

CADERNOS DO IMS
VOL1 Nº2 MAI/JUN
1 9 8 7

**CADERNOS DO IMS, Rio de Janeiro: Instituto de
Medicina Social/UERJ, 1987.**

Comissão Editorial:

Maria Andréa Loyola

Benilton Bezerra Junior

Sérgio Carrara

George E. Kornis

Thales P. Luz

**Diretor do Instituto de Medicina Social
João Regazzi Gerck**

**Cadernos do IMS, v. 1, nº 2 (1987), RJ, IMS,
1987.**

v. 1 ; 31 cm

Irregular

**1. Medicina Social. I. Universidade do Esta
do do Rio de Janeiro. Instituto de Medi
cina Social.**

Capa: Paulo Crown

Diagramação: Graça Borges

Apoio: UERJ/PINEP

**Apresentação de colaborações e solicitação de exempla
res - Instituto de Medicina Social da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro.**

**Rua São Francisco Xavier, 524 - 7º andar - Bloco D
Maracanã - Rio de Janeiro
RJ - CEP 20.550**

Telefone: (021) 284-8322 ramal 2572

VOLUME 1 - NÚMERO 2

Apresentação	2
História político-institucional da homeopatia no Brasil.	
Madel T. Luz	4
Demanda psicoterápica e assistência pública: elementos para uma discussão.	
Benilton Bezerra Junior	25
Coleta de dados ou sistema de informação? O método epidemiológico na avaliação dos serviços de saúde.	
Maria Lucia F. Penna e Eduardo Faerstein	66
Um mal de folhetim ?	
Sérgio Carrara e Cláudia Moraes	79

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UERJ

INSTITUTO MEDICINA SOCIAL / UERJ
 - BIBLIOTECA -

ORIGEM Doação
 DATA 04 / 11 / 89

APRESENTAÇÃO

A continuidade e a manutenção de um padrão qualitativo tem se caracterizado como desafiadora cuja superação frequentemente tem sido lograda pela maioria das publicações científicas produzidas no âmbito da Universidade brasileira. Entretanto, embora conscientes da envergadura deste desafio, ousamos reafirmar, no momento da publicação do segundo número dos **CADERNOS DO IMS**, nosso propósito de contribuir para a superação desta trágica marca na trajetória destas publicações.

A formulação de nosso compromisso editorial pretende também, incorporar uma perspectiva pluralista crítica e criativa no processo seleção e divulgação de textos, voltados para a dinamização do debate e reflexão das questões relativas ao campo de saúde coletiva.

Este compromisso editorial se estende também ao propósito de tornar transparente o processo de trabalho intelectual dos docentes do IMS/UERJ, através da publicação de textos que, sob o signo da urgência de participar do debate sobre saúde no Brasil, expressem diferentes graus de maturação na elaboração de sua reflexão sobre a questão social no país.

Fundados neste extenso compromisso editorial é que publicamos os textos dos professores Madel

T. Luz, Benilton Bezerra Júnior, Maria Lúcia F. Penna, Eduardo Faerstein e, Sérgio Carrara, esperando que eles materializem a difícil passagem do campo dos propósitos para o campo da efetividade.

A Comissão Editorial

1

HISTÓRIA POLÍTICO-INSTITUCIONAL DA
HOMEOPATIA NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO
(1840 - 1859)

MADEL T. LUZ

HISTÓRIA POLÍTICO-INSTITUCIONAL DA HOMEOPATIA NO BRASIL: A IMPLANTAÇÃO (1840 - 1859) *

MADEL T. LUZ

RESUMO

Considerada uma "terapêutica alternativa" por uns, uma "medicina de nossas avós" por outros. Até recentemente, a homeopatia não tinha a inda sido estudada em suas raízes político-institucionais no Brasil. Este texto, analisa alguns aspectos dos embates políticos que a homeopatia enfrentou no período de sua implantação no país, há um século e meio.

Analisa, também, as principais diferenças, no nível da filosofia médica e dos princípios terapêuticos, ainda hoje sentidos face à medicina alopática.

O NASCIMENTO DA HOMEOPATIA: o fundador

Sabe-se, de um modo geral, que o fundador da homeopatia foi o alemão Samuel Hahnemann. Mas há um desconhecimento de quem foi, como viveu e o que produziu numa obra tão controversa ainda hoje.

* Texto produzido a partir de um trecho do 2º Relatório Técnico de Pesquisa do Projeto "Homeopatia, uma forma de atenção médica alternativa?", financiado pelo convênio FINEP/IMS-UERJ, a partir de 1987, coordenado por MADEL T. LUZ e MARIA ANDREA LOYOLA.

** Socióloga, professora do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS/UERJ; professora do Departamento de Ciências Sociais da UFRJ.

Nosso propósito agora é fazer um brevíssimo histórico da biografia e da obra de Hahnemann (1755 - 1843), no sentido de situar as origens da homeopatia brasileira no século XIX. Hahnemann, sendo pobre, sustentou seus estudos em medicina com a tradução de textos franceses, ingleses e italianos para o alemão, aproveitando seu talento para as línguas, tendo se doutorado aos 24 anos em 1779, pela Universidade de Erlangen. Cinco anos depois publicou seu primeiro trabalho importante, um ensaio onde criticava a ausência de princípios para indicar o poder curativo dos remédios.

Em 1789, ano histórico da revolução francesa, abandonou a clínica, profundamente insatisfeito com a "ausência de princípios" na terapêutica da medicina de sua época. Retomou suas traduções, agora de Matérias Médicas (Cullen 1790, Monro, 1791). Além disso publicou, ao longo de alguns anos, um grande Dicionário Farmacêutico, em vários volumes.

Escreveu também, durante esse tempo, artigos para uma revista médica na Alemanha, o Jornal de Hufeland, versando sobre questões médicas.

Traduzindo a matéria médica de Cullen, discordou da interpretação que o médico escocês dava dos efeitos e da ação da quina, no tratamento das febres intermitentes, que se verificariam, segundo Cullen, "por qualidades aromáticas e amargas", resolvendo experimentar a droga sobre si mesmo, na hipótese de que a quina pode curar a febre intermitente porque pode produzir um quadro febril semelhante em homens sãos.

A partir deste momento colheu, durante anos, observações

da ação de drogas em si mesmo e em outros homens sãos, observando o mesmo princípio da ação da quina, isto é, dos efeitos toxocológicos em homens sadios em relação aos sintomas de moléstias curáveis pelas mesmas drogas. A nosso ver, aqui reside um ponto central da teoria homeopática da ação do medicamento. Na verdade, ele (sô) é capaz de curar porque produz uma síndrome artificial medicamentosa no organismo já atacado por uma doença natural. Mobilizando-se para reagir contra a nova doença, o organismo vence a primeira, natural, e a artificial (induzida pelo remédio), porque esta é provocada em escala minimal, possibilitando o reequilíbrio do organismo.

Até o final de sua vida experimental os efeitos de mais de cem drogas, em homens sãos, constituindo com esta prática, o principal fundamento da terapêutica homeopática, isto é, a medicação do semelhante para curar o semelhante deve partir necessariamente da experiência no homem são. Em 1796 publicou no Jornal de Hufeland uma monografia intitulada "Ensaio sobre um novo princípio para achar as virtudes de um medicamento, com um golpe de vista sobre os princípios seguidos até hoje", em que defendia a idéia do semelhante como princípio ativo de cura das doenças, embora só em um trabalho de 1806, "Indicações de emprego homeopático dos medicamentos na prática (clínica) obrigatória", tenha nomeado seu método terapêutico pela primeira vez.

Entretanto, já em 1801 advogara a redução de doses como forma de tratamento e a necessidade de se ministrar apenas um medicamento de cada vez a cada doente.

A obra principal do fundador da homeopatia, que reúne to

dos os princípios do método homeopático foi publicada no ano de 1810, sob o título de Organon da Ciência Médica Racional, tendo tido seis edições revistas ampliadas pelo autor, sendo a sexta edição considerada a definitiva.

No Organon Hahnemann discute a teoria e a prática médica homeopáticas; os fundamentos da terapêutica *similia similibus curentur* (a cura dos semelhantes pelos semelhantes); a maneira de como estabelecer a escolha do medicamento adequado para cada paciente, em cada processo mórbido (princípio da individualização do medicamento); estabelece uma sintomatologia a ser observada típica da clínica homeopática (bastante detalhista e diferente em vários pontos da clínica oficial); mostra como conduzir uma consulta homeopática sem induzir no paciente os princípios ou suposições do médico; dá orientações sobre a relação médico-paciente, discorrendo sobre cura do doente inclusive no que concerne aos doentes mentais; afirma finalmente, que a finalidade básica da homeopatia e da medicina como um todo é curar, e não "teorizar sobre as doenças", cabendo aos médicos a tarefa única de restabelecer a saúde dos enfermos", colocando-se numa postura muito pragmática face à medicina de seu tempo.

O Organon é uma obra extremamente polêmica, e isso se demonstra desde o primeiro parágrafo, onde Hahnemann afirma que a única missão da medicina - e do médico - é curar, referindo-se à medicina contemporânea (do século XIX) como "teórica" e "vã". De fato é a isto que se refere o fundador da homeopatia quando alude aos "sonhos sábios que se chamam medicina teórica".

Na verdade, um conjunto de doutrinas médicas eclodiu na

Europa no século XVIII, no rastro dos avanços da fisiologia, da química, da física e da botânica, realizados nos séculos imediatamente anteriores. Tais sistemas, fossem eles animistas, mecanistas, vitalistas ou magnetistas procuravam as causas das doenças e deduziam geralmente a intervenção terapêutica a partir de um sistema lógico que aliava certas hipóteses a observações clínicas (de indivíduos doentes),

O interessante de se notar é que esses "sistemas" não eram o escudo de charlatães ou o refúgio de curandeiros, mas o núcleo da medicina científica da época. Os sistemas médicos eram adotados nas escolas, nas academias, nas associações médicas, onde se degladiavam; faziam sucesso nas cortes, onde os médicos se tornavam figuras socialmente prestigiosas, ou repentinamente "desgraçadas".

Tornam-se compreensíveis, aliás, estas rápidas ascensões e quedas, se atentarmos para o quadro de saúde da época. Face às doenças petilenciais (peste, cólera, lepra) que, herdadas dos séculos anteriores, predominavam ainda no Velho Mundo; às epidemias que mais recentemente varriam-no periodicamente (varíola, "febres intermitentes", vírus de "influenzas"); às endemias, mais antigas, que os colonizadores transportavam para o Novo Mundo (tuberculose, sífilis e outras doenças venéreas, etc.), os sistemas dos séculos XVIII e XIX tentam responder, no nível de teoria médica e da intervenção terapêutica, ao grande mal da doença, que, junto às fomes e às guerras, constituiu durante séculos o grande flagelo dizimador de populações da Europa. Não é nosso propósito aqui analisar a relação entre esses males e seus condicionantes, isto é, as péssimas condições sanitárias e nutricionais dessas populações. Basta-nos assinalar

que a gestação do capitalismo se deu em tais condições e que a produção de novas teorias e conhecimentos, seja em física, química, fisiologia, seja, posteriormente, em medicina, não pode ser desligada das grandes "urgências" que o processo de formação da nova sociedade gerava, seja no nível da reprodução social. Os grandes sistemas médicos dos séculos XVIII e XIX não são exceção a esta regra, ao contrário. Beneficiadas pelos avanços recentes da farmacologia, que se deram pela manipulação de drogas desde o século XVII, apoiadas na anatomoclínica, que dava seus primeiros passos, as grandes teorias médicas constituem-se realmente em sistemas explicativos racionalistas que buscam o caminho do experimentalismo ainda de forma empírica, utilizando como cobaias os próprios doentes.

Era comum, porisso, no século XVIII e ainda durante o século XIX receitarem-se e aplicarem-se as mais diversas drogas ao mesmo doentes que, não raro, "morriam da cura". Por outro lado, tinha-se separado doente e doença, caminhando-se, através do exame clínico e da anatomia patológica, no sentido da descoberta de várias patologias e constituindo-se aos poucos um quadro classificatório de doenças.

É nesse clima que Hahnemann elabora também o seu sistema médico. Entretanto, pretende que o seu seja em tudo diferente dos que constituíam a medicina da época: no método, que ao invés de "dedutivo" e "lógico", pretende sistematicamente experimentalista; na intervenção terapêutica, que ao invés de "empírica" e "arbitrária", por que penetra no "interior invisível do corpo" do doente à procura das causas próximas da doença, pretende mais prática e de maior eficácia. Finalmente, na própria con

cepção do processo saúde-doença, que pretende mais "científica", na medida em que toma como ponto de partida desse processo o homem como totalidade indissociável, o indivíduo doente, e não partes desse indivíduo que são atingidas por alguma patologia que as invade como um inimigo desconhecido que ataca fortalezas desguarnecidas em pontos chaves. Este modelo guerreiro, de batalha entre doença inimiga e organismo vulnerável, que aos poucos vai conferindo imagem à medicina no início do século XIX, repugna ao fundador da homeopatia. Entretanto, durante o século XIX os médicos não cessarão de procurar as "causas próximas" da doença até descobri-las, através do conceito de agente patogênico. Abandonarão assim o conceito de causalidade, descendo do patamar metafísico para o positivo, no sentido Comteano, fazendo da medicina não mais um sistema racionalista explicativo, mas uma prática experimentalista, apoiada nas ciências básicas mais avançadas: a química, a física e, sobretudo, a biologia.

Nada mais será "invisível" no campo humano; todas as doenças serão explicáveis por sua causa próxima; somente a "essência íntima da vida" será deixada de lado, juntamente com o indivíduo doente.

Já na metade do século XIX a medicina só tratará de doenças. Colocará para o indivíduo suas regras da normalidade e da doença. Estar doente doravante representará comportar-se de acordo com padrões específicos de morbidade. Os médicos buscarão no doente sua doença, combatem-na com os fármacos de que dispõem, específicos para cada morbidade. Verão na morte não mais o final de um processo vital, mas o sinal de sua derrota. A doença e a morte serão, assim, cada vez mais os inimigos

da medicina.

Estamos bem longe de Hahnemann, para quem o adoecer é visto como um processo vital do indivíduo no sentido de equilibrar-se como totalidade bio-psíquica. Se há processo similares de adoecer, idênticos mesmo, possibilitando o traçado de um quadro de morbidades, entretanto, para o fundador da Homeopatia, cada indivíduo que adocece de uma morbidade qualquer, adocece de acordo com sua história biológica, psíquica, familiar, sexual, temperamental, caracteriológica, etc.

Para tratar esse indivíduo, atingido em seu equilíbrio de maneira extremamente pessoal, há que buscar o medicamento que mais se aproxime de suas particularidades morbígenas, na dosagem que mais o sensibilizar para a cura.

Hahnemann combate, assim, o princípio terapêutico mais caro à medicina oficial do século XIX: que uma doença só pode ser combatida por um (ou mais de um) fármaco, que seja ao mesmo tempo específico para aquela patologia, e geral para todos os indivíduos portadores de tal patologia. Além disso, quanto mais elevada for a dose quimicamente, e de propriedades contrárias ao fenômeno mórbido instalado, mais eficaz deverá ser para eliminá-lo. Excetuando-se as vacinas, que tem caráter preventivo das doenças de massa, os princípios terapêuticos da medicina da época vão caminhar no sentido oposto ao da homeopatia, embora em busca da cura fosse, ao tempo de Hahnemann, semelhante. Apesar da direção não ser a mesma, acabou havendo colisão.

Com efeito, a medicina do século XIX, que estava defini

do sua fisionomia no nível do saber com a anatomia patológica e o estudo das causas próximas (etiologia) das doenças, não poderia conviver com um sistema médico, que embora partindo da mesma fisiologia, da mesma anatomia, de uma clínica semelhante, advogasse uma terapêutica completamente oposta e tivesse uma concepção de organismo, saúde e doença tão díspar.

Do ponto de vista da terapêutica, as disparidades são nítidas:

1ª) à generalidade da doença, Hahnemann opõe a singularidade do doente: o indivíduo doente é o objeto da sua terapêutica, ao invés de se combater simplesmente a doença no indivíduo;

2ª) o (remédio) semelhante deve curar o (quadro sintomático) semelhante, ao invés do (s) medicamento (s) contrário (s) que se propõem a eliminar a patologia contraída;

3ª) os remédios só devem ser testados em homens sãos, ao invés de em homens doentes e/ou em animais;

4ª) os doentes não devem tomar um medicamento com mais de uma substância, nem devem ser tratados com mais de um medicamento, enquanto se observa o efeito deste medicamento, ao invés da mistura de substâncias e de medicamentos costumeiramente indicada pela medicina do seu tempo;

5ª) a dosagem do medicamento deve ser adaptada a cada paciente de acordo com sua capacidade reativa, e não segundo uma norma universal concebida em função de en

tidades patológicas;

6a) a capacidade terapêutica dos medicamentos só se mostra em todas as suas propriedades quando estes são submetidos à trituração e à succussão, em diluições específicas, ao invés das doses quimicamente concentradas em uso na medicina oficial. Estas, são consideradas por Hahnemann paliativas, porque a melhoria do doente, em geral sintomática, é sempre transitória.

Do ponto de vista da concepção de organismo, saúde e doença também são díspares as posições:

1a) As definições de organismo não são as mesmas. Hahnemann distingue o organismo material (ou corpo material), que executa as nossas funções vitais e drena todas as nossas sensações, da força vital, (a "dínamis"), ou mais recentemente, energia vital, que anima este organismo material em todos os seus pontos, mantendo-lhe o funcionamento equilibrado e harmonioso. Esta energia vital é um princípio imaterial que, deixando de operar no organismo ele está morto, decompondo-se nos seus elementos químicos.

Entretanto, para a medicina do século XIX, paulatinamente o organismo vai ser identificando com a totalidade dos seus sistemas, órgãos e funções. Portanto, com o que Hahnemann denomina "organismo material". Do ponto de vista da doutrina médica, o princípio de imaterialidade da força ou energia vital não precisa ser a "alma", mas na verdade, a concepção Hahnemanniana deixa implícita uma visão espiritualista de organismo, que a medicina, à medida em que se torna positiva, cada vez mais execrerá. Lembremo-nos que a medicina moderna estava saindo de um período racionalista, com o século

das luzes, caminhando sempre mais no sentido materialista, encontrando finalmente seu leito natural no positivismo.

2ª) A concepção de saúde e doença. Aqui também há disparidades.

Para Hahnemann, a saúde é o equilíbrio da energia ou força vital. Há, no caso, uma definição positiva de saúde, ligado ao princípio de harmonia do dinamismo vital. Quando qualquer agente hostil à vida, externo ou interno, atinge o indivíduo, este princípio de harmonia se altera pelo dinamismo do agente hostil. Neste caso, a energia vital se altera, mudando seu ponto de equilíbrio, produzindo no organismo sensações desagradáveis, inclusive os processos irregulares que são conhecidos como doenças. O ponto chave de entendimentos da teoria homeopática no processo de produção da doença é que esta se evidencia por um conjunto de sintomas (mentais, físicos, comportamentais) em cada indivíduo. Este conjunto é o ponto de partida e de chegada do clínico homeopata.

Quando à medicina do século XIX, como já acentuamos nas páginas anteriores, considera a patologia como ponto chave de explicação, classificação e de combate das doenças, de tal forma que considerará no indivíduo basicamente aqueles sintomas típicos que apontam para esta ou aquela doença. Por outro lado, a saúde será definida como "estado normal", e a normalidade será considerada em função da ausência de certos sintomas vistos como patológicos. De fato, este é um princípio de oposições nítido, face à Hahnemann:

"Considerar a doença como entidade separada do todo vivente, isto é, do organismo e sua força vital animadora, só pode ser fruto de mentes materialistas" (*)

* A arte de curar pela Homeopatia (Organon de S. Hahnemann) parágrafos 9 - 13.

Neste sentido, para o homeopata, restabelecer a saúde de um indivíduo é restabelecer-lhe a harmonia do dinamismo da vida (o equilíbrio energia vital ↔ organismo material); isto se dá pela eliminação do conjunto de sintomas como um todo. Tal "cura" só se consegue, para Hahnemann, com o emprego do medicamento adequado na dose adequada para o indivíduo doente, pois o remédio atuará no processo mesmo de adoecer do indivíduo, enquanto combate a doença atual. Esta definição de cura é também distinta da medicina oficial, para quem a cessação dos sintomas imediatos era o critério de eficácia do medicamento e de volta ao "estado normal" do paciente. Assim, durante o século XIX, progressivamente se confundiram cura e cessação de sintomas físicos. Para o fundador da homeopatia, entretanto, não se está, neste caso, restabelecendo a saúde do doente, mas aprofundando-lhe a doença, pela supressão dos sintomas. Hahnemann concebe a doença como um processo que se aprofunda, partindo da superfície (sintomas mentais, comportamentais, e epidérmicos) para o interior do organismo, chegando à fase mais interiorizada (e mais grave e crônica) quando lesiona órgãos ou sistema. Desta forma, o ponto final do adoecer para Hahnemann, é o ponto inicial (porque observável em termos de anátomo-clínica) para a medicina alopática. Enfim, para Hahnemann, há uma fase "invisível" da doença, pré-orgânica (no sentido alopático o de organismo).

Na verdade, com esta visão de organismo, de saúde e doença, e de terapêutica, Hahnemann torna-se rapidamente alvo das críticas e perseguições dos médicos e farmacêuticos de sua época, tendo enfrentado muitas perseguições, querelas e divisões entre seus próprios discípulos.

Já aos 80 anos mudou-se para Paris, onde morreu em 1843, aos 88 anos. Até bem perto de sua morte escreveu e clinicou de acordo com os princípios do método que fundou. Em Paris os expandiu, como o fizera na Alemanha e na Austria, sempre em meio aos protestos da medicina oficial.

Foi em Paris, exatamente, que teve contato com o Dr. Bento Mure, ex-comerciante francês de Lion, que se tornara adepto da homeopatia, "depois de ter tido sua vida salva por ela".

O Dr. Mure veio para o Brasil em 1840, onde permaneceu durante quase oito anos, e aqui introduziu e expandiu a prática da homeopatia que tantas polêmicas haveria de provocar junto à medicina oficial de nosso país.

A HOMEOPATIA NO BRASIL DO SÉCULO XIX: sua implantação (1840-1859)

A medicina conheceu um grande desenvolvimento no Brasil a partir da constituição do estado nacional, após a vinda de D. João VI e sobretudo depois da Independência, na década de 30. A corporação médica em formação assumira através do ensino médico, o monopólio do saber e da prática médica, assegurando-se uma fatia importante de poder na sociedade, com a implantação de um projeto de medicina social *. As estratégias de poder se acentuam, da parte dos médicos, com a criação das Escolas ou Faculdades de Medicina, em 1832, e com a transformação da So

* Ver MACHADO et alii. Danação da Norma - Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil, Rio, Graal, 1978, parte II, Cap. 1 e 2.

cidade de Medicina do Rio de Janeiro em Academia Imperial de Medicina, em 1835. Um e outro evento conferem à corporação médica o selo do poder de Estado.

Desta maneira, quando a homeopatia aqui aporta com o Dr. Mure, a medicina está em pleno canto ufanista:

"Durante toda a primeira metade do século XIX(...) a medicina canta o seu louvor - a posição e a importância da medicina, as virtudes do médico, as vantagens do reconhecimento da "verdadeira medicina" - e cria o charlatanismo como desvio" *

A medicina procura se expandir, limitando e cercando os espaços institucionais de saberes e práticas concorrentes, seja em capanhas públicas, através de periódicos e jornais, e de teses acadêmicas que, de 1841 (um ano após a chegada do Dr. Mure) a 1855 crescem em volume considerável, seja através da legislação e de normas, obtidas junto a Corte e à Câmara Legislativa. Os homeopatas são os novos e os piores charlatões a serem combatidos, porque são médicos e se apresentam como enunciadores de um saber científico e de uma prática clínica mais eficaz, referindo-se à medicina oficial como "velha medicina" ou "medicina tradicional".

Enquanto a medicina garantia a reprodução do seu saber através do curso médico que, no seu currículo de cinco anos, formava doutores em medicina e cirurgia, a homeopatia pretendia formar seus médicos com seu próprio currículo, num período de tempo inferior ao da Escola Médica, com um tipo de conteúdo que não se enquadrava no modelo oficial. Além disso, admitia formar uma clientela leiga, escolhida segundo seus próprios critérios, isto

* MACHADO et al. op. cit. p. 194.

é, sem um exame prévio de entrada, sem nenhuma seleção social. Mais de trinta anos tinham se passado desde que D. João VI fundara as primeiras Escolas de Medicina no Brasil; já se haviam proposto algumas reformas de ensino; os médicos já haviam conseguido retirar da Fisicatura (órgãos do Império) o poder de conferir diplomas ou títulos em medicina e de legislar sobre higiene pública.

É, portanto, no plano das instituições médicas, e sobretudo na Escola Médica (através do seu corpo docente) e na Academia Imperial de Medicina, que os homeopatas encontrarão seus adversários implacáveis. É preciso assinalar, no entanto, que o tom das polêmicas não permaneceu sempre no nível acadêmico. Ao contrário, fez parte das estratégias de desmoralização dos homeopatas não só seu desmascaramento em termos de ciência, como a acusação de vários delitos: médicos, morais ("concubinato"), penais, (assassinato, envenenamento), sexuais (sedução), e até mesmo políticos (comunismo)*

O Dr. Benoit Mure, e alguns médicos franceses adeptos da homeopatia que neste momento se fixam no Brasil, sobretudo no sudeste, são tratados como estrangeiros, figuras indesejáveis de hábitos e moral duvidosos. É interessante analisar algumas das acusações que se fazem contra os homeopatas. Tais acusações foram feitas pelos médicos, e transcritas em periódicos, seja da medicina oficial seja da homeopatia (neste caso, com o intuito de

* Machado et al., op, p. 207. Ver também, em João Vicente Martins, no periódico dos homeopatas *Sciência*, de 1849, pp.227-280, a alusão a uma acusação de assassinato contra o Dr. B. Mure veiculada pelo *Archivo Medico*, em 1848.

responder, é claro), apresentando sempre os homeopatas como indivíduos "grosseiros", "desclassificados", "viciosos".*

É difícil avaliar a veracidade ou a natureza dos vícios que se atribuem aos homeopatas. É suficiente anotar que, a acusação que se faz contra estes estrangeiros, que não tem as "maneiras polidas" e os "costumes severos" do verdadeiro médico, é nitidamente política, uma vez que não há acusação de prática médica criminosa. Ao contrário, as denúncias que se fazem no periódico de Academia Imperial de Medicina, de caráter aparentemente moral, é de que tais figuras encontrem protetores e aliados, que fundem casa de saúde e, literalmente, façam escola. Não contentes com estes delitos professem crenças política de todo condenável (o "comunismo")

Há que saber distinguir, portanto, no combate aos homeopatas do período da implantação, por trás das acusações morais e políticas, certos interesses da natureza econômica e corporativista.

Se se analisa o material histórico de acusação e defesa contra a homeopatia, constata-se que a acusação de delito médico, propriamente dito, é minoritária na fase de implantação da hemeopatia no Brasil. Como a acusação a qualquer curandeiro, aliás. Acusa-se tal "categoria" mais de exercer a medicina sem ter seguido o curso médico recém-reconhecido, que propriamente de errar em diagnóstico ou terapêutica, ou de matar ou prejudicar os pacientes por erros desta natureza.

* Machado et al., idem.

Na verdade, a medicina clínica da primeira metade do século XIX, pré-Claude Bernard, sequer podia argumentar que era "mais científica" que as outras práticas. O nível do combate colocava-se, portanto, mais na estratégia política pelo controle dos espaços institucionais e pelo mercado de trabalho que na discussão propriamente acadêmica.

Não é de estranhar, portanto, que o Dr. Benoit Mure (em português Bento Mure) se veja envolvido, em 1848, de acusações graves, como a de ter "assassinado a filha de sua concubina" * Acusação tanto mais grave pelo fato de o Dr. Mure não se encontrar mais no Brasil. Daqui partira meses antes, descontente com a campanha contra a homeopatia e as primeiras divisões entre os homeopatas.

Talvez mais grave que a acusação (não totalmente explícita, aliás) de homicídio, seja a acusação moral de viver em concubinato em pleno século XIX, e a acusação velada de sedução (e posterior assassinato) de menor.

Acusações que os homeopatas rebatem frontalmente no seu periódico Sciencia e no diário Jornal do Comércio. Entretanto, mais do que as acusações improvas, o que

* A acusação foi divulgada no Archivo Medico Brasileiro, "redigido e publicado pelo Dr. Ludgero da Rocha Ferreira Lapa", segundo o periódico homeopático Sciencia, 1848, p.278, que anuncia também a extinção do Archivo Medico devido à "calúnia" divulgada: "O Archívo Medico acabou: uma acusação de assassinato por ele feita contra o Dr. Mure foi o último de tantos escândalos em que essa folha tinha feito ser a liberdade de imprensa um mal, quando ela é um bem que tanto sangue tem custado para se alcançar".

nos chama a atenção é o envolvimento, através dos homeopatas, da homeopatia, "essa ciência divina, que foi professada pelo Mure, negociante de Lyon..." Em outras palavras, que ciência é essa, professada por comerciantes estrangeiros, que se envolvem em situações tenebrosas do ponto de vista moral e político? O que se pode esperar de charlatães deste nível?

É preciso lembrar que o Dr. Mure tinha também uma participação política, do tipo socialista utópico, tendo chegado ao Brasil com intenção principal de fundar um fanstério na província de Sahy, em Santa Catarina. Não tendo, porém, obtido sucesso na tentativa, dedicou-se inteiramente à propaganda homeopática. Tratava-se, portanto, de indivíduo duplamente militante; do ponto de vista político e do ponto de vista médico.

Os alopatas tinham razão em tomar suas precauções. Responderam ao "apostolado" dos homeopatas com a desmoralização de suas doutrinas. Se não puderam fazê-lo provando que se tratava de doutrinas errôneas e anti-humanas, pelo menos desmoralizaram seus defensores.

Em suma, o que podemos deduzir da natureza dos textos acusatórios e das peças de defesa analisados até o momento pela pesquisa é que a polêmica homeopatia-alopatia, na fase de sua implantação no Brasil, sobretudo nos anos quarenta e cinquenta, é muito mais político-institucional do que acadêmico-científica.

Trata-se de uma disputa concorrencial de saberes com características similares (medicina científica) pelos espaços de poder institucional disponíveis. É claro que esses espaços são basicamente os da produção e reprodu

ção do conhecimento (Escola Médica, Academia) e os da prática de intervenção (hospitais, enfermarias, dispensários, e a própria população).

Assim como os doutores da medicina tinham, nos anos imediatamente anteriores, chegado a oferecer espaços de medicina gratuita para a população pobre, numa estratégia de arrebatador os clientes da medicina popular, os homeopatas desenvolverão também suas estratégias de legitimação e afirmação diante da sociedade e do Estado. As principais estratégias, destinadas aos diferentes espaços de atuação possíveis naquele momento, visavam à institucionalização da homeopatia e à "superação" da medicina tradicional.

Entre essas estratégias, as mais importantes foram: institucionalização da homeopatia através do reconhecimento legal do ensino homeopático; reconhecimento da homeopatia pela Academia Imperial de Medicina, através do debate científico, ou pelo menos de aceitação dos homeopatas como legítimos médicos; fundação de clínicas, hospitais e dispensários homeopáticos, onde se pudesse exercer a prática médica e comprovar (ou negar) a eficácia terapêutica da homeopatia através da experiência clínica; propaganda de agitação popular "convertendo" os possíveis pacientes à verdade da homeopatia; formação de farmacêuticos e leigos em cursos de curta duração para que pudessem exercer a prática homeopática sem precisar da faculdade de medicina, bastando para isso recorrerem às matérias e manuais médicos homeopáticos da época; divulgação dos "milagres" da homeopatia (curas operadas em casos considerados perdidos pela medicina oficial) pelos pacientes em órgãos de imprensa e entre amigos; "conversão" de médicos alopatas

à homeopatia, através do convencimento da superioridade da medicina homeopática face à medicina alopática; atenção médica gratuita para a população pobre, no sentido não só de arrebatá-la da clientela da medicina oficial, mas também de legitimar-se diante da sociedade civil, afirmando a superioridade científica e ética da homeopatia. Finalmente, e talvez aqui resida a arma estratégica mais importante, a fundação de Institutos de Homeopatia por todo o Brasil, capazes de organizar a produção e a reprodução do saber homeopático, assim como divulgar e expandir a prática da homeopatia através da propaganda.

Estas são as principais estratégias que os médicos fundadores da homeopatia no Brasil e seus primeiros convertidos organizaram no período de implantação da medicina homeopática no país, isto é, dos anos quarenta até o final dos anos cinquenta. No entanto, pode-se afirmar que a história da homeopatia no Brasil tem sido, até hoje, a história das marchas e contra marchas dessas estratégias dos homeopatas face à medicina alopática.

2

DEMANDA PSICOTERÁPICA E ASSISTÊNCIA PÚBLICA:
ELEMENTOS PARA UMA DISCUSSÃO

BENILTON BEZERRA JUNIOR

DEMANDA PSICOTERÁPICA E ASSISTÊNCIA PÚBLICA: ELEMENTOS PARA UMA DISCUSSÃO *

BENILTON BEZERRA JUNIOR **

RESUMO

A idéia geral desenvolvida é a de que a clientela dos serviços públicos apresenta características ainda pouco investigadas no modo de sentir-se doente, na forma de expressão do sofrimento e nas expectativas de tratamento dos conflitos psíquicos.

O texto procura localizar as consequências deste desconhecimento tanto em certas premissas adotadas na formulação de propostas assistenciais quanto em impasses a nível do atendimento psicoterápico.

INTRODUÇÃO

Ninguém discordará hoje em dia de que uma das metas prioritárias no campo da assistência psiquiátrica em nosso país é a inversão do padrão atual de atendimento, que ainda é basicamente fundado no tratamento hospitalar. Se ainda se luta por mais verbas para os hospitais públicos e se procura por todos os meios melhorar suas condições materiais e humanas isto se deve a duas razões: em primeiro lugar ao fato de que é necessário deslocar os recursos financeiros públicos que ainda vêm sustentando

* Texto produzido como parte da pesquisa "Elaboração de Categorias para a Construção de Projeto de Atenção Psicoterápica". (FINEP/IMS/CPP II).

** Professor do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde -IMS/UERJ.

as casas de saúde (sinistra ironia) particulares para as instituições públicas que, ao contrário das primeiras, não precisam se mover em função das exigências de lucro. Exceções à parte, é largamente reconhecida a precária assistência oferecida por estas empresas, que só sobrevivem em função de sua rentabilidade, conseguida através da baixa remuneração dos profissionais e de uma "política de internações" dos pacientes eficiente e rentável. Necessidade de saúde da população versus necessidade de lucro das empresas, eis a contradição insanável¹.

Em segundo lugar o esforço desenvolvido no sentido de reformar os hospitais psiquiátricos da rede pública parte do reconhecimento de que a priorização da assistência estatal por si só não garante melhoria de qualidade. Não há como defender a estatização da assistência apenas com argumentos políticos ou ideológicos. Se o objetivo perseguido é o de oferecer melhor atendimento à população, é indispensável que a clientela dos serviços públicos possa reconhecê-los como sendo efetivamente melhores. Não se pode pretender outra coisa, sob pena de considerarmos os serviços públicos como destinados aos desvalidos, aos deserdados da sorte, enfim aos cidadãos de segunda categoria. Enquanto as internações psiquiátricas não puderem ser extintas é necessário conquistar para os hospitais públicos o reconhecimento da opinião pública e resgatar clientes e profissionais da situação de desrespeito e miséria em que ainda majoritariamente se encontram.

De todo modo não se alimentam mais ilusões quanto à transitoriedade e ao caráter excepcional que deve ter a interna

(1) Cabe ressaltar que atual administração da Previdência tem progressivamente alterado este quadro, com uma política de privilégio ao setor assistencial público

ção enquanto alternativa terapêutica. Há um razoável consenso quanto à proposta de se enfatizar o atendimento extra-hospitalar nos ambulatorios, nos centros de saúde, na rede de atenção primária, etc. No entanto se a coincidência de opiniões é forte até este ponto, a divergência começa a se estabelecer - e com importantes efeitos - quando se pensa o significado e as consequências desta proposta de ampliação da atenção ambulatorial em saúde mental. Evidentemente é possível pensar esta questão de diversas maneiras e delas derivar vários modos de intervenção. Certamente todo esforço de tipificação corre o risco da caricatura, mas para desenhar com maior nitidez o perfil de algumas posições talvez seja interessante descrever duas maneiras algo extremadas e contrastantes de compreender a questão da ampliação da assistência ambulatorial.

A DEMANDA NATURALIZADA

É possível compreender a ampliação da rede ambulatorial em saúde mental como a resposta adequada que o sistema de saúde deve dar ao inevitável aumento das necessidades de saúde da população. Uma política de saúde progressista, comprometida com o atendimento das exigências de saúde da população, deve então procurar tornar acessíveis às camadas menos privilegiadas da população o maior número de procedimentos, técnicas, e bens que assegurem a manutenção ou a recuperação dos níveis de saúde. Neste sentido o aumento da oferta de serviços na área de saúde mental significa reconhecer a importância do sofrimento psicológico como óbice para o bem estar da população. Significa ainda respeitar o direito que ela tem de poder contar com o que há de melhor no campo das terapêuticas para enfrentá-lo. Além disso possibilita que muitas situações conflitivas ou mal estares psíquicos que de outro

modo seriam vividos como fatalidade ou remetidos a causas e soluções equivocadas (místico-religiosas, político-ideológicos, etc) sejam enfim reconhecidos por profissionais habilitados e tratados de modo mais adequado, quer através de técnicas psicoterápicas, quer através do uso de medicamentos específicos e bem administrados.

Este ponto de vista pode estar solidamente enraizado inclusive em uma atitude crítica com relação ao asilo, e a partir de dois argumentos fortes.

O primeiro diz respeito à própria evidência de que o hospital psiquiátrico não é a resposta ideal às demandas coletivas de tratamento. Já não se trata mais aqui da óbvia contradição entre o objetivo expresso de tratar a doença e a prática de encerrar os doentes em instituições caracterizadas pelas trancas, grades, abusos medicamentosos, desindividualização dos pacientes, etc. Mesmo que se considere a possibilidade de termos locais de internação que possam cumprir o seu papel terapêutico (basicamente o de acolher o paciente e permitir que a situação crítica que ele atravessa naquele momento seja vivida apenas como uma solução de continuidade, um intervalo, no tratamento extra-hospitalar) o fato é que a maioria absoluta dos quadros clínicos que se apresentam às portas dos serviços de saúde mental prescindem de internação e poderão ter melhor prognóstico se tratados ambulatorialmente.

Em segundo lugar, uma análise crítica da distribuição social da oferta dos serviços de saúde mental revelará que existe uma desigualdade no que tange ao tipo de tratamento oferecido aos membros das diversas camadas sociais. Enquanto para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas

mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as "consultas" de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transformam o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação do sofrimento.

Encarar a demanda psiquiátrica como uma perspectiva naturalista não é privilégio de uma ou outra corrente. Entre os que adotam esta perspectiva encontramos psiquiatras organicistas, psicólogos clínicos, agentes de saúde mental, etc.

Basicamente o que as identifica é uma visão da demanda psiquiátrica como um fato natural cuja ordem está em distúrbios somáticos ou psicológicos. Quando o indivíduo adoece ele estaria expressando de forma sintomática conflitos pessoais, quer ao nível dos comportamentos aprendidos (behaviorismo), quer ao nível do inconsciente (psicanálise) ou como distúrbios na experiência existencial (fenomenologia); ou, segundo uma concepção organogênética da patologia mental, ver-se-á na doença o efeito psíquico de alterações somáticas. Como todo afeto, toda representação mental para existir exige um correspondente neuro-físico-bioquímico, e seria neste nível biológico de funcionamento do psiquismo que se deveria buscar as origens e as soluções do sofrimento.

A ampliação da demanda de tratamento seria então o resultado do aumento espontâneo destes problemas na população e da melhor acuidade do sistema de saúde em perceber sua existência. Ao lado disso, as técnicas de tratamento em multiplicação constante representariam instrumentos cuja validade universal estaria ancorada na legitimação cien

tífica que todas reivindicam.

A DEMANDA COMO PRODUTO SOCIAL

Esta concepção parte da crítica à posição anterior da qual denuncia sua ingenuidade de supor a existência de uma demanda natural, espontânea, e sua ideologia tecnicista que pretende encontrar neutralidade nos procedimentos técnicos e nas diretrizes programáticas. Nesta outra perspectiva se afirma, ao contrário, que a demanda crescente de unidades psiquiátrico-psicológicas longe de ser um fato natural é socialmente forjado pela condição de miséria e exploração impostas à maioria da população que, sem alternativas políticas adequadas, sucumbe à patologia sob pressões psicológicas insuportáveis ou como estratégia de sobrevivência através do benefício previdenciário. Esta demanda seria ainda resultante da estrutura de relações de produção capitalista (que alienam o ser humano dos produtos de seu próprio trabalho e transformam sua existência numa estória sem sentido) e do próprio aparelho médico, na medida em que este vai paulatinamente incorporando novos espaços sociais sob sua tutela: quanto maior a oferta de serviços psi, maior o campo de ação medicalizadora, maior o efeito de psiquiatrização do cotidiano, maior a necessidade de terapeutas e terapias. A espiral se alarga indefinidamente, sem que isto implique melhoria das condições de saúde mental da população, mas apenas a psicologização dos problemas sociais e a individualização de mal estares coletivos.

Para os sociogeneticistas a idéia de uma essência psicológica individual ou de um funcionamento orgânico puramente natural nada mais seria que uma ilusão idealista ou um reducionismo materialista vulgar. Para eles o indivíduo ao adoecer estaria na verdade exprimindo de ma

neira indireta e distorcida a doença da própria sociedade. A personalização numa patologia individual dos conflitos e contradições inerentes à organização social como um todo (esta sim doente porque contrária aos reais interesses da maioria de seus membros) seria a mais dramática expressão do ponto a que pode levar a alienação social em que o indivíduo se encontra mergulhado. Deste modo evidentemente serão baldados os esforços no sentido de resolver ao nível do psicólogo ou do orgânico o que é de fato um problema coletivo, social. Enquanto não se puder superar a desigualdade, a opressão e a alienação inerentes à sociedade capitalista, os terapeutas nada mais farão do que cumprir a triste sina de reprodutores do sistema social através da despolitização dos conflitos, tutela dos desviantes, psiquiatrização das demandas sociais, etc. O tratamento, que acaba se traduzindo numa readaptação do indivíduo à engrenagem doente, precisaria ser subvertido pela base, transformando-se num instrumento de desalienação política e liberação social. Esta seria, na realidade, a única maneira de lidar com o crescimento da demanda sem se deixar aprisionar pelo movimento tentatular de controle e dominação do Estado e do dispositivo médico-psiquiátrico.

É claro que as posições desenhadas acima são mais ricas em nuance e mais sofisticadas na argumentação do que as descrições fazem supor. No entanto se uma certa caricaturização dos postulados pode ser inevitável, ela não será de todo indesejável, na medida em que acentua certos traços mais marcantes e permite visualizar com maior nitidez as suas implicações para o tema que nos interessa, as alternativas terapêuticas ambulatoriais no serviço público. Entre os problemas que surgem quando os postulados destas duas posições são assimiladas com muita ligeireza e pouca reflexão existem três frequentes equívocos

que serão assinalados a seguir, um referido à primeira concepção (a demanda naturalizada) e dois ligados à segunda (a demanda como produto social).

A Ilusão de Universalidade

Uma das características das teorias do psiquismo é a de pensar o homem enquanto sujeito psicológico universal. A necessidade de estabelecer cânones científicos – portanto generalizantes e universais – para o estudo da atividade psíquica humana, pode, porém, servir de caminho a uma concepção abstrata, a histórica do sujeito, como se todos os indivíduos se emocionassem, se afligissem e reagissem a esses sentimentos da mesma maneira em todo lugar e em qualquer época. Expressa desta maneira esta tese pode facilmente encontrar resistência. Basta se apelar a uma comparação entre um europeu cidadão e um nômade africano ou entre um servo feudal e um operário moderno para que o disparate da ilusão universalista salta aos olhos. No entanto quando o contraste histórico ou cultural é menos radical – como quando se observa o comportamento de membros de um mesmo universo social – estas diversidades parecem se esfumçar. Quando estamos diante de uma sociedade como a brasileira parece escapar à observação o fato de que existem verdadeiras fronteiras culturais que percorrem todo o conjunto social demarcando modelos culturais e visões do mundo que apresentam entre si diferenças de uma profundidade muito maior do que possa parecer a um olhar mais desavisado ¹.

O homem objeto das teorias do comportamento individual não é um indivíduo dado, natural e universal, mas sim u

(1) Velho, G., *Individualismo e Cultura* (Parte I, Cap. 1). Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

ma construção social, historicamente datada e geograficamente pouco uniformizada. Muita confusão decorre do desconhecimento ou da pouca atenção ao fato de que a palavra indivíduo pode encerrar um duplo sentido: ela pode estar sendo usada para designar a unidade física da espécie humana, o agente empírico da fala e da ação que é o átomo elementar de cada agrupamento humano; por outro lado ela pode ter o significado que predomina nas teorias do comportamento, e que deriva do universo ideológico das sociedades complexas modernas do ocidente. Neste sentido ela nomeia o ser moral dotado de características como a de se pensar autônomo, independente em relação às regras e grupos sociais, um sujeito que percebe dentro de si um complexo mundo interno onde imagina residir a sua verdadeira identidade, que orienta a sua vida para a escolha livre de opções pessoais, etc.

De um modo geral a psiquiatria e as psicologias usam o termo indistintamente e com isso se tornam presas de uma armadilha que as envolve numa ilusão: tomam o tipo de existência individual produzidas nas sociedades ocidentais modernas e que é particular a determinados agrupamentos no seio destas mesmas sociedades como sendo universal, típico de todos os membros da espécie humana.

Para os profissionais de saúde que lidam no seu cotidiano com pessoas oriundas dos mais diversos estratos sociais, faixas etárias e regiões culturais esta questão se torna fundamental. Nem sempre estaremos diante de pessoas com as mesmas noções que as nossas acerca do adoecimento psíquico. As idéias e sentimentos do terapeuta e do paciente acerca do que é a doença, como se instala, suas causas, o que entendem por cura, tratamento, saúde, etc., podem ser contrastantes e é preciso não se deixar levar pela ilusão universalista para poder enxergar esta

diversidade. Se isto não acontece a escuta do terapeuta se empobrecerá pelo etnocentrismo de seus ouvidos. To mem-se rapidamente dois exemplos, cujos elementos serão melhor analisados mais adiante.

- 1) o terapeuta diante de um quadro nosológico delimitado procurará remeter a origem dos distúrbios emocionais atuais à biografia do paciente, suas experiências afetivas mais importantes, seus traços psicológicos predominantes, seu arsenal de defesas preferencial, etc.; o paciente ao responder a este movimento do terapeuta pode estar ao contrário convencido, se for umbandista, de que os sintomas mentais que apresenta são signal de perturbação na rede relações pessoais e espirituais que ele estaria apenas expressando no seu comportamento. É ele quem sofre, mas é a rede de relações que está perturbada.
- 2) Na antecipação do que pretendem como resultado do tratamento cliente e terapeuta podem discrepar enormemente. O cliente pode estar esperando obter tão somente a extirpação dos sintomas e a retomada da capacidade de trabalhar, ao passo que no terapeuta a idéia de saúde mental pode estar associada a noções como liberação afetiva, realização sexual, sucesso profissional, maior capacidade de discriminação dos afetos, maior capacidade de efetuar escolhas, etc.

A Homologia Indevida

Por trás do argumento que aponta para estrutura social como causa direta das perturbações mentais, existe frequentemente um pressuposto que por não ser explicitado passa por subentendido, não chega a ser questionado e nos leva a equívocos. Este pressuposto é o de que existe uma identidade entre os fenômenos da alienação social

e da alienação mental, a última sendo a expressão indiv
idualizada de primeira. A analogia existente entre os
conceitos não permite de modo algum que se possa torná
-los homólogos, idênticos, variando apenas quantitativa
mente, no raio de abrangência de cada um. A alienação so
cial é o resultado - à nível das consciências indiv
iduais - do modo como se organiza a sociedade, que impede
que os homens reconheçam toda produção social como fruto
do seu trabalho e faz com que esta produção surja como
um poder separado deles próprios, dominando-os e ameaçan
do-os. Ora, este é um fato coletivo, uma maneira de as
sociedades de classe se reproduzirem, perpetuando os in
teresses das classes dominantes. Todos os membros de
uma sociedade encontram-se em princípio submetidos a es
ta forma de alienação, mas isto nada tem que ver com pa
tologia mental. Não se pode dizer que um indivíduo alie
nado politicamente está necessariamente sofrendo de algu
ma patologia, a não ser que abduquemos de vez qualquer
pretensão à seriedade. E o inverso é também dolorosamen
te verdadeiro: a desalienação política não dá a ninguém
salvo conduto para a terra prometida da saúde mental.
Trata-se de coisas diferentes, e afirmar que a patologia
mental em qualquer de suas acepções é consequência da es
trutura social opressiva e excludente é simplificar, sem
proveito algum, a complexa e inextrincável relação entre
a realidade social, as formas coletivas de representação
desta realidade, e os mecanismos individuais de apre
ensão destas representações, os modos de constituição
dos sujeitos psicológicos.

O Relativismo Fixista

Outro perigoso tropeço possível a partir da formulação
sociogenética ocorre quando a crítica às noções univer
salizantes do homem e do psiquismo, descamba para uma vi

são relativista tão acentuada que já não encontra o caminho de volta capaz de revelar as mediações necessárias entre a heterogeneidade dos discursos e das práticas das diversas classes sociais e a existência de certos itens dominantes que asseguram a coesão do conjunto da sociedade. Uma coisa, por exemplo, é constatar que a concepção de maternidade e seu corolário - a relação mãe-filho - não é a mesma de alto a baixo na sociedade. Ela varia enormemente de uma mãe de classe média com instrução superior dos bairros cobijados dos centros urbanos para a mãe proletária das regiões peri-urbanas de escassa experiência escolar, com acesso bem menor à informação médico-psicológica, e cuja sobrevivência é um desafio cotidiano. Ser mãe não é apenas exercer a função biológica de gestação e alimentação de sua cria mas também a de encarnar um determinado modelo de relação inter-pessoal que não é geneticamente transmitido mas construído historicamente e distribuído de modo desigual em sociedades desiguais e complexas como a nossa. É possível, portanto, encontrar diferenças no modo de ser mãe (e de ser filho) e estas diferenças certamente incidirão de maneira importante na formação dos caracteres psíquicos fundamentais dos indivíduos das diversas classes. Como consequência é indispensável por em questão o etnocentrismo das teorias psicológicas que tomam como universal o seu modelo de relação mãe-filho e dele derivam esquemas conceituais e técnicas psicoterápicas que acabam se mostrando frágeis em seu poder de compreensão quando não opressivas em seu poder de normatização. No entanto, com relativa facilidade este argumento é esticado demasiadamente até se chegar a conclusões do tipo: o funcionamento psicológico do burguês é um, o do proletário é outro. É necessário então abandonar as psicologias burguesas (porque refletem as características psíquicas e os interesses de classe dominantes) e fundar uma psicologia radicalmente distin

ta, que dê conta de um objeto radicalmente diverso - o psiquismo do proletário, dos oprimidos - e que se ponha em defesa de seus interesses. O engano deste tipo de raciocínio nasce de pelo menos três premissas falsas:

- a) toma-se o psiquismo como sub-produto direto da situação de classe. Salta-se então do determinismo em última instância para o fixismo mecânico de classe. Num golpe de mágica apagam-se as nuances, as contradições, as mediações;
- b) deixa-se de lado o fato de que numa sociedade de classes as representações, os códigos de interpretação do mundo, enfim o universo ideológico das classes dominantes se não é absoluto, reinando incontestemente sobre o corpo social, tampouco é exclusivo destas classes, sendo espalhado por todo o tecido social como elemento de coesão que assegura a manutenção e reprodução do statu quo. Além disso as classes subordinadas por sua vez apreendem estes itens dominantes não de forma passiva mas apropriando-os de forma diferenciada, moldando-os de maneira peculiar à sua própria experiência social;
- c) finalmente passa despercebida a evidência de que a dominação ideológica se faz sobretudo pela persuasão, ou seja, através do convencimento, e da criação de verdades consentidas (não impostas pela violência), e da existência de experiências de corroboração destas verdades. Assim, a ascensão social de uns poucos, por exemplo, serve como "prova" de que todos têm essa possibilidade de ocupar lugares mais altos na escala social.

DOIS PONTOS DE VISTA

O estudo da demanda ambulatorial de cuidados psiquiátri
co-psicológicos comporta dois enfoques que, embora de
vam encontrar pontos de articulação, não podem ser con
fundidos.

O primeiro pode ser chamado de ponto de vista do espectador,
e é tipicamente encontrado na demarche do sociólogo, por
exemplo. Quando este se encontra diante da procura de
tratamento, o que lhe interessa observar são as determi
nações históricas, sociais e ideológicas do fenômeno, que
escapam à consciência do paciente mas que determinam em
última instância sua conduta. Por exemplo, falar de psi
quiatria dos conflitos ou de psicologização do coti
diano, nesta perspectiva, significa descrever a expansão
na sociedade de um modo peculiar de lidar com situações
conflitivas que implica trazer para o campo das técnicas
psiquiátrico-psicológicas uma gama cada vez maior de pro
blemas outrora sanáveis em outras agências sociais.

Mas no fenômeno da demanda há outro ponto de vista a ser
considerado, o ponto de vista do agente, do indivíduo que sen
te, de uma maneira absolutamente peculiar, a necessidade
de ajuda. Ele não percebe a sua busca de tratamento co
mo resultado de um processo de medicalização de sua expe
riência, ou de despolitização pela psiquiatria dos con
flitos sociais em que está imerso. É o sofrimento que
lhe move, é a superação desta experiência dolorosa que
ele almeja. Se ele procura um terapeuta e não um padre,
uma rezadeira ou um pai de santo não é porque está conscien
te de ser um representante da ideologia do individualis
mo psicologista mas porque as terapêuticas psiquiátrico-
psicológicas cada vez mais aparecem a ele como a solução
para este tipo de problema, e isso não é vivido como de

dução teórica (ou artefato ideológico) pelo paciente, mas como uma evidência, um fato natural.

Assim, a polêmica que opõe demanda social versus demanda pessoal não pode ser facilmente resolvida nestes termos. A não ser que se embrulhe tudo com a fórmula: toda a de manda é social posto que determinada socialmente em últi ma instância, e é pessoal já que cada indivíduo a vive de forma única, irrepetível e como se fosse idiosincrã tica.

Talvez seja mais frutífero considerar a possibilidade de, abrir um espaço para questões que procurem detectar no idiosincrático a marca do social. Tentar surpreender os mecanismos que tornam isto possível é tarefa que exi ge uma elaboração teórica nestas páginas. Algumas das observações que se seguem sobre as alternativas terapêu ticas ambulatoriais, no entanto, têm a pretensão de suge rir algumas questões interessantes nesta direção. Não se trata de afirmações conclusivas mas de proposições provisórias para discussão, e que refletem as interroga ções que vêm sendo feitas por profissionais de saúde men tal que trabalham nos ambulatórios.

TERAPÊUTICAS MEDICAMENTOSAS

Não há originalidade alguma em se reconhecer a enorme im portância dos psicofármacos. Nos últimos 35 anos eles permitiram mudanças tão radicais das perspectivas terapêu ticas que muitos quadros descritos nos Manuais de Psiquia tria transformaram-se em raridades clínicas.

Quando pensamos, porém, a prescrição e o uso dos psico fármacos em nível de atendimento de massa, há vários as

pectos que devem chamar a nossa atenção. Não basta apenas avaliar a eficácia das drogas utilizadas, ou comparar a ação de substâncias diferentes sobre os quadros clínicos, num processo permanente de superação de fármacos antigos, descoberta de novos, seleção dos mais vantajosos, e assim por diante. Quando pensamos de um ponto de vista mais abrangente é necessário abarcar novos ângulos de observação.

Podemos nos perguntar que outras variáveis - além das indicações e contraindicações clínicas - entram em jogo na escolha do medicamento feita pelo médico, no uso feito pelo paciente, e no papel que pode representar tanto para um quanto para outro o recurso a este instrumento terapêutico.

A Economia da Prescrição

A primeira observação acerca dos determinantes da prescrição de psicofármacos incide naturalmente sobre as precárias condições de trabalho a que estão submetidos a maior parte dos psiquiatras na rede pública de assistência. Não se pode esperar qualidade no atendimento medicamentoso se não há tempo razoável para que seja feita uma consulta digna deste nome, ou não existem condições para o acompanhamento do paciente em intervalos aceitáveis. Na verdade a maioria dos psiquiatras não atende, despacha. Não medica, repete receitas. A falta de tempo impede que se chegue a um diagnóstico de confiança, as marcações de 30 em 30 dias ou mais impossibilitam uma evolução do caso, e o círculo vicioso vai cronificando médico e paciente neste simulacro de tratamento: nomes sem rosto, pacientes sem história sucedendo-se um a um na cadeira do paciente, saindo da consulta com nada mais que um saco de remédios e uma marcação de retorno longín-

qua.

Mas além dos constrangimentos à prática médica decorrentes desta situação há outras fontes de pressão que incidem sobre o profissional e que nem sempre são facilmente perceptíveis. Uma das mais fortes é sem dúvida alguma a própria indústria farmacêuticas que possuem várias estratégias de promoção de seus produtos, visando tanto o público quanto os profissionais médicos¹. Uma das mais importantes é a que diz respeito à informação e propaganda dos medicamentos. É sabido que os altíssimos custos envolvidos na pesquisa de desenvolvimento de novos fármacos têm concentrado praticamente toda informação sobre novas substâncias nos laboratórios das grandes firmas, e é através de material propagandístico que os médicos tomam conhecimento e se atualizam acerca de novos lançamentos. A presença da indústria farmacêutica junto aos profissionais vai além da propaganda direta. Estende-se à promoção de encontros, financiamentos de congressos, revistas e jornais especializados, ajuda material e monetária a pesquisas que possam render dividendos em termos de divulgação de um medicamento ou da própria firma, manutenção de uma rede permanente de visitantes e distribuição de amostras e assim por diante. Não menos importante é o efeito mais sutil e engenhoso provocado pelo reforço constante da idéia de que tratar alguém é sinônimo de medicá-lo. É uma maneira de acentuar junto a leigos e profissionais uma visão organicista da doença e do sofrimento que tende a fazer do ato de prescrever medicamentos o corolário da assistência médica.

(1) Cordeiro, H. et cols. **A Política de Medicamentos no Brasil: impasses e propostas.** 1984, mimeo.

Outra estratégia das empresas é a de continuamente lançar inovações terapêuticas. Estes lançamentos, que procuram manter uma imagem constante de novidade e suposto avanço tecnológico junto aos médicos e usuários na realidade muito poucas vezes resultam em vantagens expressivas sobre produtos anteriores. Permitem, isso sim, a elevação de preços dos produtos, e alimentam o efeito de "obsolescência psicológica"¹ de medicamentos que passaram de moda ou que desgastaram sua imagem pelo uso. Na maior parte das vezes a inovação inclusive se reduz a uma combinação de fármacos já existente, à mudança de nome comercial e evidentemente à atualização do preço ao consumidor. A verdadeira cascata de tranquilizantes que surgem ininterruptamente no mercado, ou as várias combinações destes com anti-depressivos é exemplo eloquente deste fenômeno, que tem como sub-produto uma idéia frequentemente partilhada por profissional e cliente de que o bom médico é aquele sempre em dia com as novidades terapêuticas e que é capaz de com eles atender seus pacientes do modo mais moderno e científico. Receitar um medicamento novo e ainda desconhecido pelo cliente não raro é uma maneira de reforçar esta imagem.

Medicamentos, Doença e Representações

Não há como esconder o fato de que se por uma lado os médicos de modo geral são estimulados a receitar remédios, é também verdade que grande parte da clientela dos ambulatórios de saúde mental espera do médico exatamente isto. Mais ainda, por vezes identifica a consulta bem feita à prescrição de medicamentos (é claro que aqui se tra

(1) Dupuy, J.P. e Karsenty. **A Invasão Farmacêutica**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

ta do atendimento criterioso, realizado com um mínimo de cuidado e respeito para com o paciente, e não da linha de montagem - de prescrição, melhor dizendo - existente em muitos locais. Esta "demanda" de medicamentos longe de ser algo natural e espontâneo pode ter suas raízes solidamente fincadas em um complexo sistema de idéias, expectativas, representações acerca da doença, da saúde e do tratamento.

Já são bastante conhecidos os estudos que demonstraram haver uma grande diferença no significado e na abrangência de conceitos como saúde e doença quando se comparam pessoas de classes sociais distintas¹. Sabe-se hoje que a distinção entre um estado e outro é percebida de forma bastante diversa: nas camadas altas e médias a passagem se dá "antes" do que nas camadas populares. Para os primeiros a noção de saúde está restrita à noção de bem estar, sendo qualquer modificação ou diminuição deste estado considerada como potencialmente morbígena quando não é já identificada a sintoma. Para os trabalhadores, porém, a idéia de saúde está fortemente ligada à possibilidade de trabalhar, o que faz com que o conceito de doença sofra uma grande restrição ao passo que o de saúde se alarga bastante, englobando sentimentos e estados pessoais que não se estão na esfera de bem estar também não chegam a dificultar sobremodo a atividade laborativa. Permanecem numa espécie de zona intermediária, um "estado de carências" associado às dificuldades objetivas de sobrevivência, e de certo modo apreendido como consequência inelutável e natural das condições de vida. É o "aperreio", a "fraqueza", que se situam numa região fron

(1) Boltanski, L. **As Classes Sociais e o Corpo**, Graal, Rio de Janeiro, 1980. Cf. tb. Loyola M. A. **Médicos e Curandeiros**, Difel, São Paulo, 1984.

teiriça de limites não muito precisos ¹.

Essas diferenças no modo de perceber as fronteiras entre o saudável e o patológico evidentemente vão interferir na decisão de quando buscar tratamento, do que esperar como resultado dele, e na própria idéia de como o tratamento pode atingir seu objetivo. As camadas sociais superiores vêm no corpo basicamente um instrumento de prazer. Aprendem a cuidar dele, a examiná-lo, a se preocuparem com sua aparência de forma meticulosa; além disso o longo processo de escolarização lhes fornece vocabulário e esquemas conceituais que lhes permitem discriminar com detalhes variações discretas nas sensações e nos sentimentos; aprendem ainda que as emoções e sofrimentos são construídos ao longo da vida de cada um e é na biografia que é preciso procurar as causas do desprazer atual, ou da incapacidade momentânea de gerenciar estas fontes de prazer e satisfação. Assim, o tratamento é mais facilmente percebido como algo voltado para a reflexão de problemas e elucidação do sentido oculto dos sintomas, através da palavra. O medicamento, quando usado, funciona como um facilitador deste processo. Já nas camadas populares as coisas se passam às vezes de outro modo. O corpo é efetivamente um instrumento de trabalho; esta parece ser sua função primordial e a que determina por assim dizer o que é doença ou não, na medida em que esteja ou não ameaçada. Ora, isto vai fazer com que também a noção de saúde (e por extensão a de cura) esteja bastante vinculada à possibilidade de retomada desta função laborativa, deslocando muitas vezes a importância de outras questões como as vinculadas à satisfação sexual,

(1) Ribeiro, L. Doenças e Carências Entre os Setores Populares Urbanos. Trabalho apresentado no V Encontro ANual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Friburgo, 1981.

realização na profissão, melhor relacionamento afetivo, etc.

Também a noção de causalidade psíquica parece bastante menos pregnante em integrantes destes grupos sociais. Se é fato que a procura ao ambulatório pressupõe alguma idéia de causação de ordem científica (por oposição a outras: mágico-religiosas, místicas, etc.), é também verdade que a noção da biografia emocional como terreno onde a patologia se desenvolve não é tão consensual quanto à primeira vista possa parecer. A causa da doença é de modo frequente referida à ordem somática. São os nervos que estão abalados por um trauma ou por algum problema físico, é a cabeça que sofre de algum acidente remoto, ou é a doença que existe desde sempre, transmitida pelos progenitores em função de problemas seus.

A localização da doença tende a ser feita no espaço do corpo, e para isto contribui o fato de que o arsenal linguístico à disposição destes grupos não se orienta para a introspecção e a análise de emoções, mas sobretudo à descrição, através de categorias concretas, de sensações vividas corporalmente. Por exemplo, o que um profissional universitário descreverá detalhadamente como angústia decorrente de ambivalência de sentimentos - medo e desejo - frente a uma possibilidade de mudança pode ser vivido e descrito por um operário de construção civil como, "nervoso, confusão na cabeça", sem referência imediata a um mundo interno das emoções, dos conflitos, de sentimentos, etc.

Como resultado destas características o tratamento pode ser compreendido fundamentalmente como um esforço para voltar a trabalhar, cuidar bem dos filhos e da casa, etc., através de instrumentos - os remédios - que agindo

sobre o corpo doente tenham acesso às raízes do mal. Daí a importância central concedida à prescrição de medicamentos.

Se o médico for suficientemente criterioso para ouvir o discurso do paciente não como produto da ignorância ou da pobreza intelectual mas como um discurso diferente, de complexidade e riquezas próprias, terá aí um campo de intervenção terapêutica e de pesquisa altamente promissora. O medicamento poderá ser então um instrumento que lhe permite acesso a este outro código de percepção e expressão emocional. Se, ao contrário, reduz o que escuta à caricatura ou curiosidade folclórica turva o próprio olhar, não enxerga mais do que sintomas que não consegue entender direito e faz do medicamento um calaboca.

TERAPIAS PSICOLÓGICAS

Psicoterapias Individuais

Já há algum tempo a questão do atendimento psicoterápico em instituições voltadas para a população trabalhadora tem suscitado discussão. As propostas levadas a cabo redundaram muito frequentemente em fracasso, manifesto no abandono do tratamento, nos altos índices de reinternação, na cronificação dos pacientes no ambulatório.

É necessário entender por que procedimentos e técnicas comprovadamente eficazes fracassam junto a esta clientela. As respostas mais truculentas são facilmente descartáveis: não se trata de incompetência generalizada dos terapeutas no manejo da técnica; não se trata tampouco de incompetência da clientela supostamente incapaz de

experimentalmente emoções, ou psicologicamente resistente à elaboração de seus sentimentos. Menos ainda de um confronto de ideologias e entre uma consciência burguesa do terapeuta e outra proletária do paciente, que não se encontrariam senão para se negarem mutuamente.

O que efetivamente acontece? Onde se podem detectar os nós, os pontos de atrito, as áreas de discordância que resultam na frequente inadequação das psicoterapias a grupos sociais? Para que se possa responder a estas perguntas é necessário analisar algumas premissas básicas de todo tratamento psicoterápico. Sempre que ele é iniciado existe tanto por parte do terapeuta quanto por parte do cliente numerosas noções, certezas, expectativas e mesmo dúvidas que compõem o que se pode chamar de "projeto psicoterápico"¹. Este conjunto de elementos se distribui em torno de aspectos centrais para o tratamento pois se referem às noções de doença, às expectativas com relação aos resultados do tratamento e ao próprio modus operandi da terapêutica.

O terapeuta verá a doença como resultado de um conflito que, não tendo encontrado solução satisfatória entre os recursos psíquicos acumulados até o momento pelo indivíduo, resolve-se de modo canhestro através dos sintomas. Portanto é na biografia pessoal que se encontram as raízes do mal estar presente. Há um sentido oculto no sintoma, e tratar significa revelar esta razão escondida da doença e assim permitir ao paciente encontrar soluções mais adequadas para seus conflitos; este processo terá

(1) Cf. Costa, J.F. "Projeto Psicoterápico". Mimeo-IMS, 1981. A Noção de "projeto psicoterápico" cunhada por Jurandir F. Costa está apresentada e comentada em Bezerra Jr., B. "A Noção de Indivíduo: Reflexão sobre um Implícito Pouco Pensado" - Cap. I. Tese de Mestrado, IMS-UERJ, 1983.

pêutico exige tomar a doença como expressão de conflitos internos que serão objeto de reflexão e que através da palavra serão esmiuçados e compreendidos em seu desenvolvimento. Paciente e terapeuta, no entanto, podem ter pontos de vista bastante discrepantes em relação a aspectos fundamentais, dos quais assinalaremos alguns:

a) Quanto à doença e à cura

A doença pode ser percebida em partes do corpo - nos nervos que ficam repuxados, ou na cabeça que esquenta. Ela pode ainda estar remetida ao espírito, que pode estar sofrendo por injunções espirituais ou mágico-religiosas - quebranto, mau olhado, castigo de Deus, ou ainda à rede de relações pessoais - família, ou espirituais - com os "guias": neste caso no problema não está nele, mas na relação perturbada. A causa da doença pode ser explicada por determinações as mais variadas, através de teorias de conteúdo organicista (pancada na cabeça, suspensão de regra, doença do cérebro), educativo (a criação dos pais), hereditário (os pais eram nervosos), sobrenatural (inveja, trabalho de macumba), etc.

Quanto aos resultados desejados ao fim de uma terapia, o terapeuta tem seu referencial. Ele espera possibilitar ao paciente a "atualização da capacidade de viver mudanças, de desvelar o oculto, de dar forma ao novo e, muito possivelmente, de viver novas experiências e de encontrar novos objetos"¹. Mas o paciente pode não ver muito sentido nesta perspectiva de cura e voltar sua idéia de saúde para uma dimensão mais imediata. Embora possa eventualmente reconhecer o ideal de funcionamento saudá

(1) Da Poian, C. **Curar?** em Cadernos de Psicanálise Ano IV nº 4, Rio de Janeiro, 1983.

vel do terapeuta como modelo, ele poderá ter uma extrema dificuldade em pensar a si próprio investido deste modelo. Pode servir-lhe de referência mas como algo inatingível, em função da distância de classe, o que significa diferenças materiais culturais determinantes entre ele e o terapeuta.

Além disso o paciente pode apresentar estados subjetivos ou emoções que do ponto de vista do terapeuta não se incluem num funcionamento saudável mas que para o paciente se situam noutra âmbito de interpretação. O terapeuta precisará tomar cuidado para não confundir com "atitude defensiva", o que na realidade é diferença cultural. Se esta cautela não existe é bastante possível que o terapeuta se sinta incapacitado de levar adiante o tratamento em função de uma suposta impossibilidade emocional do paciente ou, o que não é melhor, se sinta instado a incutir no cliente sua própria visão de bem estar, suas próprias aspirações pessoais.

b) Quanto ao processo terapêutico

O cliente deve ser capaz de tomar a doença, ou o conjunto de sintomas que lhe aflige como um problema. Isto significa que ele possa perceber a experiência de dor psicológica como objeto de crítica e reflexão, enfim como algo que ele pode vir a compreender. De outra parte significa que ele possa admitir esta experiência como um fenómeno complexo que resulta de uma série de determinações que também podem se tornar acessíveis ao seu conhecimento. Ora, esta visão da doença como problema de causalidade múltipla pode não ser tão comum entre os clientes quanto é entre os terapeutas. As próprias noções de "problema" e "causalidade" são repartidas de modo muito desigual pela sociedade como um todo e isto em decorrên

cia dos hábitos culturais desenvolvidos desde a infância até a fase adulta nas diversas classes e camadas sociais. Não há dúvidas de que o processo de escolarização das classes médias e altas, precocemente iniciado e longamente conduzido vai inculcando além de informações uma gama de atitudes mentais que posteriormente serão fundamentais para o desempenho intelectual e que moldam por assim dizer a relação do indivíduo com o mundo, com os outros e também consigo próprio. Entre estas atitudes está o chamado espírito crítico, a atitude de exame, o hábito da problematização¹. O paciente, diante da sua dor psíquica, poderá se sentir diante de um fato natural, um acidente ou uma disfunção momentânea de causalidade unívoca ou linear, que não comportaria grandes elocubrações verbais.

O paciente deve também partilhar com o terapeuta de outra suposição: a de que existe um sentido oculto por trás da aparência imediata do quadro sintomático. Isto é, a análise da experiência patológica não se reduzirá a uma tentativa de explicação causal pura e simples, mas procurará interpretar o significado dos sintomas para compreender as causas e o desenvolvimento do quadro mórbido. O tratamento consiste basicamente no esforço de reconstrução da história psíquica do indivíduo, cuja continuidade sofreu interrupções e apresenta lacunas que se expressam nos sintomas. A psicoterapia, além de procurar o sentido que se perdeu e que torna estranhos ao sujeito certas experiências pessoais, opera uma contínua possibilidade de criar novos sentidos os quais, apropriados pelo sujeito, lhe permitam reescrever sua própria história e laborar projetos.

(1) Bourdieu, P. **Esquisse de une Theorie de la Pratique**. Droz, Paris, 1972.

Todo este processo de reordenamento simbólico está centrado no recurso à biografia do sujeito como palco privilegiado de seus conflitos e aspirações. A noção de biografia imbutida no projeto psicoterápico tem duas vertentes igualmente importantes: uma voltada para o passado, outra para o futuro. No primeiro caso aceita-se a idéia de que a procura de sentido mencionada anteriormente vai se desenvolver a partir da reconstrução das experiências vitais mais marcantes e da repercussão emocional peculiar que provocaram. Isto exige que o paciente tenha aprendido através de seu processo de socialização a valorizar o colorido emocional dos fatos, e a ver na trajetória das emoções e não só na sequência dos acontecimentos a linha que costura sua história de vida. Ele precisa estar habituado à idéia de vasculhar os próprios sentimentos, e a pensar que é neste mundo interiorizado e pessoal que reside a sua verdade, o seu verdadeiro eu, a sua identidade. Nem sempre as coisas se passam assim, pois estes hábitos longe de serem espontâneos atributos da natureza humana, são fruto de um aprendizado cultural, que não é o mesmo em todos os escalões sociais.

Quanto à dimensão do futuro, o terapeuta o vê (e imagina que o paciente também) como um **campo de possibilidades** ou horizonte de perspectivas abertos ao sujeito que, de posse de novos instrumentos, poderá examinar opções e fazer escolhas que lhe tragam mais prazer, ou lhe permitam maiores condições de realização pessoal. O próprio momento da terapia é uma espécie de investimento com vistas aos resultados que serão gozados num futuro não imediato. Deste ponto de vista as divergências entre terapeuta e cliente podem ser bastante profundas. A idéia de que o futuro pessoal é determinado pelas escolhas que o sujeito vai acumulando só pode ser vivida como real,co

mo evidência, por aqueles indivíduos cuja posição na estrutura social efetivamente permite uma razoável condição de optar, voltar atrás nas decisões, planejar sua própria vida em termos de muitos anos e assim por diante. Para a maioria dos membros das classes trabalhadoras o futuro é amanhã, o essencial é continuar vivo, e o leque de opções à sua disposição é extremamente reduzido. Não surpreende, pois, que eventualmente encarem o tratamento de maneira bem menos ambiciosa e muito mais imediatista do que o terapeuta. Nem sempre portanto a interrupção precoce por parte do paciente do tratamento implica de sistência ou abandono. Ela pode significar que as expectativas do cliente já tenham sido satisfeitas pelo menos até aquele momento. A idéia de que a terapia deve ser profunda e longa o suficiente para remodelar o funcionamento psicológico de modo a conseguir um certo efeito de vacina, preventivo, embora seja frequente entre os profissionais não corresponde sempre à representação que têm os pacientes acerca de uma terapia bem sucedida. Esta pode estar associada à resolução de obstáculos vividos hoje, sem que esteja descartada uma nova busca de ajuda sempre que obstáculos novos aparecerem no horizonte. Esta é uma questão de importância já que pode estar em jogo um certo modelo - culturalmente moldado - de percepção do papel das instituições de saúde e do recurso a elas. O profissional desavisado, no entanto, tenderá a não ver mais que desorganização, indisciplina, descaso para com a própria saúde, e coisas do gênero.

Um último item a ser considerado: toda psicoterapia se baseia na crença de que se pode tratar da doença através de um processo em que a experiência pessoal de sofrimento é explicitada verbalmente e assim exposta à decifração e reordenação. Esta crença pressupõe ainda que o paciente tenha todo um equipamento linguístico voltado para a

comunicação de experiências, sensações, motivações de comportamento e para o estabelecimento de relações entre elas e o sofrimento atual. Isto significa estar de posse de um verdadeiro vocabulário de introspecção, uma linguagem da intimidade abundante em adjetivos e advérbios que permitem qualificar com minúcias, rica em comparações (uso frequente de expressões do tipo "como se"), recorrente no uso de alusões, metáforas, etc. e fortemente centrada na utilização da primeira pessoa do singular (eu) como sujeito do discurso. Assim como outros atributos, este também está intensamente demarcado pela inscrição de classe do indivíduo. Um paciente que não consegue traduzir verbalmente com fluidez o que sente nem sempre está resistente ao tratamento ou com problemas transferenciais. É possível que as palavras que possui para designar experiências íntimas seja efetivamente restrito em comparação com o arsenal do terapeuta, daí o recurso a expressões genéricas como nervoso, zonzeira, agonia e a localização corporal dos sintomas. Não possuir o vocabulário psicológico da intimidade não significa que os pacientes desconheçam ou não percebam o caráter emocional de seus conflitos. É preciso ressaltar aqui duas coisas: primeiro que a restrição observada na explicitação verbal dos sentimentos está tomando como referência as expectativas do terapeuta quanto à comunicação intimista na relação psicoterápica. Com ouvido atento e olho aberto este poderá passar da fase de decepção para a de curiosidade e daí para a de pesquisa séria em busca do código específico de descrição dos estados subjetivos utilizado pelo paciente e aí encontrar terreno fértil. Em segundo lugar é bom sublinhar que em outras atividades ou experiências cotidianas este fenômeno de restrição linguística dá lugar a uma riquíssima profusão de designações e qualificativos - basta perguntar a um menino favelado sobre pipas, ou prestar atenção às letras dos

sambas cunhadas pelos compositores da escola de samba local.

Psicoterapias Breves

As psicoterapias breves são uma modalidade de atendimento individual que vêm expandindo de forma crescente seu campo de atuação. As observações feitas anteriormente, quanto aos problemas do projeto psicoterápico são também pertinentes com relação às terapias de curta duração, mas estas merecem ainda duas observações à parte.

A primeira diz respeito a um argumento fartamente utilizado quando se defende a ampliação da oferta de psicoterapias breves: o de que elas se constituem na maneira mais econômica de dar conta da demanda inapelavelmente crescente de atenção psicoterápica. Limitando a priori o tempo do processo terapêutico e concentrando a atenção dos parceiros da cura em determinados focos de conflito, a abrir-se-ia a possibilidade de aumentar o número de pessoas atendidas nas instituições. É preciso ter cuidado com este tipo de raciocínio porque ele pode com certa facilidade conduzir a uma posição eticamente insustentável, qual seja a de subordinar estratégias terapêuticas e injunções burocrático-financeiras. O problema dos tratamentos que se estendem interminavelmente, dir-se-ia quase cronificando os pacientes nos ambulatórios não deve deixar de ser considerado. Mas além das considerações feitas no tópico anterior, é preciso levar em conta que não há a menor possibilidade de se alcançar uma fórmula única de atendimento adequado indistintamente para todos os pacientes. A quantidade de tempo requerida para a obtenção dos resultados terapêuticos variará em função de características pessoais, do quadro clínico, da gravidade da doença, e assim por diante. É necessário

escapar sempre a qualquer pretensão de uniformizar de forma absoluta as ofertas terapêuticas. Por outro lado é preciso investigar seriamente a possibilidade de redução do tempo de cura não por uma sistemática limitação a priori, mas por um exercício mais rigoroso da prática do terapeuta, que fuja à tentação tão frequente de tudo analisar. Quando tudo é analisável ou tratável, não há limite para a terapia.

A segunda observação refere-se à assertiva segundo a qual as psicoterapias breves teriam alcance terapêutico restrito, conduzindo a curas sintomáticas ou a rearranjos superficiais do funcionamento psíquico do paciente. De novo o compromisso ético vem dificultar o uso de um argumento como este na defesa desta modalidade de tratamento. Não é fácil imaginar um profissional de saúde de uma outra especialidade qualquer defender uma modalidade de tratamento que de saída julgue menos eficaz ou de menor poder curativo que outros, em função de constrangimentos econômicos.

Sobretudo é preciso salientar que sempre que alguém aceita sem reserva este tipo de hierarquização terapêutica (psicoterapia breve = rearranjo superficial, cura sintomática; psicanálise = reestruturação profunda, cura definitiva) fecha os olhos à diferença. Torna-se cego às inúmeras possibilidades de pesquisa séria acerca da demanda e que justificariam o estudo e avaliação do uso de formas alternativas de atenção psicoterápicas fazendo avançar o conhecimento sobre suas técnicas.

Terapias Grupais

Se grande parte dos defensores das terapias breves utiliza argumentos de ordem sócio-econômica cuja legitimidade é bastante discutível, quando se abordam as terapias de grupo, parece por vezes que já não se vê outras razões para elas que não a economia de tempo dos profissionais, as exigências de produtividade dos ambulatórios, e a necessidade de diminuir as filas e as listas de espera.

Novamente aqui é preciso deixar claro que não há como transformar a obrigação de atender a população que procura estes serviços em justificativa para qualquer atendimento, com prejuízo de considerações de ordem ética ou científica. As terapias grupais ou são boas indicações terapêuticas, porque atendem a necessidades dos clientes de modo mais adequado e eficaz do que outras modalidades de atenção (como as terapêuticas medicamentosas ou as psicoterapias individuais), ou não devem ser propostas como alternativas. O fato de que são muitos os que precisam de atendimento e poucos os recursos para atendê-los deve ser considerado, é claro. Mas não para, num golpe de mão ou num jogo de palavras, transformar a necessidade em virtude e sair à cata de soluções mais econômicas (o que no caso significa de qualidade inferior), mas sim para procurar entender porque são tantos assim os que acorrem ao tratamento e para procurar viabilizar recursos suficientes para atender a população que efetivamente precise, e que tem direito ao melhor.

Talvez seja interessante também ao nível das terapias grupais abrir um espaço de reflexão e pesquisa em torno das particularidades culturais e psicológicas da população a ser atendida nas instituições. Isto quer dizer ao invés de simplesmente se tornar as técnicas de atendimen

to grupal já consolidadas a aplicá-las o mais corretamente possível (o que já seria um enorme avanço em relação ao que costumeiramente se faz hoje) talvez se possa pensar nas peculiaridades desta modalidade terapêutica junto a esta clientela.

A avaliação de um projeto de implantação de psicoterapia de grupo em um ambulatório universitário do Rio de Janeiro chegou a resultados que merecem atenção¹. Entrevistas feitas com terapeutas da instituição evidenciaram uma miscelânea de opiniões acerca das indicações e finalidades do grupo. A psicoterapia era percebida de diversos modos, desde um espaço para desabafo até um instrumento de inculcação de regras morais, sem que se pudesse extrair dos profissionais uma concepção terapêutica minimamente coerente. Os pacientes, por sua vez, encontraram grande dificuldade em se adaptar à técnica empregada nos grupos, o que resultou em grande número de desistências e abandonos. Os autores da avaliação analisaram também as características das representações dos pacientes quanto à demanda de tratamento, classificando-as em quatro tipos: a) **representação médica**: sintomas corporais, expectativa de tratamento clínico-medicamentoso, dificuldade em aceitar uma terapia grupal cujo instrumento era a palavra - a maioria não retornou para a segunda entrevista; b) **representação psiquiátrica**: sintomas localizados nos nervos, na cabeça (onde estariam os "pensamentos" causadores de aflição), expectativa de atendimento psiquiátrico, recusa de tratamento por psicólogos já que estes não medicam; c) **representação pedagógica**: queixas inespecíficas, expectativa de conselhos, orientações dos técnicos sobre proble

(1) Almeida, K. **Sobre a Cura em Psicoterapia de Grupo**. Cadernos de Psicanálise, Ano IV, nº 4, Rio de Janeiro, 1983.

mas específicos, etc. Estes pacientes consideravam insuportável o silêncio do terapeuta, que não oferecia para eles nenhum sentido plausível; d) representação psicológica: verbalizavam a existência de um conflito a nível da subjetividade e buscavam um tratamento que lhes permitisse compreender o que se passava com eles. Dos mais de 100 (cem) pacientes entrevistados apenas 4 (quatro) se incluíam no último tipo e apresentavam uma clara demanda de atendimento psicológico.

É interessante observar que os autores apontam a preponderância de representações não psicológicas como o fator talvez mais importante para o alto índice de desistências, e daí concluem pela necessidade de se estabelecerem critérios mais precisos de indicação de pacientes para grupos. O problema é que justamente a maioria estrondosa da população observada não se mostrou "indicável" para os grupos, em função de possuírem basicamente representações médicas, psiquiátricas ou pedagógicas de seu mal estar. O problema pois não termina, mas começa justamente aí: o que fazer com essa maioria com dificuldade para acompanhar os grupos de orientação psicanalítica tradicionais? A terapia de grupo oferece alguma perspectiva encorajadora mesmo quando consideramos dados como estes recolhidos em um ambulatório de massa? Talvez seja possível a existência de tratamentos grupais que justamente se coloquem como objetivo lidar com esses pacientes. Nesta perspectiva algumas questões podem se abrir à investigação¹.

(1) As idéias a seguir derivam das discussões levadas a cabo no Ambulatório Central do Centro Psiquiátrico Pedro II pelos profissionais que trabalham com grupos terapêuticos, sob a coordenação de Jurandir F. Costa.

Quando um terapeuta e seu paciente se encontram no consultório particular, de modo geral existe aí um encontro entre pares. Ambos partilham de uma série de atributos e características que, por estarem fortemente vinculados ao modo de inserção na escala social, servem como insígnias de classe: as roupas de vestem, o vocabulário que usam, a informação que detêm, as escolhas que fazem, o padrão de saúde que têm como referência, e assim por diante. Quando membro de um grupo, o paciente terá nos parceiros seus iguais do ponto de vista social, tanto quanto o terapeuta. O que distingue este último dos membros do grupo é a relação de autoridade inerente ao fato de que ele é detentor de um saber, de uma teoria, que lhe permite intervir de modo especial na relação que se estabelece entre ele e os membros do grupo. Na realidade a assimetria existente entre terapeuta e clientes se deve únicamente a este fato, e à aceitação por parte dos últimos das regras do jogo psicoterápico. Acrescente-se a isto a possibilidade que o cliente tem de a qualquer momento rescindir o contrato terapêutico e teremos o perfil de uma relação entre sujeitos de estatuto social semelhante e cuja desigualdade se dá por uma acordo entre ambos que artificialmente cria a assimetria necessária ao processo psicoterápico.

No encontro que se dá entre terapeuta e cliente nas ingtuições públicas estes traços se apresentam bastante modificados. Além das diferenças no que tange às representações acerca da doença e do tratamento, esta relação é marcada por algumas peculiaridades: o cliente não escolhe o profissional e não pode interromper o tratamento se preferir se tratar com outro. O pagamento do serviço prestado pelo terapeuta aparentemente não sai do bolso do cliente (embora na verdade seja assim, através do desconto para a previdência de todo trabalhador), o que mui

tas vezes faz com que a atenção do terapeuta seja consi
derada um favor. A utilização de termos técnicos e de
um vocabulário extenso para diacriminar sentimentos é ge
ralmente atributo do profissional e marca uma forte dife
rença para com o paciente. Detalhes como a aparência, a
postura, o uso indiscriminado do distintivo "Dr." (que
serve basicamente para sublinhar a diferença social dos
profissionais mais do que qualificar alguns enquanto mê
dicos), tudo assinala uma característica peculiar desta
relação terapeuta-cliente, e que a torna diferente da
anterior: é que nesta, a autoridade atribuída ao profis
sional em função de seu saber é fortemente recoberta pe
la marca do poder de classe. Ou seja, o que o paciente
tem diante de si é não só o representante da ciência mas
também membro de uma classe hierarquicamente superior.
Não há uma relação de cunho liberal entre pares sociais,
mas uma relação onde a distância entre os atores do tra
tamento é lembrada a cada detalhe, sublinhada a cada ins
tante.

Que importância poderão ter estas observações tão corri
queiras? Dos grupos será talvez importante tentar res
ponder a esta pergunta, abrindo caminhos de investigação.

É possível se perguntar, por exemplo, se parte da difi
culdade muitas vezes percebida na comunicação entre tera
peuta e paciente em terapias individuais se deve a este
fato. Na verdade, em nenhum outro lugar pessoas de ori
gens, línguas, expectativas, etc. tão diferentes se
encontram a sós e muito menos nesta situação peculiar on
de um deve falar do mais íntimo, das coisas mais delica
das e pessoais de sua vida. Diante disso o paciente po
de ligar com a flagrante distância social de maneiras di
versas. Pode exercer o papel de subordinado numa típica
relação de favor, tão pregnante em nosso universo sócio-

cultural e almejar orientações, sugestões, conselhos que supostamente poderiam abrir uma trilha pessoal em direção ao modelo ideal encarnado no terapeuta. Pode ainda, com o objetivo de conquistar os favores do terapeuta, apresentar a este aquilo que imagina deve ser dito. Assim é talvez possível compreender a insistência por longos anos em queixas médicas por parte de alguns pacientes que, uma vez instalados em um grupo terapêutico, abandonam este discurso e — falando para seus pares — abordam diretamente seus sentimentos. É como se o cliente achasse que o médico espera escutar sintomas somáticos e fosse de algum modo importante não frustrá-lo.

Uma outra possibilidade: a distância entre o modelo identificado no terapeuta e as condições de vida do paciente pode funcionar como uma espécie de parede de vidro separando a palavra do primeiro e o sentimento do segundo. Neste caso a comunicação do terapeuta acerca dos conflitos do paciente apesar de ser compreensível seria dificilmente incorporada como plausível na medida em que fosse percebida como vindo de um lugar inatingível, de um modelo ideal inalcançável.

Se estas suposições contêm algum valor, pode-se pensar então que o tratamento grupal contenha alguns elementos ainda pouco explorados e de interesse bastante grande. Colocado entre pares o paciente poderá exprimir os sentimentos e cotejar sua experiência com um conjunto de pessoas que compartilham com ele do mesmo universo sócio-cultural. A palavra do parceiro do grupo talvez contenha maior plausibilidade, isto é, talvez possa veicular modelos de identificação mais próximos, mais apreensíveis, do que o oferecido pelo terapeuta. Este tem uma função sempre fundamental, mas talvez nestes casos bastante peculiar: ele seria o elemento aglutinador, o fornece

dor e mantenedor das regras de comunicação no grupo, que irão permitir não só a troca entre os componentes mas sobretudo a possibilidade de que os conflitos tornados sintomas (e portanto transformados em linguagem não compreensível e não partilhável) encontrem um caminho de expressão verbal que abra as portas à sua elaboração.

É como se o terapeuta representasse o papel do juiz numa partida de futebol. É ele a autoridade que explicita as regras do jogo, que harmoniza o comportamento individual dos jogadores ao objetivo comum de jogar futebol e não fazer outra coisa. Ele é a referência máxima dentro do campo. No entanto o jogador que pretende sair vitorioso e superar mais uma etapa do campeonato, não tem no juiz o seu modelo de identificação. É no craque que ele pensa quando almeja conseguir bons resultados e alcançar seus objetivos. É a grande jogada, o drible bem feito, o passe perfeito que ele procura realizar também.

Dito de outro modo o terapeuta não fará do seu modelo de interpretação dos conflitos o único ao qual o grupo será sempre referido. As divergências em relação a este modelo não serão tomadas automaticamente como resistência psicológica. A figura do terapeuta não será sistematicamente apresentada como referência a quaisquer movimentos existentes no grupo. O terapeuta não lidará sempre com o grupo enquanto indivíduo coletivo, como uma entidade autônoma com relação aos seus membros; pelo contrário procurará de modo geral recortar cada indivíduo dentro do grupo com sua história, seu movimento na sessão, o conteúdo que apresenta e permitir com sua atuação que esse material seja confrontado com o que é trazido pelos parceiros e seja objeto de elaboração por parte deles, a partir de seus códigos de interpretação, os quais, como já se observou, nem sempre se coadunam com os do terapeu

ta.

São as perguntas que temos na cabeça que orientam nosso esforço de investigação e compreensão da realidade que nos aflige. Às vezes é preciso questionar as perguntas antes de sair procurando respostas. A demanda crescente de atenção ambulatorial em saúde mental exige mais do que a ampliação ou reorganização da oferta de serviços na área. Torna-se cada vez mais necessário colocar no centro das discussões sobre alternativas terapêuticas as peculiaridades e os impasses que a complexidade de nossa formação sócio-cultural teimosa e inevitavelmente introduz.

Linhas interessantes de trabalho tanto teórico quanto em pírico podem se desenvolver a partir de questões das quais são exemplos as seguintes:

- Reflexividade, verbalização e problematização têm sido com razão apontados como elementos inerentes ao processo psicoterápico e que são encontradas como características dos indivíduos situados nas camadas superiores da sociedade. Ora, as experiências de atendimento psicoterápico em ambulatórios de massa têm demonstrado que se por um lado a capacidade de verbalizar com fluidez e pensar sentimentos de modo crítico é frequentemente escassa nas chamadas populações de baixa renda, a possibilidade de refletir sobre sua própria condição está presente. No modelo individualista que conhecemos melhor, os três elementos se retroalimentam. No caso destas populações, que mecanismos estarão presentes e de que modo interferem numa terapia psicológica verbal? Estamos de qualquer modo diante de uma diferença, de um modo diverso de reflexão e não de sua ausência. Em que consiste essa diversidade?

- O modelo psicológico do "indivíduo" (determinado em última instância pela estrutura de relações sociais, no seio da família nuclear moderna, burilado no longo processo de escolarização, alimentado pela complexidade de agências nômicas da sociedade atual, etc.) é o dominante em nossa formação social e assim se espalha por todas as classes e grupos. No entanto, grande parte de sua solidez e constância deriva das experiências que funcionam como corroboração de seus atributos. Que consequências terá o fato de que para a maioria da população de baixa renda este tipo de corroboração não chega a existir? De modo que as condições objetivas interferem na apreensão - por parte dessas classes menos privilegiadas - do modelo psicológico predominante?



COLETA DE DADOS OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO ?
O MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO NA AVALIAÇÃO
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

MARIA LÚCIA F. PENNA

EDUARDO FAERSTEIN

COLETA DE DADOS OU SISTEMA DE INFORMAÇÃO ? O MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO NA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE *

MARIA LÚCIA F. PENNA **

EDUARDO FAERSTEIN ***

RESUMO

Discute-se as limitações do sistema de informação em saúde existente no país. Entre outros problemas são apontados a compartimentalização entre os dados epidemiológicos e aqueles referentes à operação dos serviços, e a lógica do controle institucional como determinante dos fluxos de informação estabelecidos. Propõe-se as noções de evento-sentinelas e condição marcadora como alternativas úteis aos instrumentos clássicos de avaliação. Destacam-se ainda, questões relacionadas à divulgação da informação e à integração de fontes extra-setoriais de dados.

INTRODUÇÃO

A precariedade da informação disponível não tem sido, certamente, o principal fator responsável pela ineficácia e ineficiência do setor saúde no país, nem tampouco pela persistência dos baixos níveis de saúde entre as parcelas majoritárias da população brasileira. Esse quadro

* Trabalho apresentado no seminário "PERSPECTIVAS DA EPIDEMIOLOGIA FRENTE À REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE" - ABRASCO/maio 1986.

** Professora do Departamento de Epidemiologia do IMS/UERJ

*** Professor do Departamento de Epidemiologia do IMS/UERJ
Instituto Nacional de Câncer/MS

resultou das políticas governamentais adotadas por longo tempo, na área e fora dela, o que tem sido exaustivamente discutido.

Da mesma forma, a aceleração da mudança desse panorama tem sido obstaculizada por fatores de ordem fundamentalmente política e pelo peso da herança legada pelo autoritarismo em toda a vida nacional.

Pode-se afirmar, entretanto, que um Sistema de Informação em Saúde (SIS) é elemento estratégico para o direcionamento desse processo, na medida em que sofra reformulações de modo a atender a necessidades e requisitos ampliados e seja ele próprio também objeto de avaliação permanente.

Pretende-se levantar para discussão alguns aspectos e possibilidades de avanços em relação ao assunto no país.

A INFORMAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de vigilância epidemiológica ¹ tem sido sucessivamente ampliado. Doll ² sugere que encaremos vigilância, monitoração e auditoria como um único campo que abarque objetivos e usos da Epidemiologia aplicados aos serviços de saúde. Em nosso meio, no entanto, ainda encontramos dois sistemas isolados de informação em saúde: um

(1) " Entende-se por vigilância epidemiológica o conjunto de atividades que proporcionam a informação indispensável para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer nos fatores condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e adotar oportunamente as medidas indicadas que levem à prevenção e controle da doença." - GUIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 21. MS/1985)

(2) Doll, R. Surveillance and Monitoring. Int. J. Epidem., 3(4): 305-314, 1974.

com enfoque epidemiológico, e outro referente a dados operacionais, que raramente fornecem indicadores sobre a qualidade da atenção prestada, servindo apenas como elemento para programação de atividades de forma acrítica.

É necessário que os dados gerados pelos serviços de saúde possam ser trabalhados dentro de um enfoque que permita a realização de avaliações efetivas. Para tanto, faz-se necessária a explicitação clara de critérios e objetivos, levando à seleção e construção de indicadores e ao conseqüente redimensionamento do SIS.

A avaliação da atenção médica, por exemplo, é tradicionalmente realizada sem um olhar epidemiológico, baseando-se em números absolutos ou em percentuais de cumprimento de metas. No entanto, a epidemiologia não só nos permite uma visão mais adequada da questão, como possui vasta literatura a respeito. Hoje ainda encontramos no sistema de informação para saúde a solicitação de dados cujos denominadores são desconhecidos, número de casos curados ou de abandono de determinados tratamentos independentes do tempo de duração do mesmo (mistura de diferentes coortes com diferentes idades de tratamento ou acompanhamento), ou mesmo o agrupamento de casos incidentes e prevalentes.

Por outro lado, a informação epidemiológica propriamente dita, como por exemplo a morbidade por doenças transmissíveis, sofre apreciáveis influências das alterações ocorridas na operação dos serviços de saúde. A abrangência não é universal, variando entre as diferentes áreas, devido à variação de cobertura dos serviços, de disponibilidade de recursos diagnósticos e mesmo à deficiência de notificação. Não podendo solucionar imediatamente tais pontos de estrangulamento, não lidamos com uma infor

mação exata, mas podemos estimar sua precisão, já que a través de dados operacionais teremos indicadores de sua variabilidade. Nos períodos onde houver pequena variação, os dados podem indicar tendências reais, e estaremos mais bem capacitados para detecção de oscilações provocadas pelas alterações operacionais. Não se justifica portanto a separação administrativa, que muitas vezes ocorre, de dados quanto à operação das atividades de controle de doenças e os de sua ocorrência.

A necessidade de um sistema integrado de informações, ganha força adicional na perspectiva de encarar o conjunto dos agravos à saúde (e não apenas algumas doenças transmissíveis) e a própria assistência médica como passíveis de enfoque de saúde pública. Exemplificando, no caso de doenças como a hipertensão, diabetes ou câncer, a qualidade da consulta médica e o desempenho da rede assistencial como um todo, são elementos cruciais. É necessária a adesão dos pacientes a esquemas prolongados de seguimento ; em proporções variadas, tornam-se indicadas a referência a níveis mais diferenciados de atendimento e a utilização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alto custo. Fica evidente a necessidade de integrar a informação sobre todos esses aspectos aos dados estritamente epidemiológicos, para permitir a compreensão global dos problemas.

A racionalização do sistema não diz respeito apenas à transformação de dados burocráticos em dados capazes de gerar informação, mas também na utilização dessa informação pelos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde e de sua capacidade para gerar dados confiáveis sem sobrecarga administrativa.

A noção de que todos os dados devem obrigatoriamente flu

ir até o nível central se aproxima mais da idéia de controle do que de avaliação. Tem raízes históricas e políticas na centralização do poder, seja nas relações entre os níveis federal e estaduais como entre as instâncias centrais e periféricas de cada instituição. É preciso a tentar para o fato de que se passa a lidar com médias que, na medida em que aumentam as unidades geográficas ou temporais de análise, tornam-se cada vez menos eficazes para a observação de problemas ou situações inusitadas. Por exemplo, a notificação semanal de casos das doenças por Estados ao nível federal é ineficaz para detecção precoce de surtos, já que estes se iniciam em bairros, distritos e municípios.

Dados que não são analisados rotineiramente podem ser colhidos ocasionalmente por amostragem a nível local, até mesmo durante a atividade de supervisão, o que não significaria aumento de custo. Não se justifica a inclusão desse tipo de informação nos formulários rotineiramente enviados, apenas pelo temor de que se não houver solicitação não haverá registro a nível local, pois se o sistema de registro da unidade de saúde não é adequado, ela não pode gerar dados de rotina confiáveis. Além disso, a sobrecarga administrativa gerada pelo excesso de dados solicitados não contribui para seu melhor funcionamento.

Sem dúvida, a organização do registro a nível local é prioritária em várias partes do país para que as informações sejam confiáveis. Investimento nesse sentido geraria também outros ganhos, como a melhor qualidade de prestação de serviços e a capacidade de auto-avaliação do nível local, além de permitir avaliações periódicas mais detalhadas por amostragem de prontuários.

Também poderiam contribuir para a avaliação da qualidade

dos serviços as noções de evento-sentinela e condições marcadoras (**tracer conditions**).

Eventos-sentinela seriam indicadores que representam a a tuação dos serviços de saúde de um modo geral. Simplifica cando, são acontecimentos que esperamos que não ocorram se houver um bom funcionamento dos serviços. A literatura do assunto discute a dificuldade de seleção de tais eve ntos na prática ³. No entanto, se pretendemos avaliar a qualidade de atenção na maioria dos serviços no país, nos deparamos com inúmeros acontecimentos que demonstram sua má qualidade, constituindo portanto os eventos-sentin ela. Poderiam ser citados: óbitos infantis em filas de espera de emergências, casos de doenças infecciosas perco rrendo diversos serviços de saúde sem que sejam diagno sticadas, crianças frequentando serviços pediátricos sem completarem seu quadro de imunização, taxa de incid ência de tétano neonatal entre nascidos vivos.

Condições marcadoras são patologias frequentes e que possu em técnicas de atenção bem estabelecidas e de aceitação ampla, como hipertensão arterial, otite média em crianças, infecção urinária em mulheres, tuberculose ⁴. Atrav és da avaliação da assistência a tais condições, poder-se-ia inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo os graus de resolução, uso adequado de exames complementares, acesso a medicação, etc. Chamamos a a tenção para o fato de que atualmente em nosso país o siste ma

(3) Murnaghan, J.H. Health Indicators and Information Systems for the Year 2000. **Ann. Rev. Public Health**, 2:299-361, 1981

(4) Feinstein, A.R. **Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research**. Philadelphia, W.B.Saunders Co., 1985.

tema de informação é pouco uniforme, havendo áreas onde há muito maior detalhamento, como o caso da tuberculose, e que poderiam ser "olhadas" como marcadores. Naturalmente não se espera que serviços incapazes de manter a adesão ao tratamento para a tuberculose sejam capazes de realizar adequadamente as atividades de controle da hipertensão sem que haja melhoria do seu funcionamento em geral.

Os eventos-sentinelas e marcadores na verdade demonstram que a necessidade de melhoria da qualidade deve preceder a preocupação habitual de detalhamento da informação.

Em lugar de nos preocuparmos, por exemplo, em melhorar a confiabilidade da informação quanto ao número de crianças menores de um ano acompanhadas em relação ao crescimento e desenvolvimento, poderíamos inferir que tal atividade não é adequadamente realizada em áreas com baixa cobertura de vacinação.

Esse tipo de enfoque implica o desaparecimento da compartimentalização administrativa da informação, o reconhecimento de que são indicadores válidos ocorrências indesejáveis de conhecimento geral (eventos-sentinelas) e, principalmente, a adequação do detalhamento da informação ao nível dos serviços de saúde e à real situação epidemiológica de cada condição.

A DIVULGAÇÃO DA INFORMAÇÃO

No desenho teórico da informação em saúde baseado nos conceitos de análise de sistemas (insumos, processo organizacional, produto e retroalimentação), propõe-se que a divulgação da informação produzida seja genericamente direcionada aos notificantes (retroalimentação), aos serviços e interessados ⁵. Trata-se de um sistema de vigilância

cia fechado em si mesmo, que acompanha a lógica de programas de controle verticais e estanques.

Por outro lado, as plataformas sindicais e associativas, desde a década passada, vêm enfatizando que um novo sistema de saúde "deverá garantir o acesso da população e dos profissionais do sistema à informação sobre as condições de saúde, seus determinantes e condicionantes, assim como a real operatividade e eficácia dos serviços de atenção à saúde".⁶

Esse último enfoque obedece, antes de mais nada, ao princípio de democratização da informação, autojustificável.

No entanto é preciso começar a discutir mais concretamente sua operacionalização. Isso implica abordar as seguintes questões: quem necessita ser informado sobre o que, de que forma, através de que meios e com que periodicidade.

Há certamente um conjunto de profissionais para os quais determinada informação tem (ou deveria ter) impacto direto sobre suas atividades cotidianas. Dependendo porém do seu nível de inserção no sistema, a necessidade ou capacidade de absorção da informação é diversa quanto à desagregação descritiva e à profundidade analítica.

Para os demais profissionais, instituições da sociedade e a população de uma forma geral, é necessário clarificar

(5) Fossaert, H.; Llopis, A.; Tigre, C.H. Sistemas de Vigilância Epidemiológica. *Bol. of Sanit. Pan*, jun: 512-525, 1974

(6) Propostas da ABRASCO para a VIII Conferência Nacional de Saúde. ABRASCO, 1986.

os conteúdos , formas e meios de divulgação da informação que permitirão aumentar os graus de consciência sanitária e transparência institucional, favorecendo as mudanças.

De certa forma, a participação da Epidemiologia nas atividades de formação e reciclagem de pessoal na área de saúde pode ser vista como uma ampliação, em abrangência e profundidade, das funções mais "cotidianas" do SIS, no que tange à divulgação de informação pertinente.

Trata-se de administrar conhecimento científico já existente, através de mecanismos ágeis (materiais audiovisuais, auto-instrucionais, divulgação de bibliografia, etc) que contribuam para a elevação da qualidade do ensino e da prestação de serviços.

Particularmente na área médica (e isso não é de modo algum fenômeno restrito ao país), a super ou a subutilização de determinadas práticas diagnósticas e terapêuticas é determinada mais frequentemente por modismos e/ou pressões de índoles diversas do que por comprovação científica de sua eficácia. Citam-se como exemplos o declínio do uso da terapia anticoagulante no infarto agudo do miocárdio, a mastectomia radical no tratamento do câncer de mama, o emprego do BCG oral e a utilização indiscriminada de unidades coronarianas. ⁷

De qualquer forma, é preciso ressaltar que não há relação direta entre conhecimento e desempenho. Naturalmente, a competência técnica é um pré-requisito para um bom desempenho clínico, havendo no entanto estudos que demonstram

(7) / Szklo, M. The Epidemiologic Basis of Prevention: How much Data Do We Need ? *John Hopkins Med. J.*, 149(2): 64-70, 1981.

falta de associação entre maior competência e melhor desempenho. Este fato atribuído à ausência de valorização do conhecimento e da habilidade a nível dos serviços, a má organização da prática, à carga excessiva de pacientes e à pressão financeira. ⁸

Além dessas barreiras, preconceitos podem também afetar a motivação profissional, gerando condutas diversas frente a pacientes de diferentes classes sociais ou sexo.

Tarefas de rotina como o encaminhamento de crianças à vacinação, detecção de sintomáticos respiratórios e hipertensos dependem mais do desenvolvimento de hábitos efetivos do que de novas informações. ⁸ A avaliação da prática médica e sua difusão junto aos profissionais que efetivamente prestam assistência podem contribuir para o desenvolvimento de tais hábitos.

OUTROS ASPECTOS

O sistema de informação precisa ser unificado e compatibilizado, incluindo também instituições fora do setor saúde, como o IBGE, o Instituto de Radioproteção/CNEN e órgãos das áreas de saneamento e trabalho.

Além da preocupação com a avaliação da ocorrência de agravos à saúde, faz-se necessário que se avance no sentido de avaliar e monitorar a exposição de fatores de risco conhecidos. Nesse sentido, existe a possibilidade de utilização efetiva, pelo setor, de informação gerada por outras instituições, o que permitiria desenvolver uma

(8) Sackett, L.D.; Haynes, R.B.; Tugwell, P. **Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine**. Boston, Little, Brown and Co., 1986

das suas funções "nobres", a capacidade de previsão de tendências da morbimortalidade.

É possível incorporar ao SIS dados sobre poluição ambiental, acidentes de trânsito, uso de agrotóxicos e riscos ocupacionais, existentes nas instituições estaduais de controle do meio ambiente, Departamento de Trânsito, Ministério do Trabalho e sindicatos.

A exposição à radiação é um caso particular e relevante, já que é o próprio setor de saúde o responsável por parte considerável da exposição da população. O risco do câncer por exposição à radiação pelas inúmeras abregurias a que são submetidos os trabalhadores no curso de suas vidas não superará o risco de morte por tuberculose? Estamos portanto diante de um exemplo de risco conhecido, mensurável, redutível e vergonhosamente negligenciado em relação a profissionais e usuários.

A tarefa de incorporação de informações de outros setores à avaliação dos riscos não pode ser apenas passiva, preocupada exclusivamente com o estabelecimento e agilização do fluxo, pois torna provável o surgimento de problemas como diferenças de conceito e classificação, de cobertura geográfica ou dos períodos de tempo utilizados.

Deve ser também objeto de debate o aperfeiçoamento dos meios para obtenção de informações em nível populacional através de inquéritos periódicos que permitam traçar perfis e acompanhar tendências de hábitos e exposições relevantes. Aqui podem ser mencionados os padrões de utilização de serviços médicos, consumo de medicamentos e drogas, tabagismo e ingestão de álcool, padrões alimentares, reprodutivos e de contracepção. É preciso estabelecer formas permanentes de articulação interinstitucional com

a Fundação IBGE e com o meio universitário, no sentido de definir conjuntamente prioridades e estratégias adequadas.

Finalmente, cabe considerar como esfera potencial de interesse a relativa aos graus de satisfação da clientela e de informação da população, viabilizando um planejamento que leve em conta, de modo mais abrangente, as relações estabelecidas entre as pessoas e os serviços.

4

UM MAL DE FOLHETIM ?

SÉRGIO CARRARA
CLÁUDIA MORAES

UM MAL DE FOLHETIM ? ¹

SÉRGIO CARRARA *

CLÁUDIA MORAES **

RESUMO

Muitas vezes se diz que contra a AIDS a melhor arma é a informação e realmente a grande imprensa tem tido um papel fundamental na divulgação de informações sobre a doença e medidas preventivas a serem tomadas. Esse artigo levanta algumas das características da cobertura jornalística que a AIDS vem recebendo no Brasil. Para tanto spoia-se principalmente em reportagens publicadas em duas revistas de circulação nacional durante o ano de 1985.

PELAS PÁGINAS DA IMPRENSA

Conflitos internacionais, CIA, KGB, sangue, perigo, sexo e morte, drogas, uma misteriosa doença na África Central, recantos turísticos do Haiti, saunas gay em Nova Iorque. Um novo filme de James Bond (ou talvez o relançamento de Live and let it die)? Não, é a AIDS na imprensa. No time de reserva deste enredo hollywoodiano temos ainda prostitutas e presos, criancinhas inocentes condenadas à morte, sodomia em cenas de sexo explícito, astros de cinema, pre-núncios do juízo final ou de uma tragédia nuclear.

(1) Esse texto foi primeiramente publicado nas **Comunicações do ISER** (Ano 4 - nº 17, dez/1985)

* Professor do Departamento de Políticas e Instituições de Saúde do IMS/UERJ

** Mestranda em Antropologia - Museu Nacional

Paulo Francis pondera em um artigo ¹ que há algumas doenças vendem jornal e outras não. O mal de Alzheimer, por exemplo, provocaria muito mais mortes que a AIDS, sendo seu processo tão ou mais desconhecido da ciência. Mas é incapaz de causar tanto frisson, já que os elementos a ele relacionados nada têm de espetacular ou exótico: pessoas idosas, que vão morrendo na obscuridade. No Brasil, em cidades como Recife, a mortalidade infantil chega a quase 50% de óbitos antes dos cinco anos de vida, e a comoção que este fato desperta é bem menor do que aquela provocada pelas reportagens de revistas que mostram os bebezinhos que já nasceram com AIDS e devem morrer num futuro próximo. Já pouco antes da AIDS aparecer nos EUA, a herpes genital, doença sem maior gravidade, havia recebido um farto destaque no noticiário americano, com ecos também no Brasil. As medidas de combate ao câncer, como a quimioterapia e a cirurgia, jamais suscitaram grande alarde público (embora privadamente muito se especule sobre seus horrores e milagres); já os transplantes, principalmente os de coração, recebem uma farta cobertura: fotografa-se o paciente e seus familiares (na maioria dos casos trata-se de um pai de família devotado e trabalhador), descreve-se minuciosamente a vida pregressa e as circunstâncias trágicas da morte do doador (geralmente um jovem cheio de vida), louva-se a precisão e a tranquilidade do cirurgião-chefe, elevado à categoria de semideus.

Não é a relevância ou gravidade de um fato médico que irá determinar sua maior ou menor repercussão social. São antes as questões que suscita para a sociedade, a sua atração simbólica: e a AIDS é desses fenômenos em

(1) Folha de São Paulo, 10/11/85.

que a realidade supera a ficção.

É ganhando espaço na imprensa que a doença se torna socialmente visível. Sem esse destaque, ela talvez continuasse uma síndrome obscura, perdida no meio dos compêndios médicos, como tantas outras. É a medicina que identifica e nomeia a AIDS, criando-a enquanto um fenômeno sui generis. É ela também a primeira a postular modelos que estabelecem nexos causais entre os fatos agrupados sob o nome dessa nova patologia. Mas é a imprensa que promoverá o primeiro contato do público com a doença, determinando desde o início as impressões gerais. Via de regra, a AIDS não nos chega como um fato vivenciado pessoalmente, mas através das páginas dos jornais. No Brasil, a notícia chegou muito antes do aparecimento do primeiro caso da síndrome entre nós. A notícia é o contato. Através dela "vemos" os casos e "ouvimos" os médicos. É com a Imprensa que a AIDS sai do universo dos laboratórios, congressos médicos, publicações científicas, termos técnicos, e ganha as ruas.

No processo de revelação (ou mesmo de criação) da doença, a imprensa funcionará como um cadinho de alquimistas, com suas transsubstanciações e ligas de elementos, onde se misturam discursos, declarações, fatos das mais diversas procedências. Ela veicula a fala dos médicos, psicólogos, sociólogos, líderes ativistas gays, sacerdotes religiosos, vítimas da doença e seus parentes, pessoas que se julgam ameaçadas de contágio, delegados de polícia, travestis de porta de boate, artistas famosos, presos, hemofílicos. Essa bricolagem de linguagens e opiniões contribui para que o assunto interesse a todos. Por ser fruto de vários discursos, a discussão da doença acaba por abranger vários domínios: moral, médico, religioso, etc. Nesse jogo, ora a imprensa é um veículo "límpido",

apenas transmitindo declarações de "outros", ora é um meio opaco, que "cria" a notícia, dando por conta própria ênfase neste ou naquele aspecto mais sensacional, sugerindo nas entrelinhas, insinuando nas fotografias e legendas. É o caso da fantástica reportagem da *Veja*¹ que sob o título "A síndrome na Ribalta" tenta "mostrar" o clima de pavor que estaria reinando entre a classe artística brasileira. Quando vários artistas entrevistados, revoltados, desconsideraram o assunto, *Veja* atribui esta reação à falta de informação sobre a gravidade da doença e, pedagogicamente, passa a corrigi-los). Neste sentido, os jornais diários são mais "límpidos" do que as revistas semanais, já que a rapidez de publicação impede uma maior elaboração do material editado. Em alguns momentos, as opiniões se tornam explícitas, através de editoriais (como o de *Isto é*², "Prioridades da saúde", que pondera que "a AIDS já se tornou uma prioridade da população, e um governo competente não pode lutar contra fatos", e pede menos relutância e mais ação por parte do Governo Federal), revelando com clareza o engajamento da imprensa em campanhas de "esclarecimento", aliando-se à medicina.

"A informação é a nossa maior arma", dizem os médicos. Ainda sem cura ou vacina, o único recurso que resta à medicina para combater a doença é a prevenção, através da educação do público sobre as formas de contágio e maneiras de evitá-lo. Para veicular tais campanhas a imprensa é indispensável, convertida então em braço direito da medicina. Aliança vantajosa para a imprensa, não só por reforçar o papel que sempre se auto-atribuiu de entidade

(1) *Veja*, 18/09/85.

(2) *Isto é*, 11/09/85.

altruística e caridosa que zela pelo bem público, mas também porque passa a contar com uma legião de médicos eminentes e cientistas ilustres que, com seu aval doutoral, em prestam legitimidade e autoridade à notícia. Assim, a hipótese veiculada por O Globo¹ de que a AIDS chega ao homem porque os africanos têm o hábito de comer carne de macaco (e estes não se deixariam caçar facilmente, arranhando e mordendo seus atacantes, e transmitindo o vírus da doença através dessas machucaduras) só escapa de ser um enredo de ficção porque o nome do professor Reinhard Kurth, do Instituto de Vacinas de Frankfurt, em presta um cunho de cientificidade à notícia.

A associação é também lucrativa para o lado da medicina. Os especialistas se beneficiam com a divulgação ampla de suas idéias e de seus nomes; os diretores de serviços de saúde, tornando públicas as suas propostas, conseguem para elas maior apoio político. Como por exemplo no episódio do fechamento de bancos de sangue no Rio de Janeiro, que, após a constatação da presença do anticorpo para o vírus da AIDS em alguns hemoderivados, resultou na proibição de doações pagas e em um controle muito mais rigoroso dos bancos de sangue privados, além do início de um programa de implantação de hemocentros mantidos pelo Estado. É possível especular se a Secretaria de Saúde conseguiria resistir às pressões contrárias do setor privado (ao qual não interessa nem um maior controle nem uma rede pública paralela de bancos de sangue) se a notícia do episódio não houvesse obtido tamanho destaque e repercussão.

A imprensa raramente investiga os bastidores da medicina,

(1) O Globo, 22/07/85.

mostrando brigas internas ou divergências teóricas: quando muito, serve de veículo para que os especialistas tornem públicas suas discordâncias. Parece haver um consenso implícito de que dar destaque a esses pontos seria "desinformar", "confundir" o público, "causar pânico". Em momento algum questiona a ação da medicina (quando, por exemplo, isto é exigido em seu editorial mais providências do Ministério da Saúde com relação à AIDS, sua pressão é para que o governo ponha em prática medidas advogadas pelos médicos). Assim como também a medicina nunca coloca diretamente em xeque a ação da imprensa: ela pode exagerar aqui e ali, confundir-se um pouco, mas é indispensável como canal de informação da população.

As teorias médicas (especulando sobre a causa da doença, origem do vírus, vias de contágio, etc.), os modelos estatísticos, os esquemas de prevenção vão constituir uma espécie de script-base que a imprensa se encarregará de detalhar e desenvolver. Os médicos falam em homossexualidade; a imprensa sai em campo entrevistando travestis, cabeleireiros, costureiros, proprietários de boate. Fala-se em doença fatal, e ela estampa reproduções de atestados de óbito, fotografias de mortos e sepulturas, depoimentos de parentes das vítimas e de doentes aos quais se pergunta como é saber que vai morrer, descrevendo ainda os últimos dias de vítimas famosas ou anônimas. Às vezes os médicos fornecem não só o enredo de fundo como também a cor e os detalhes, ajudando a configurar os personagens, como a psicóloga de São Paulo que nos informa que "homossexual carrega um senso de beleza mais aprimorado do que a maioria dos heterossexuais. Dotado de vaidades estéticas, ele se mostra extremamente sensível à beleza física. É por isso que o homossexual com AIDS tem horror ao espelho. O homossexual procura o belo no outro, do mesmo sexo. Seu objeto de amor, no fundo é

ele próprio"¹.

Embora volta e meia os trabalhos médicos resvalam para o terreno das emoções, é a imprensa a encarregada de dar sabor ao discurso eminentemente técnico dos trabalhos científicos, recheando-o de sentimentos. A doença é tratada como cruel, implacável, devastadora. São constantes as referências ao desespero, pânico, tristeza, angústia, impotência, revolta, fatalismo. É talvez este trabalho de delimitação de contornos o que a imprensa faz de mais interessante, pois é nele que a doença ganha sua face pública identificável, e é esta face comum que irá inspirar a reflexão tanto de religiosos, moralistas, como de defensores da revolução sexual e campeões da luta contra o preconceito — reflexões estas que em um segundo momento serão também incorporadas à imagem da doença. Para criar esta face comum, a imprensa primeiro dissolve a especificidade dos discursos: vulgariza as teorias médicas, teoriza sobre o que são as credices populares em torno do contágio, coloca lado a lado as declarações de religiosos e líderes gays, do médico e do doente. Não hesita também em "melhorar" os fatos com pequenas invenções e tintas melodramáticas. A bricolagem das matérias mais trabalhadas — como as de *Veja* e *Isto é*, jornais de domingo, cheias de quadrinhos, de intercalações de trechos de entrevistas com comentários e notícias de várias procedências — não serve apenas para imprimir um tom próprio, um viés da revista no assunto; ela também ajuda a quebrar a especificidade, as fronteiras entre os diferentes discursos, por serem tantos, apresentados de forma tão simultânea e fragmentada. Nesse caleidoscópio de opiniões e fatos os contornos vão esmaecendo, e em seu lugar vai sur

(1) *Veja*, 18/09/85.

gindo uma figura que integra em si os pequenos fragmentos. Cabe ressaltar que os vários discursos estão longe de constituírem "substâncias" puras, sem mescla. Ao contrário: já são em parte uma ordenação de fragmentos estranhos a seu universo próprio. O próprio discurso médico não é imune às idéias sociais que declaram o sexo anal perigoso, condenam a promiscuidade e encaram o homossexualismo como abominação.

Vale a pena deter-se em alguns aspectos da face pública da doença criada pela imprensa, como por exemplo a discussão sobre a homossexualidade. A medicina já havia constituído os "homossexuais" como "grupo de risco" privilegiado, e as reportagens que periodicamente temos a oportunidade de ler dedicam largo espaço à especulação do que seja a homossexualidade. O grupo de risco homossexual vai se configurar na imprensa como uma comunidade homossexual. Esta ênfase na questão - as constantes declarações de que a AIDS não é uma doença exclusivamente homossexual, as denúncias "do estigma que vincula automaticamente o homossexual à doença"¹ - acaba produzindo o efeito inverso: vai contribuir para que AIDS e homossexualismo fiquem indissolivelmente ligados. Falar de uma é falar do outro, e a "ameaça do flagelo" vai servir de justificativa para que se vasculhe com muita curiosidade esta homossexualidade.

A imprensa parte do pressuposto de que existe uma "comunidade homossexual" organizada com "quartéis-generais" (bares, teatros, boates) e "porta-vozes" (é assim que, por exemplo, Celso Cury e Darcí Penteado são constantemente apresentados nos artigos). Ela começa a penetrar

(1) Isto é, 13/03/85

nessa "comunidade" fazendo entrevistas, colhendo depoimentos, fotografando, configurando-a e tomando-a visível através de seus detalhes. Ela vai detalhando quem são seus participantes e o que fazem. A comunidade vai sendo vinculada a categorias profissionais (cabeleireiro, costureiro, etc.); e seus "membros" identificados como "travestis", "michês", "gays", "bichas assumidas" ou não. Ora, nem sempre os incluídos se auto-incluem, como protesta um travesti inquerido se tinha medo da AIDS: "Isto é coisa de gay" ¹. Estas tentativas de auto-exclusão, que apontam para a inconsistência da idéia de comunidade, tal como ela é montada, são encaradas como sinal de ignorância, que revelaria uma grande necessidade de educação quanto à doença. Pois a imprensa investiga cuidadosamente a reação da "comunidade" em relação à doença, chegando a "constatações" contraditórias quando confrontadas. A "comunidade" está em pânico e em franca mudança de hábitos, exacerbando as precauções e tal ponto que elas se tornam descabidas. Ao mesmo tempo, ela se mostra ignorante e indiferente, mergulhada na mesma vida (devassa) de sempre. Uma e outra posição "pede" esclarecimento que deverão ser fornecidos pela imprensa, e que acabarão tanto com o pânico como com a indiferença, atitudes extremas que prejudicariam a boa aplicação das medidas profiláticas divulgadas.

Não são as atitudes de dentro da "comunidade" são esquinhas como também as do "resto" da sociedade com relação a ela. A imprensa prescreve a atitude que deve ser adotada: sem preconceito, com compaixão, procurando informar a "verdadeira dimensão do perigo".

(1) Isto é, 13/03/85.

Antes de encerrar os comentários sobre a questão sexual suscitados pela AIDS na imprensa é interessante observar dois tópicos: como é (in)definida nas reportagens a figura do "homossexual" e também a do "promíscuo".

Quando a imprensa divide a sociedade em homossexuais, heterossexuais e bissexuais, em textos mais "técnicos", surge uma bizarra confusão entre o modelo nativo e o médico sobre o que seja a homossexualidade. Pois, se tecnicamente homossexual é aquele que só mantém relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, e bissexual quem transa com os dois sexos, no modelo nativo brasileiro o termo "homossexual" está, via de regra, associado exclusivamente ao parceiro que desempenha o papel passivo na relação. Assim é que acabam aparecendo relações entre homossexuais e heterossexuais masculinos. Conforme a ênfase que se queira dar ao assunto, a figura clássica do "pai de família que secretamente mantém relacionamentos homossexuais", será considerada como um homossexual que leva "vida dupla, oscilando entre a família tradicional e encontros clandestinos", um "bissexual" ou mesmo um "heterossexual".

A homossexualidade sempre vem acompanhada da questão da promiscuidade. Se o homossexual, nas reportagens, é antes de tudo um promíscuo, nem sempre o promíscuo é homossexual. Reveladores são lugares ou situações que serão associados à promiscuidade: prisões, prostituição, mundo artístico, carnaval. A promiscuidade é um híbrido de alta rotatividade sexual, consumo de drogas e vida "sem regras", ou seja, aquela que transgride as regras tidas como "normais". Se a *Veja* em certo número¹ publica a declaração do cantor Cazuza sobre os boatos de que estava com AIDS, de que "é o velho mito de que todo artista é promíscuo", em outro², vai pesquisar a AIDS nos meios ar

(1) *Veja*, 14/08/85.

(2) *Veja*, 18/09/85.

tísticos como se estes fossem um campo privilegiado para o aparecimento da doença.

A imprensa tem um trabalho decisivo para tornar a AIDS um sinônimo de morte, e de uma morte particularmente apavorante: "A solidão, nas últimas semanas da vida, é uma das marcas mais cruéis dessa doença que mata destruindo a capacidade do organismo para combater infecções"¹. Um doente de AIDS é descrito como "um jovem magro, extremamente frágil, que travava uma batalha inútil contra a morte" sob os olhares de "perplexos e indefesos visitantes". Após uma "luta sem esperanças", morre "sob denso silêncio dos amigos", tornando-se a "99ª vítima fatal da sinistra AIDS no eixo Rio - São Paulo"². Uma foto mostra um doente deitado em uma cama através de uma janela de vidro verde tem como legenda: "O isolamento, no Hospital Emílio Ribas: sozinho com a doença"³. O isolamento hospitalar e a solidão dos doentes viram quase que um estágio natural da evolução biológica da doença que se manifesta logo antes da morte. A morte, embora isolada, é cercada de manifestações dos parentes que, pelas descrições, ou rejeitam o doente, causando-lhe sofrimento adicional de se ver abandonado pela própria família, ou sofrem de maneira inconsolável ("sua mãe, cujo choro ecoa pela casinha, está mudada", diz Veja a respeito de um provável doente). A dramaticidade da morte é acentuada por se tratar geralmente de jovens, sempre vistos como tendo um futuro promissor pela frente.

Há a "boa morte", como a de Rock Hudson, que procurou tratamento médico, submeteu-se a tudo que lhe foi reco

(1) **Veja**, 18/09/85.
(2) **Veja**, 14/08/85.
(3) **Isto é**, 29/05/85.

mendado, doou fundos para as pesquisas sobre a doença e comportadamente recolheu-se à sua mansão de Beverly Hills para morrer quietinho. Como recompensa, teve uma morte "suave". Já o caso de Markito ilustra a "morte rebelde": fugiu de hospitais, recusou tratamentos e ainda por cima nos últimos dias tratou de se divertir em Nova Iorque, o que lhe valeu ser chamado de teimoso e de não querer admitir a gravidade do mal que o atingia. "A gente tinha a nítida impressão de que ele queria destruir-se", diz um médico a seu respeito (1). Não basta morrer, pelo jeito. É preciso morrer de maneira certa.

Os mortos são sempre contados em estatísticas continuamente divulgadas e atualizadas. Há um detalhado processo de se estabelecer as "verdadeiras" dimensões da doença, que por um lado se propõe combater aquilo que se considera exageros alarmistas e por outro visa assentar a AIDS como um fato que não pode ser ignorado e que concerne a todos nós. Como diz Isto é (2): "A peste do século XX está definitivamente instalada no Brasil, onde avança em progressão geométrica. A cada dia constata-se um novo caso, e quatro pessoas morrem a cada semana no eixo Rio - São Paulo ..." Mostra-se como ela atinge o mundo todo: União Soviética, Arábia Saudita, México, Itália, etc. Ninguém está a salvo: criancinhas, recém-nascidos, pais de família, militares, padres e freiras, governadores, astros de cinema, escolares, casais de velhinhos. Não só suas dimensões são vastas; a doença é vista também como essencialmente veloz: no ritmo da propagação, na rapidez da morte, na velocidade das pesquisas científicas. Ela é literalmente considerada uma doença que anda de avião.

(1) Isto é, 29/05/85

(2) Isto é, 13/03/85

O contágio deveria ser o assunto mais cientificamente tratado com relação à AIDS, pois é preciso ensinar como ele se dá para que as pessoas possam tomar cuidados preventivos que evitem a propagação da doença. A grande imprensa costuma dedicar a ele uma seção esclarecedora de dúvidas, que separaria a lenda da realidade. Fiel porém a seu papel amalgamadora de discursos, a imprensa acaba embaralhando mais as coisas, como o caso de se o beijo na boca transmitiria ou não AIDS, ou na veiculação das notícias de que o vírus da AIDS havia sido localizado em cédulas de dinheiro. O clima de incerteza criado (veja (1) por exemplo, não descartava inteiramente a possibilidade de a AIDS vir a ser transmitida através do "beijo íntimo", ou por intermédio de mosquitos) acaba justificando "medidas de cautela". Porém, quais são os critérios para se julgar até onde vai a cautela propriamente dita e onde começa a discriminação? Como demonstra o episódio ocorrido em Araguari — onde um cabeleireiro da cidade foi preso e expulso do lugar por suspeita de estar com a doença — comentado pelo delegado que tratou do caso: "Não sou preconceituoso, mas cautela e caldo de galinha não fazem mal a ninguém"².

Em todos os assuntos, nas marchas e contramarchas das descrições da imprensa, parece atuar um mesmo mecanismo básico recorrente, que chamaremos aqui de efeito-espelho. Na obra de Lewis Carrol, Do outro lado do espelho, a Rainha Branca primeiro enfaixa cuidadosamente o seu dedo, que em seguida começa a sangrar: ela então grita, e por último se corta. Esta e outras inversões que encontramos no correr da obra aproximam-se curiosamente do mundo da AIDS criado pela imprensa. Nele, a doença está eter

(1) Veja, 14/08/85.

(2) Veja, 04/09/85.

namente começando a sair dos grupos de risco; as pessoas (a "comunidade homossexual" em especial) estão eternamente mudando seus hábitos, mas paradoxalmente é preciso educá-las porque ainda não mudaram seus hábitos. A imprensa se engaja tanto em "combater o pânico" que acaba por disseminá-lo. Descreve com tanta imparcialidade e precisão os preconceitos e atos discriminatórios que acaba por ensiná-los: até que ponto as reportagens sobre freguesas que deixaram de beijar seus cabeleireiros não vão incitar outras senhoras a seguir este exemplo? Os artigos são mestres em dar por acontecido o que ainda não aconteceu (o pânico, a mudança de hábitos, o estado de epidemia, a saída da doença dos grupos de risco), fazendo nesse processo o acontecimento.

A imprensa usa e abusa de um outro movimento, que se poderia chamar de movimento de vai e vem, que consiste na publicação quase simultânea de declarações opostas: o beijo transmite AIDS, o beijo não transmite AIDS. Outras: não há razão para tamanho alarde e preocupação versus todos estão ameaçados e é preciso tomar providências urgentes; o passivo correria mais risco que o ativo na relação homossexual versus ambos correm o mesmo risco. Este movimento cria dúvida e insegurança, para as quais muito contribui a falta de conhecimento sobre a doença. A dúvida alimenta a discussão, abrindo espaço para que várias versões dos fatos convivam sem que nenhuma predomine de modo absoluto. Questão fechada é questão acabada. A insegurança pede mais informações, mais certezas. Este turbilhão (e até que ponto ele não será artificialmente mantido?) conserva acesa a discussão, vendendo mais jornais; é o efeito autogerador da notícia. Criada a dúvida cria-se a necessidade de resolvê-la. Porém, a imprensa só pode fazer render através da dúvida, notícias que de

alguma forma interessam ao público, atingindo pontos vi
tais, como já vimos no início desse artigo.