo assente num modelo reprodutivo e mecanicista. Não vivermos as outras microvidas que trazemos em nós ou, num outro nível, não encontrarmos o interlocutor para elas, pode revelar-se um fardo difícil de carregar. Nessas circunstâncias, a conformidade ao modelo tende a diluir-se: sobram então os «desvios», aqui, as doenças. Umas tratam-se, outras, nem por isso. Em todo o caso, escolhemos um atalho: atacar o *resultado* de um processo cuja economia pode conduzir ao fracasso. É mais difícil tratar vidas: e pensando ser pragmáticos e eficientes, tratamos doenças. Daí a necessidade seguinte: naturalizá-las. Retirá-las de contexto e torná-las tão aleatórias como o vento. Imprevisíveis.

Já os Gregos pensavam que a saúde era o estado de equilíbrio dos elementos, humores e qualidades do corpo e a doença a perda do mesmo, considerando Hipócrates «que o papel do clínico consistia em assistir o doente de maneira a criar condições para que a *vis medicatrix naturae* pudesse actuar, restabelecendo esse equilíbrio». (Pereira, 2001: 1095).

Hoje, não só esta ideia do médico visto como um «acompanhante», centrando o acto médico na dimensão relacional, se dilui, como a visão mais corrente é a que nos apresenta o ambiente em que nos movemos como sendo povoado de vírus, bactérias e outras formas de matéria que, na sua inteligência se divertem, complexificando-se e desafiando-nos para um interminável jogo do gato e do rato. A visão do corpo que nos é diariamente vendida é a desse corpo-refém que se deve armar para a guerra, sempre iminente. E como? Aprendendo a ler o corpo que tem?

Não, esse corpo refém, tolhido pela ameaça, torna-se o consumista ideal, para se prevenir e, ao primeiro sinal, «atacar» o sintoma, tentando assim «ganhar a guerra *contra* o invasor». A sua escolha é dirigida para o que parece ser um vasto leque de opções: as múltiplas marcas de medicamentos ao seu dispor. Inútil lembrar aqui a excelente saúde de que goza a

indústria farmacêutica ⁴ – não é para menos. À publicidade (sabemos que é dirigida aos consumidores mas também e, sobretudo, aos médicos, através de formas quase subtis) pede-se que ligue estas duas pontas da meada. E ela liga. Com o sucesso que se conhece ⁵.

4. Afinal, o que é um corpo?

«Depuis des années, les généticiens savent que des changements se produisent dans l'ADN. Ils ont constaté que des hélices d'ADN se sont ajoutées chez des personnes adultes. Cela irait de pair avec des changements dans la conscience. (...) Lors d'une interview, il [Dr Berrenda Fox] declara:

Des changements ont lieu, des mutations qui ne se sont jamais produites, selon les généticiens (...). Nous sommes en train de faire un saut d'évolution, et pourtant nous ne sommes pas au courant des changements qui ont lieu. Tout le monde a une double hélice d'ADN. Ce que nous découvrons, c'est qu'il y a d'autres hélices qui sont en train de se former. Dans la double hélice, il y a deux brins d'ADN torsadés en spirale. Ces changements ne sont pas publiquement connus, parce que la communauté scientifique a l'impression que cela effrayerait la population. Et cependant, les personnes sont en train de changer au niveau cellulaire.

Je travaille en ce moment avec trois enfants, qui ont trois hélices d'ADN. Certains adultes que j'ai testé ont réellement une deuxième hélice d'ADN qui

⁴ A recente entrada em vigor dos chamados genéricos, produtos já banalizados nos países europeus mais ricos, levantou ondas de choque e também algumas ameaças: «A indústria farmacêutica nacional, com um volume anual de negócios de 60 milhões de contos, calcula que a nova política do medicamento afetará o seu volume de facturação em mais de 40%. E afirma que esta não terá os efeitos desejados. «O PR [preço de referência] permitirá reduzir inicialmente os custos, mas a longo prazo as companhias sobreviventes vão apostar nos medicamentos de marca que não têm concorrentes genéricos ou em produtos inovadores, o que fará disparar os custos». (Ferreira da Costa: 25). Não é sem custos que se pede a um agente social que abdique de parte dos seus privilégios: é comum que tentem, por todos os meios, recuperar o território perdido. Assim é também na indústria farmacêutica, apesar da insistente imagem que dá de si própria no sentido de ser reconhecida como uma actividade movida, sobretudo, pelo interesse científico.

⁵ Ainda há bem pouco tempo se podia ler num artigo do Público os resultados de um estudo levado a cabo pelo Prof. Jorge Vasconcellos e Sá: «Os portugueses pagam em remédios nas farmácias 300 euros por ano»; «Somos dos países da UE em que os doentes mais gastam «per capita» com os medicamentos comparticipados (92% acima da média europeia)»; «A comparticipação do Estado é das mais baixas, pagando cada português em média, 32 por cento de cada medicamento comparticipado» (17 de Setembro 2002). Apesar do estudo – encomendado pela Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica – pôr a tónica na baixa taxa de comparticipação do Estado (que por acaso sabemos cada vez mais «aflito» para conseguir assegurar esta mesma taxa de comparticipação) seria muito elucidativo que um estudo detalhado nos traduzisse, em pormenor, o conteúdo deste consumo *percapita* de 300 euros ano. Consumos indispensáveis?

se forme. Certains forment même une troisième hélice. Ces personnes passent à travers des changements majeurs dans leur conscience et dans leur corps physique parce que tout cela ne fait qu'un» (Resch: 10).

5. O que poderá ser, então, um corpo?

Uma realidade demasiado complexa. Em todo o caso, uma realidade em mutação.

Se parece possível falar de transformação ao nível dos dados de partida que consituem um corpo, como acabamos de ler, também a experiência vivida nos revela essa mesma capacidade de mudança, por acção de circunstâncias extremamente diversas. Relatos de todos os tempos, ditos ou escritos nas mais diferentes culturas, deixam-nos o testemunho de situações menos comuns ocorridas, nomeadamente, no contexto desta relação corpo doente/cura. A perplexidade de quem testemunhou factos desta natureza, permite-nos procurar outras vias para questionarmos o que pode, então, ser *um corpo*:

«Na verdade, foi um assombro para nós que os doentes dissessem que estavam curados. Sendo Europeus, pensámos ter entregue aos médicos e aos padres a nossa capacidade de cura. Mas ali estava, ainda em nosso poder, (...) Sempre era nossa, éramos mais do que julgávamos».

Alvar Nunez Cabeza de Vaca, ao rei de Espanha, no início do século XVI (Dossey, 2001: 10).

Trata-se, é claro, de um relato que põe em confronto culturas distintas, neste caso Europeus e curadores de territórios conquistados pelos espanhóis, não coincidentes com os conhecidos na tradição ocidental. No entanto, igual perplexidade se produziu, e produz, diariamente, face a resultados inesperados, para não dizer incompreensíveis, no confronto entre as informações do diagnóstico e a realidade experimentada pelos «doentes». Num trabalho realizado, este ano, por finalistas do Curso de Comunicação Social, um grupo de estudantes recolheu a história de vida de uma colega de 19 anos, estudante de Psicologia, e que diz de si própria:

«(...) nasci totalmente cega e fui recuperando parcialmente até conseguir ver algumas luzes e algumas cores (...) é uma coisa estranhíssima. (...) deram conta que eu comecei a ver as cores porque eu fui começando a dizer as cores. É estranho porque eu conheço cegos que não têm noção nenhuma de cor. Eu imaginava muito como é que seriam as cores. (...) não sei de onde é que tirava as coisas, mas eu imaginava... Eu acho que quando vi as cores, eu devia-me ter mostrado surpresa, mas não senti. Eu tinha mais medo às formas e ao movimento porque eu quando comecei a ver era criança, tinha 5 anos, tinha medo porque não estava habituada ao movimento, havia movimentos um bocado esquisitos, sei lá, ficava muito na

defesa com o movimento. Mas com a cor, não, reagi muito bem. Reagi como se as tivesse conhecido...eu não sei...não posso descrever a sensação de uma cor, mas é como se ela sempre tivesse existido em mim. Como se tivesse existido em mim uma ideia dela, eu sei que isso não é possível, só que, sei lá, o cérebro das pessoas deve estar preparado à partida para reconhecer as cores, só que os olhos não dão essa informação (...) Eu não tinha uma ideia, eu tentava imaginar as cores (...) Para mim, as cores significam muito.»

«O mais engraçado é que quando eu estou a sonhar e não sou cega, eu não penso: que bom, eu não sou cega, estou a ver. É como se eu nunca tivesse sido cega (...) parece que eu, consciente, sei que sou cega, mas que para o meu inconsciente isso não existe porque eu quando sonho nunca sou cega e não estou feliz por não ser cega. É como vocês, quando sonham vêm e não ficam felizes por verem no sonho porque sempre viram. É uma coisa natural. Eu conheço cegos que quando sonham são sempre cegos. Eu não, eu estou a ver. Se calhar é tudo errado (...) **mas que eu vejo, vejo.** É muito giro, por acaso, nos meus sonhos liberto-me muito.»

«Os médicos até diziam que eu não ia ter solução e que ia ser sempre cega total. Eu recuperei muito por estímulos. O meu problema é no cérebro, não sei se sabem que **existem células no cérebro que não são definidas para nada, para coisa nenhuma específica e eu fui adaptando essas células à visão de uma forma inconsciente**, devido a muita estimulação. **No fundo, eu nunca me vi como uma pessoa cega, sempre vi a cegueira como uma coisa provisória.**» (Ramos *et al.*, 2002).

Mas se a *motivação* parece ser capaz de *adaptar* o cérebro a uma função-desígnio que, neste corpo concreto, faltava cumprir na experiência da visão, outras situações clínicas revelam diferentes *ousadias* na relação do corpo com os seus limites, congénitos ou adquiridos.

Martin Brofman explica, num dos seus livros, o percurso vivido a partir do momento em que uma operação falhada a um cancro da medula o deixa confrontado com o diagnóstico de dois meses de vida. A questão colocou-se, inadiável: como viver esse tempo contado?

«(...) Pelo tempo que me restasse de vida, qualquer que fosse a sua duração, queria ser feliz, sendo apenas eu próprio. (...) Tinha de ser sincero para comigo e verdadeiro em tudo o que empreendia. Os meus valores pessoais sofreram uma alteração. Passei a viver o momento presente e tudo aquilo que fazia, fazia-o pelo seu próprio valor, porque era realmente o que desejava fazer. (...) Dois meses mais tarde ainda estava vivo. (...) Faltavam ainda cinco meses para o Ano Novo. Se por algum milagre ainda permanecesse vivo nessa altura, iria celebrar o acontecimento com umas férias num paraíso tropical. O que na altura ainda não suspeitava era que essas férias iriam salvar a minha vida. Cinco meses mais tarde, dei por mim a celebrar a passagem do ano no *Club Méditerranée*, na Martinica, e aí tive uma conversa que me ofereceu novos horizontes com um homem que, no local, ensinava meditação Zen. Disse-me ele, «O cancro começa na tua mente e é aí que poderás ir para te livrares dele». Eu sabia o que ele me

queria dizer. Eu vi como o cancro era uma metáfora para todas aquelas coisas reprimidas e não expressadas. Eu vi a forma como o meu modo de vida anterior e a maneira de ser haviam conduzido à forma como eu me estava a matar numa multiplicidade de formas.(...) Era fundamental que eu permanecesse na companhia daquelas pessoas que estivessem dispostas a me encorajarem a chegar a essa meta, aparentemente impossível, que eu me tinha proposto atingir» (...) Foi nessa ocasião que desenvolvi um sentido de compaixão e de entendimento.» (1999: pp. 7 e ss.).

Os exemplos repetem-se: numa obra recente são dadas a conhecer situações de regressão espontânea de cancro (Dossey, 2001) bem como curas espontâneas de doentes de sida que recusaram a quimioterapia, a tri-terapia e outros tratamentos que enfraquecem o sistema imunitário. (UCLA News, 2002). O que estará, aqui, em jogo, que invalida as previsões científicas mais certas?

Estudos científicos recentes mostram (Peres, 1999: 215 e ss.) como num estado de relaxamento corporal e mental, que conduzem o indivíduo a um estado modificado de consciência, lhe é possível trazer à consciência factos e decisões de vida que podem estar na origem de comportamentos de padrão negativo e repetitivo. Este movimento de identificação, pela consciência, de transtornos vários e das suas prováveis causas permite, segundo os autores do estudo, reprogramar a decisão que levava a esse comportamento repetitivo não desejado, dando lugar a uma *redecisão*. Dito de outro modo, este parece poder ser um caminho para chegar às razões que desencadeiam, no corpo, sinais de desacerto ou ruptura.

Debrucemo-nos agora sobre um último exemplo, o que nos chega através da experiência da santidade e, mais concretamente, sobre a noção de corpo que lhe está associada.

Augusto Joaquim no seu texto «Em busca do Mirocórdio», chama a atenção para algumas das constantes que parecem resultar de experiências de espiritualidade e que o autor analisa com extremo detalhe. Escreve: «E «isso» [o que o autor designa por Mirocórdio, «olhar ou «auscultar o coração»] como estamos a ler, produz efeitos físicos, mexe com os sensores da percepção, altera os corpos e orienta as vontades para a *des-medida*» (Joaquim, 2002:5). Mais concretamente ainda, e num outro momento do mesmo texto, o autor acrescenta: «Em suma, os dons são *conaturais* ao corpo. No meu estudo, identifiquei 36, mas garanto que são muitos mais. Devo acrescentar que, na sua grande maioria, não provocam qualquer efeito visível, embora transformem irreversivelmente a *psicossomática*. Na realidade, alteram a própria noção do que seja um corpo. Podemos ainda considerar que as chamadas *ascese* e *mística* são apenas balbuciamientos no processo da sua apreensão (2002: 6).

A diversidade das situações aqui apresentadas mostra a *possibilidade real* de olharmos o corpo de um olho novo ou, pelo menos, mais atento a

algumas das múltiplas formas em que o podemos descobrir fora das fronteiras conhecidas. Humanos de cultura e tradições comuns e corpos, afinal, aparentemente tão distintos.

No entanto, a complexidade que está em jogo não nos permite ir além desta mera enunciação de factos, aparentemente dispersos, e ligados apenas por um mesmo questionamento: o que é um corpo? E só depois poderemos perguntar e compreender: o que poderá então ser um corpo doente? É possível que esse corpo doente – que além de responder à classificação *comum* daquilo que é um corpo, sendo que é, também, e sempre, uma entidade *singular* – esteja a pedir para ser contado.

Assim entendido, o corpo doente é algo mais do que um conjunto de sintomas pois essa é, apenas, a informação de que algo mais profundo está em jogo: talvez a *palavra* – «O que distingue o homem do animal é a palavra. Não a linguagem. Mas a capacidade para criar um mundo especificamente humano através de representações verbais: o mundo das palavras» (Cyrułnik, 2001) – constitua parte integrante dessa *imagem outra de corpo* que se adivinha mais vasta, mais imune à doença e mais capaz de criar neste mundo, lugares mais dialogantes.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREWS, Ted (1993) – *Como ver e ler a aura*, editorial Estampa, Lisboa.
- Aquém e além do cérebro* (1999) – *Actas do 2.º Simpósio da Fundação Bial*, Auditório da Reitoria da Universidade do Porto e Casa do Médico, Abril de 1998.
- BARRETO, António (1996) – *A situação social em Portugal, 1960-1995*, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- BROFMAN, Martin (1999) – *Melhore a sua visão*, Pergaminho, Lisboa.
- (2002) – «Despesas com medicamentos continuam a crescer», *O Comércio do Porto*, 4 de Maio, p. 18.
- DIAS DA SILVA (2000) – *Quem ama não adocece*, Pergaminho, Cascais.
- DOSSEY, Larry (2001) – *Palavras que curam*, Sinais de Fogo Publicações, Cascais.
- ENES, Carlos (1997) – «Doença de formação – faculdades põem em causa conhecimentos dos médicos», *Independente*, 16 de Maio, p. 34.
- FERREIRA DA COSTA, Joana (2002) – «Indústria farmacêutica declara guerra ao Governo», *Público*, 18 de Setembro, p. 25.
- FERREIRA DA COSTA, Joana (2002) – «Portugueses gastam 25 euros por mês em medicamentos», *Público*, 17 de Setembro, p. 24.

- GERSCHENFELD, Ana (1996) – «Mulheres resistentes à sida – novos resultados sobre uma possível imunidade natural ao HIV», *Público*, 20 de Novembro, p. 22.
- GOMES, F. Soares (2001) – «Parapsicologia», *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*, Vol. 22, p.p. 154-157.
- JOAQUIM, Augusto (2000) – «Anexos da edição portuguesa», pp. 229-333, in DAIX, Georges, *Dicionário dos Santos*, Terramar, Lisboa.
- JOAQUIM, Augusto (2002) – «Em busca do miocórdio», comunicação apresentada no ciclo de conferências promovido pelo Convento dos Dominicanos, Lisboa, (inédito).
- JUNG, C. G. (1992) – *Memórias, sonhos, reflexões*, editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro.
- LIANSOL, Maria Gabriela (2001) – *Parasceve*, Relógio d'Água, Lisboa.
- MEDINA CARREIRA, Henrique (1996) – «As políticas sociais em Portugal», pp. 365-498, in BARRETO, António (org.) – *A situação social em Portugal, 1960-1995*, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa.
- PEREIRA, Monteiro M. (2001) – «Medicina», *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*, Vol. 19, p. 442.
- PEREIRA, M. H. (2001) – «Hipócrates», *Enciclopédia Verbo Luso-Brasileira de Cultura*, Vol. 14, p. 1095.
- PERES, Julia (1999) – «Estudo electroencefalográfico em Estados Modificados de Consciência Induzidos pela Terapia Regressiva Vivencial Peres», pp. 215-221, in *Aquém e além do cérebro* (1999) – *Actas do 2.º Simpósio da Fundação Bial*, Auditório da Reitoria da Universidade do Porto e Casa do Médico, Abril de 1998.
- RAMOS, Alexandra ; ROCHA, Carla ; CARDOSO, Sara (2002) – « Criação de imagens por cegos congénitos », trabalho apresentado na disciplina de Questões Aprofundadas de Investigação, Curso de Comunicação Social, Universidade do Minho.
- RESCH, Patricia (2001) – «Nouveaux brins d'ADN et immunité renforcée», in *Spirale*, no 25, p. 10. (excerto de um artigo de Patricia Resch publicado pela revista belga *Feli-cité & l'Unité Humaine*).
- TOLLE, Eckhart (2001) – *O poder do agora*, Pergaminho, Cascais.
- UCLA NEWS (2001) – «Mutation du genre humain?», in *Spirale*, no 25, p. 10.