

CADERNOS DO IMS

VOL.1 Nº3 JUL/AGOSTO

1987

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

Comissão Editorial:

Maria Andréa Loyola
Benilton Bezerra Júnior
Sérgio Carrara
George E. Kornis
Thales P. Luz

Diretor do Instituto de Medicina Social
João Regazzi Gerck

Cadernos do IMS, v. 1, nº 3 (1987), RJ,
IMS, 1987.

v. ; 31cm

Irregular

1. Medicina Social I. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina
Social.

Capa: Paulo Crown

Diagramação: Graça Borges

Apoio: UERJ/FINEP

Apresentação de colaborações e solicitação de exemplares
- 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 - 20.550

Telefone: (021) 284.8322 ramal 2572

VOLUME 1 - NÚMERO 3

Apresentação..... 2

Os homossexuais frente à epidemia da
AIDS.

M. Pollack, M.A. Schiltz e L. Laurindo.

Tradução de Sérgio Carrara 4

Modelo de funcionamento do setor pri
vado de serviços médicos no país.

Cid Manso de Mello Vianna 31

Inquérito de morbidade no morro do
Jacarezinho e Alemão: subsídios para
a avaliação da percepção de morbidade
em populações faveladas no município
do Rio de Janeiro.

Jane Araújo Oliveira 46

Farmácias homeopáticas do Rio de Janei
ro: de volta ao futuro.

Bárbara Musumeci Soares 77

População-alvo e frequência da detec
ção do câncer de colo uterino.

Eduardo Faerstein 111

APRESENTAÇÃO

É sabido que a produção intelectual é um processo lento e dispendioso em recursos materiais e humanos, sobretudo em tempo. Entre um projeto de pesquisa ou um texto para discussão e o seu produto final - um livro, ou artigos publicados em revistas ou periódicos especializados - muitos meses ou muitos anos podem decorrer.

O objetivo destes Cadernos é o de colocar à disposição do público, ainda que restrito, o produto dessas etapas intermediárias e dos inúmeros passos envolvidos nesse processo mais amplo a que chamamos produção de conhecimento.

Trata-se de um espaço aberto à publicação de textos para discussão, como o de Cid Manso de Melo Vianna e o de Eduardo Faerstein, de relatórios de pesquisa, como o de Jane Araújo Oliveira, de artigos ou ensaios em fase de elaboração, como o de Bárbara Musumeci Soares, ou que foram publicados em periódicos de língua estrangeira como o de M. Pollack, M.A. Schiltz e L. Laurindo.

Este espaço inclui ainda: resenhas de livros, bibliografias comentadas, projetos de pesquisa, comunicações em conferências ou seminários, etc.

Em outras palavras, pretende-se fazer circular entre os professores e alunos do IMS e das instituições congêneres e afins as idéias que estão

sendo geradas, de modo a propiciar através do debate amplo e duplamente interdisciplinar - dos leitores e dos assuntos - o enriquecimento e a multiplicação da produção acadêmica na área da Saúde Coletiva.

A COMISSÃO EDITORIAL

1

OS HOMOSSEXUAIS FRENTE À EPIDEMIA
DA AIDS.

M. POLLACK, M.A.SCHILTZ e L.LAURINDO

Tradução de SÉRGIO CARRARA

OS HOMOSSEXUAIS FRENTE À EPIDEMIA DA AIDS¹

M. POLLACK, M.A. SCHILTZ, L. LAURINDO

Tradução de Sérgio Carrara

RESUMO

O presente artigo é baseado nos resultados de uma pesquisa realizada junto a 1.000 homossexuais e bissexuais franceses (julho/agosto 1985) visando a avaliar as reações frente a doença da população que figura nas estatísticas como o principal grupo de risco da AIDS. A partir da investigação, foi possível observar a diversidade de estilos de vida sócio-sexual e, sobretudo, uma percepção da AIDS que é moldada tanto pela preocupação com a saúde quanto pela angústia provocada por uma possível deterioração do clima social face aos homossexuais. A partir da ambivalência que caracteriza as relações que os homossexuais mantêm com as instâncias médicas foi possível chegar a algumas conclusões sobre a forma que, devem assumir as estratégias preventivas acionadas no seio dessa população.

INTRODUÇÃO

Os homossexuais aparecem nas estatísticas epidemiológicas como o principal grupo de risco da AIDS na América do Norte e Europa,² onde eles representam de 60 a 100% dos casos em 12 dos 16 países repertoriados pela OMS.³ Uma pesquisa que realizamos entre julho e agosto de 1985 junto a 1.000 homossexuais e bissexuais franceses, permite analisar as reações da população apontada como o principal grupo de risco da AIDS face à doença.

A construção epidemiológica dos grupos de risco procede da observação de vários casos clínicos, do isolamento das características comuns a esses casos (a ocorrência de práticas homossexuais) e, finalmente, da avaliação de uma série de hipóteses explicativas do relação existente entre a doença e o denominador comum dos grupos as sim constituídos. Como a definição corrente de grupo de risco da AIDS, retomada pela OMS e pelas autoridades francesas, é a que foi desenvolvida pelo CDC ⁴ americano, con vém seguir o procedimento utilizado por este órgão para a construção de tal grupo. Esse procedimento se distingue por sua agilidade e por seus objetivos práticos. Com e feito, a partir da distinção entre vigilância e epidemiologia ⁵ - a primeira servindo para acompanhar, em grandes linhas, a propagação de uma doença cujas características não são ainda plenamente conhecidas, a segunda tendo por objetivo esclarecer a história natural e as características etiológicas de uma doença - percebe-se que os grupos de risco da AIDS emergem apenas da vigilância, uma vez que foram constituídos antes da descoberta do vírus LAV, ao menos até 1983/84. No outono de 1981, alguns casos de sarcoma de Kaposi e de Pneumocystis carinii foram declarados ao CDC. Uma vigilância mais estrita de ca sos similares nos EUA fazia aparecer ainda outras infec ções oportunistas associadas e, ao mesmo tempo, identificam sua aparição em dois grupos específicos: homossexuais mas culinos jovens e toxicômanos por via intravenosa. Todos esses casos estavam associados a um déficit imunológico, daí o nome Síndrome de Imunodeficiência Adquirida introduzido a partir do inverno de 1981.

Rapidamente a hipótese de uma possível transmissão por via sexual foi levantada pelo CDC, onde já estavam em cur so análises sobre a propagação da hepatite B e da blenor

ragia nos meios homossexuais. A partir de fins de 1981, os homossexuais e seu estilo de vida se transformavam em objeto de investigação. Alternadamente, o uso de drogas recreativas com a finalidade de estimular os prazeres sexuais (em particular o uso de amila), a promiscuidade, a sodomia (sobretudo passiva) foram relacionados à doença; todas essas práticas classificam-se sob a rubrica estilo de vida homossexual. Nos diferentes modelos etiológicos da AIDS desenvolvidos nesses últimos anos, esse estilo de vida pode aparecer tanto como um fator que aumenta unicamente o grau de exposição do indivíduo ao vírus quanto como um terreno favorável ao desenvolvimento da doença consecutiva à contaminação ou ainda, como a causa da destruição das defesas imunológicas antes mesmo do contato com o vírus.⁶

Contrariamente ao procedimento epidemiológico que constitui o grupo de risco formado pelos homossexuais a partir da observação dos casos clínicos notificados, a pesquisa sociológica tem por objetivo partir dessa população em seu conjunto e chegar a alguns enunciados representativos graças a certas técnicas de amostragem. Versando sobre a vida sexual, o grau de informação a respeito da AIDS e as mudanças de comportamento que ela provoca, nossa pesquisa permite constatar a frequência de práticas consideradas particularmente arriscadas entre todas as práticas homossexuais, descrever a percepção que os homossexuais têm da AIDS e as reações que esta doença provoca. Essas informações são particularmente interessantes para a concepção de estratégias preventivas.

Antes porém de apresentar os resultados, impõe-se uma reflexão sobre a maneira como elaboramos a pesquisa propriamente dita, pois é extremamente difícil fazer uma amostragem sobre

uma população cujos limites são desconhecidos. Poder re-
tirar de uma dada população uma amostra representativa
pressupõe que tal população tenha um estatuto definido,
visível e identificável, possuidor, portanto de
homogeneidade social. As sondagens e pesquisas estatísti-
cas de peso são assim mais profícuas quando elaboradas a
partir de critérios juridicamente definidos (idade, cate-
goria sócio-profissional, grau de instrução etc.). Ao
contrário, é difícil colocá-las em prática quando o crité-
rio distintivo em questão está sujeito a interpretações e
quando nada permite assegurar que tal critério distintivo
confere à população por ele designada qualquer homogenei-
dade. Isso se aplica particularmente a um critério tão
cercado de tabus, tão pouco visível e pouco identificável
socialmente quanto a homossexualidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Para localizar homossexuais e bissexuais masculinos, con-
junto de indivíduos dispersos no espaço e que possuem co-
mo única característica comum o fato de fazerem amor com
outros homens, é necessário ultrapassar um certo número
de obstáculos metodológicos intimamente relacionados às
características do fenômeno estudado. Socialmente stig-
matizada, a prática homossexual deve ser confessada para
que possa ser estudada através de questionários. Isso
significa que toda pesquisa sobre os homossexuais pode fa-
lar apenas sobre aqueles que já deram esse passo, que por-
tanto, se sentem capazes de quebrar o silêncio. A essa
primeira condição se agrega ainda uma outra, a saber, a
confiança que os indivíduos pesquisados devem ter nos pes-
quisadores. Na medida em que a homossexualidade pode se

prestar sempre a uma discriminação social, aquele que a estuda precisa convencer as pessoas que pretende entrevistar de que o seu trabalho não terá qualquer efeito negativo sobre sua condição e que suas revelações não lhes trarão prejuízos.⁷ Para a obtenção de nossos dados, optamos por passar um questionário através de uma revista homossexual francesa que, com uma venda semanal de 29 a 30 mil exemplares, tem o poder de atingir também - como não o faria uma aproximação através dos lugares de encontro e de paquera - os homossexuais do interior e aqueles que escondem sua prática sexual: trata-se da revista Gai Pied Hebdo.

As questões sobre as práticas sexuais - número de parceiros, práticas habituais, frequência de relações, estabilidade de uma relação privilegiada, lugares de paquera - permitem construir uma tipologia de subgrupos relativamente homogêneos. A frequência de doenças sexualmente transmissíveis nesses subgrupos tornou possível a formulação de hipóteses relativas também ao grau de exposição à AIDS, variável, como veremos, segundo tais subgrupos. As questões relativas a informações e opiniões tinham por objetivo estabelecer o grau de informação de que os homossexuais dispõem sobre a AIDS, suas mídias preferidas, bem como a sua percepção da doença. Algumas informações deviam finalmente permitir que as mudanças das práticas sexuais em relação à AIDS fossem mensuradas.

Nesse artigo, limitamo-nos a fornecer dados que nos parecem particularmente interessantes aos epidemiólogos e aos responsáveis pela saúde pública. Trata-se da diversidade da comunidade homossexual, sua percepção da AIDS e as mudanças de suas práticas sexuais.

RESULTADOS

Nossa amostra espontânea de 1.000 respostas (das quais 14% de bissexuais com preferência homossexual e 1% de bissexuais com preferência heterossexual) é representativa apenas de si mesma. Na impossibilidade de compará-la à população homossexual francesa em seu conjunto, não se pode saber exatamente em referência a que população sua representatividade poderia ser avaliada⁸. Mas podemos, ao menos, indicar todas as características dessa amostragem, permitindo assim que se explicitem todos os seus biais.

a) As características da amostra

Do ponto de vista da distribuição geográfica, da idade, das profissões e do nível de instrução dos informantes, a amostra de nossa pesquisa é mais ampla que as das grandes investigações sócio-gráficas já realizadas sobre a comunidade homossexual francesa.⁹

Na impossibilidade de comparar nossa amostra espontânea com uma população homossexual da qual não se conhece nem o perfil nem as características sociológicas, decidimos compará-la à população masculina francesa (Quadro I). A super-representação de homossexuais na região parisiense não é surpreendente. A grande mobilidade geográfica - um terço dos informantes vive há menos de 5 anos em seu lugar de residência atual e 60% há menos de 15 anos - traduz a busca de um meio social mais anônimo, onde existe uma vida homossexual desenvolvida.

O pequeno número de pessoas com menos de 45 anos e o elevado número dos que fizeram estudos secundários e superio

res e daqueles que exercem funções administrativas, profissões intelectuais e profissões intermediárias, em detrimento dos operários, indicam que, ainda hoje, é mais fácil revelar a homossexualidade e, conseqüentemente, participar de uma pesquisa sobre a vida sexual naqueles meios que nos meios operários. O fato dos informantes da pesquisa serem por definição leitores de uma revista homossexual constitui ainda um biais sobre o qual nos deteremos mais detalhadamente quando discutirmos, no final deste artigo, os resultados da pesquisa.

b) Um grupo diversificado

Foi possível, a partir de nossos dados, construir seis grupos relativamente homogêneos do ponto de vista de suas práticas sexuais (Quadro II):

- Um primeiro grupo (A), representando menos de 5% da amostra, pode ser descrito como assexuado. Sem qualquer relação estável, esses homossexuais não tiveram parceiros sexuais nos últimos 6 meses. Sua sexualidade irregular e ocasional se limita à masturbação solitária ou recíproca e, excepcionalmente, a práticas orais.
- Um segundo grupo é formado por homossexuais apresentando promiscuidade pouco intensa (B), que tiveram menos de 5 parceiros nos últimos 6 meses. Pouco diversificada e marcada pela ausência de penetração ativa e/ou passiva, sua vida sexual é ocasional e irregular. Tal grupo representa quase 20% da amostra.
- Representando 10%, aparecem os homossexuais que vivem em casais fechados (C), têm uma vida sexual regular, intensa e diversificada com apenas um parceiro.

- Já os **casais abertos** que apresentam **promiscuidade pouco intensa (D)** - tiveram **menos de 5 parceiros** nos últimos 6 meses - atingem quase 17% da **amostra**. Eles têm uma vida sexual um pouco menos regular e frequente, mas tão diversificada quanto a dos **casais fechados**.
- Finalmente, os **casais abertos** que apresentam **intensa promiscuidade (E)** têm uma sexualidade **diversificada e frequente** com múltiplos parceiros, aproximando-se dos 25% da amostra. Do ponto de vista de sua vida sexual, eles não se distinguem em nada dos homossexuais sem relação estável e que têm igualmente grande propensão à **promiscuidade (F)**.

A separação operada aqui entre promiscuidade **intensa** e **pouco intensa**, no limite de **menos ou mais de 5 parceiros**, resulta da distribuição dessa variável com uma mediana de respostas na categoria **menos de 5 parceiros (30%)**; a **intensa promiscuidade** também está concentrada nas **categorias de 5 a 10 (20%) e de 11 a 20 (16%)**. Apenas 10% **indicam** um número de parceiros superior a 20 nos últimos 6 meses.

A diversidade das práticas sexuais é função da frequência e/ou do número de parceiros: quanto mais se faz amor mais se aumenta o **repertório sexual**, os gostos e os prazeres. Desse ponto de vista, os casais em nada se distinguem **daqueles que não têm uma relação estável**. Apenas os **assexuados** se limitam a um **repertório restrito**, notadamente com a exclusão de práticas anais. Em todos os outros grupos, os homossexuais que se limitam a práticas masturbatórias e orais representam em torno de 30%; dos homossexuais que

praticam a penetração, de 16 a 25% se limitam seja ao papel passivo, seja ao papel ativo. De um quarto a um terço dos homossexuais de todos os grupos prefere de sempenhar tanto o papel ativo quanto o passivo. Práticas mais ousadas de tipo sado-masoquista ou fist-fucking são muito raras (5%) e parecem supor um grau elevado de intimidade com o(s) parceiro(s).

Assim, a pesquisa sugere que, supondo-se que nenhum dos dois parceiros seja portador do vírus, mais ou menos 15% dos homossexuais (assexuados e casais fechados) estão relativamente pouco expostos ao risco de contaminação. Em todos os outros grupos, mais ou menos 30% dos homossexuais que jamais praticam a sodomia estão expostos a um risco limitado de contágio por via sexual. Permanece o fato da grande maioria dos homossexuais estar efetivamente exposta ao risco de contágio, mas, provavelmente, tal maioria é ainda mais representativa em nossa amostra, pois ela privilegia os homossexuais assumidos, e não a população homossexual em geral.

Essa estimativa é confirmada pela frequência das doenças sexualmente transmissíveis (DST) que os informantes da pesquisa declaram terem tido no passado (Quadro III). Quase 42% não tiveram ainda nenhuma DST e 18% tiveram apenas uma ou várias blenorragias. Apesar da promiscuidade, menos da metade dos homossexuais teve alguma DST.

O aumento da incidência das DST com a idade aparece no Quadro III, onde foram reagrupados em uma única classe todos os indivíduos com mais de 30 anos, a frequência se estabilizando depois dessa idade: um terço dos homossexuais atravessa toda a sua vida sem problemas, e mais de 20%, apenas com problemas menores de saúde sexual.

Onde os riscos de contágio de DST e da AIDS são mais elevados? Certos lugares de paquera, tais como saunas e backrooms, são mais perigosos que outros? Tal questão esteve no centro de debates nos EUA quando ocorreu o fechamento de alguns desses lugares ou um controle mais rigoroso das práticas sexuais que aí se realizavam. É difícil responder diretamente a tais questões. A configuração desses lugares faz com que o número de parceiros possa ser aí particularmente elevado em um curto período de tempo e que uma pessoa contaminada possa contaminar muitas outras. Porém, as saunas e os backrooms aparecem em nossa pesquisa como lugares de paqueras secundários e complementares. Para apenas 5% dos homossexuais eles são lugares exclusivos de encontros sexuais; para menos de 15% são juntamente com outros lugares de encontro e de paquera:

c) A percepção da AIDS

Tal como emerge dessa investigação, a percepção da AIDS lembra algumas das características das doenças de antigamente e das doenças modernas colocadas em evidência por Claudine Herzlich e Janine Pierret. Além disso, tal percepção reflete inquietudes quanto a uma eventual deterioração do clima social em relação aos homossexuais.

Quanto às questões de pura informação, as respostas corretas são mais constantes que as incorretas, e isso em larga medida. Assim, apenas 3% dos homossexuais não conheciam, em meados de 1985, o teste de identificação dos anticorpos LAV. Quinze por cento atribuíam a esse teste a falsa significação de poder constatar a AIDS contra mais de 80% que lhe atribuíam a justa significação de indicar o contato com o vírus e a possibilidade de vir a desenvolver a AIDS. De

uma lista que reunia seis sintomas correntemente associados a AIDS e quatro que não o são, os falsos sintomas foram rejeitados por 80/90% dos informantes, enquanto 50/80% sabiam reconhecer os sintomas ligados a AIDS. Entre os sintomas corretos, o emagrecimento e a fadiga aparecem como os mais identificados à doença, sendo, de qualquer maneira, signos de alarme.

Esse grau de informação bastante elevado e excepcional, em comparação a outros fenômenos que suscitam igualmente a atenção dos meios de comunicação de massa, não é absolutamente surpreendente tendo em vista que 90% dos entrevistados se informam regularmente sobre a AIDS: através da imprensa em geral e da imprensa homossexual em particular (70%), através da televisão (35%) e, também, através de revistas médicas (17%) e de conferências (AIDS, Vaincre le Sida; Médecins Gays) (11%). Para um terço dos homossexuais, as discussões entre amigos são ocasiões importantes para se formar uma opinião.

A partir dessa dupla estratégia de informação, apoiada, de um lado, nos meios de comunicação em geral e, de outro, nas mídias da comunidade homossexual, resulta uma percepção da AIDS bastante homogênea e partilhada pela grande maioria dos homossexuais, independentemente de seu estatuto sócio-profissional ou de suas convicções políticas. Assiste-se assim, no seio de uma minoria que é ao mesmo tempo designada como um grupo de risco, a um fenômeno colocado em evidência por Paul F. Lazarsfeld no domínio político: **os dois níveis da comunicação.**^{11,12}

Tal fenômeno consiste no fato de que a informação, para ser fixada ou memorizada, deve ser confirmada pelos amigos ou por aqueles que partilham das mesmas preocupações e problemas. Na medida em que o conjunto de nossos infor

mantes é composto de leitores da imprensa gay, este fenômeno é, então, particularmente acentuado.

A rapidez com que se sucedem as informações sobre os fatores de risco, sobre os testes de contaminação e sobre os tratamentos está na origem de uma apreciação um tanto incerta e hesitante, ou em função mesmo da busca de informações. Nesse contexto, é interessante perceber que os homossexuais são bastante otimistas quanto à gravidade da doença - apenas 48% a consideram mortal, 32% muito grave e 6% como uma doença sem esperança de cura - eles, entretanto, são pessimistas quando se trata de apreciar as vias de transmissão. A preocupação já existente leva, como sempre, à retenção das informações mais pessimistas. Assim 30% identificam no sangue e no esperma as vias de transmissão, 43% no sangue, esperma e saliva e, 16% vêem perigo também nas fezes.

Assim, a AIDS apresenta certos traços característicos de fenômenos que já se perdem no tempo como as epidemias, essas ameaças generalizadas e cercadas de mistérios que geram exclusão social e frente as quais somos impotentes. Sessenta e três por cento dos homossexuais afirmam que a AIDS pode atingir qualquer um a qualquer momento, e 60% que os diagnósticos são ainda controversos. É a falta de controle da medicina sobre o mal que está no centro da inquietação atual.

Porém, graças à fé na ciência moderna, a AIDS, doença ainda fatal, é percebida como uma doença em vias de se tornar curável. Assim, 63% afirmam que a AIDS será curável proximoamente, e 68% pensam que, em pouco tempo, uma vacina será encontrada.

Esse otimismo não reflete apenas a fé no progresso da ci

ência. Afinal, os progressos da medicina aparecem como as únicas garantias contra a discriminação social dos homossexuais: 80% dos homossexuais constatam reflexos de medo no seu meio, 70% pensam que a AIDS serve como pretexto para se condenar a homossexualidade, e 57% consideram que, sob o pretexto da AIDS, o abuso da polícia aumenta. Desntr dessa lógica, a maioria dos homossexuais recusa as teorias que colocam a homossexualidade como terreno favorável e que justificam designá-los como grupo de risco, servindo, como vimos, de hipóteses explicativas para as estatísticas dos casos clínicos.

Contrariamente à população em geral, que identifica na homossexualidade (64%) e na promiscuidade (38%) os riscos principais de contágio e que não se sente diretamente ameaçada pela AIDS (86%), os homossexuais rejeitam essas afirmações nas mesmas proporções: 63% declaram que a AIDS não é uma doença exclusiva dos homossexuais. E, ao negarem, à proporção de 60% que a AIDS esteja ligada à promiscuidade ou a um passado de muitas doenças venéreas, os homossexuais parecem querer repudiar qualquer estigmatização no seio de sua comunidade. Ao mesmo tempo, eles constroem racionalizações (no sentido psicanalítico do termo) aptas a justificar uma certa indecisão frente a um perigo cuja prevenção lhes demandaria modificar suas condutas sexuais, condutas profundamente enraizadas e extremamente difíceis de mudar. Apesar disso, essa atitude não traduz de forma alguma uma ausência de cuidados. A AIDS se transformou em fato incontornável, e o número de homossexuais que se declaram muito inquietos ou terrivelmente inquietos passou de 20%, em 1982, para 40%, em 1985.

Encontramos entre os inquietos dois grupos bem distintos. A angústia de alguns reflete uma situação particularmente difícil uma vez que eles não são aceitos enquanto homossexuais em seu meio social. A angústia de outros vem do fa

to de terem entre seus amigos próximos ou íntimos alguém que está doente ou que já morreu de AIDS.¹³ A preocupação é particularmente intensa entre os 7% de bissexuais casados para os quais, a gestão da incerteza face ao risco de contaminação, se agrega ainda a ambivalência de suas relações sócio-sexuais. Raramente a exclusão social dos homossexuais dá origem, hoje em dia, a sentimentos de culpa como poderia ter acontecido no passado. Foi possível constatar, através de 20 entrevistas em profundidade com doentes enviados ao hospital da Pitié-Salpêtrière, que a AIDS não mais provoca qualquer sentimento de culpabilidade ou de vergonha mas, apenas, um profundo sentimento de injustiça. A este sentimento se misturam as dimensões da recusa de uma dupla exclusão social: em razão da AIDS e em razão da homossexualidade. Na impossibilidade de lutarem contra tal injustiça através dos mecanismos socialmente instituídos (políticos e jurídicos),¹⁴ os homossexuais colocam todas as suas esperanças nos rápidos progressos da ciência médica a qual, através da cura ou da vacina, reestabeleceria, de uma certa maneira, a ordem desejada. A fé na medicina não deve, portanto, ser interpretada apenas como expressão de confiança pois a ela se misturam sentimentos defensivos e reivindicatórios que permanecem de outro modo inexpressados. Assim, se todas as pesquisas da medicina curativa são bem acolhidas, o discurso da abordagem preventivista que advoga precauções sexuais é tachado de moralizador, e as medidas administrativas, como o fechamento de saunas e backrooms, são rejeitadas por 60% dos homossexuais entrevistados.

d) Uma relação ambivalente com as instâncias médicas

Se a vergonha, associada às doenças sexualmente transmissíveis, desapareceu, permanece não obstante um certo mal-estar. Continua difícil falar sobre o assunto livremente, inclusive no interior da relação médico/paciente. A metade dos homossexuais confessa que não informou ao médico com quem se consulta sobre sua sexualidade, embora esta esteja no centro de suas preocupações com a saúde. Mesmo um terço daqueles que jamais tiveram qualquer doença venérea controla seu estado de saúde através de exames de sangue; 40% o fazem regularmente ou, ao menos, uma vez por ano, e 23% o fazem esporadicamente. Sem dúvida, tal acompanhamento médico se generalizou graças à existência de serviços facilmente acessíveis e anônimos. Assim, um comportamento moderno de consumidor se agrega ao desejo de evitar um contato pessoal com o médico, que na impossibilidade de se falar livremente sobre a sexualidade, aumenta o mal estar da relação médico/paciente. Aqueles que tiveram apenas uma blenorragia, julgada banal, comportam-se da mesma maneira que aqueles que jamais foram atingidos por essa doença. A sífilis desempenha o papel de alarme e incita um acompanhamento médico regular. O mesmo acontece nos casos de herpes ou de condiloma. Ao contrário, a hepatite B não é percebida como uma doença sexualmente transmissível do mesmo modo que as outras; por si própria, ela nunca induz a um acompanhamento médico regular.

Apesar desse cuidado com a saúde da consciência que coletivamente os homossexuais têm de serem particularmente expostos às DST, 9% dos que já sofreram desse tipo

de doença não se submetem, a partir disso, a um acompanhamento médico mais constante. Com o aumento desses problemas de saúde, aumenta também o recurso aos centros de cuidados médicos anônimos ou a um médico homossexual. No caso da AIDS, inúmeros fatores parecem impedir uma atitude tão racional quanto a que é adotada pela maioria dos homossexuais face a outras DST. Dos 20% que declaram ter tido provavelmente ou seguramente contato sexual com algum portador de AIDS, dois terços (13%) alegaram não ter feito nada para saber mais a respeito.

As entrevistas em profundidade permitiram visualizar melhor as razões subjacentes a essa recusa de saber. Primeiramente, a constatação de uma eventual seropositividade é percebida como um risco social já que pode desencadear medidas discriminatórias no trabalho, ou mesmo a inscrição nos fichários administrativos de vigilância. O sigilo médico não parece ser uma garantia suficiente contra tais abusos. Em segundo lugar, tal informação é percebida como inútil. Uma confirmação do contato com o vírus ou da contaminação pode provocar um trauma cuja gravidade é ainda maior na medida em que, não havendo tratamento ou cuidados médicos confiáveis, a incerteza gerada é incontornável. Em terceiro lugar, tal informação forçaria o indivíduo a mudar sua conduta sexual o que, apesar de ser frequentemente visto como necessário, é considerado difícil demais de se colocar em prática. Sob esse aspecto, é significativo o fato de metade dos homossexuais afirmar já ter alterado seus hábitos, tomando um certo número de precauções. Entretanto, poucos deles são capazes de especificar que precauções são essas. Num primeiro momento, elas parecem se reduzir a uma frequência menor às saunas e aos backrooms, a uma redução do número de parceiros e a uma preocupação muito maior com a própria saúde. Porém o

catálogo de precauções defendidas pelo safe sex (sexo sem risco) ainda está muito longe de ter se tornado parte dos costumes. Segundo todas as evidências, parece ser muito mais fácil fazer menos sexo do que, por exemplo, propor ao parceiro o uso de preservativos, o que levantaria automaticamente a suspeita de ser um seropositivo ou de estar doente. (Quadro IV).

CONCLUSÕES

À primeira vista os resultados de nossa pesquisa são decepcionantes, principalmente se comparados as de uma investigação realizada junto a um grupo de homossexuais de San Francisco.¹⁵ As mudanças livremente consentidas nos costumes, esta condição prévia ao declínio da epidemia,¹⁶ têm ritmo lento entre nós e não são necessariamente consideradas as mais úteis. Porém, nossos dados dizem respeito à França como um todo e não apenas a uma grande cidade como San Francisco que, além de particularmente atingida pela AIDS, apresenta uma bem estruturada comunidade homossexual que pode desempenhar eficazmente a função de ampliar a ação das autoridades de saúde. Além disso, o simples fato de se fazer parte de um grupo que está sendo objeto de uma pesquisa pode ter influência sobre o comportamento sexual.

Por outro lado, as características de nossa amostra impõem uma certa prudência na interpretação dos resultados. Os indivíduos que se dispuseram a responder nosso questionário são leitores mais ou menos assíduos da imprensa homossexual, têm um nível de educação elevada e pertencem a categorias sócio-profissionais privilegiadas. Devido a es

sas características o grau de informação que o conjunto da população homossexual possui sobre a AIDS está, provavelmente, superestimado. Levando-se em conta, como vimos, que a tradução de informação em mudanças efetivas da prática sexual é muito lenta, podemos deduzir que os esforços de esclarecimento e persuasão principalmente junto aos meios sociais menos instruídos, devem ser intensificados.

Apesar dessas reservas, várias conclusões podem ser formuladas a partir da investigação realizada. A informação em si mesma embora chegue facilmente até seus destinatários, é submetida a uma dupla leitura tanto em função de seu conteúdo médico quanto de suas consequências sociais presumíveis. A antecipação de uma exclusão social mais intensa pode levar os homossexuais que assumem com maior dificuldade a homossexualidade a fecharem-se em si mesmos. É provável que esse auto-isolamento complique ainda mais a relação médico/paciente, já submetida às dificuldades características de uma relação social ambígua.¹⁷

A ação preventiva nos meios homossexuais torna-se assim extremamente delicada. De um lado, a insistência sobre a elevada exposição dos homossexuais aos riscos do contágio é condição para que tomem consciência da necessidade da mudança de suas práticas sexuais; de outro lado, tal insistência provoca susceptibilidades e até mesmo angústias. O mesmo acontece com as medidas julgadas moralizadoras e que podem provocar reações contrárias. As dúvidas existentes quanto ao destino social dos seropositivos no trabalho e na vida cotidiana também permanecem um poderoso obstáculo à adoção e implementação de condutas racionais.

Nesse contexto, medidas de ordem administrativa, como o fechamento das saunas ou de backrooms, terão provavelmente

um efeito sanitário muito limitado e consequências políticas nocivas. Os clientes desses lugares secundários de paquera manterão as mesmas práticas em outros lugares. Politicamente, a constatação da relativa ineficácia técnica de tais medidas poderia então produzir motivos para a continuidade desse tipo de ação e incitar a administração a querer controlar outros lugares de encontro. Uma tal vigilância, custosa e duvidosa, certamente destruiria a confiança como base de uma prevenção voluntária ou de uma **mudança livremente consentida nos costumes**. Nesse caso, é bastante provável que em caso de conflito político aberto, a terça parte dos homossexuais, atualmente favoráveis a tais medidas, se colocasse ao lado daqueles aos quais se sentem ligados pelo sentimento de um destino comum. Além disso, a aplicação de tais medidas só foi possível nos lugares em que, sob o impacto da gravidade da situação, os representantes da comunidade homossexual se solidarizaram com elas, como em San Francisco e Nova York. Mesmo assim, a eficácia desse tipo de medida é ainda hoje, assunto controvertido nos EUA.

Uma política de prevenção eficaz passa por uma relação de confiança entre autoridades e homossexuais, implicando, portanto, a **desestigmatização da doença** e o reconhecimento social da homossexualidade. Desse modo uma política preventiva poderia encontrar nas redes de comunicação e de ajuda mútua da comunidade homossexual um sistema para a sustentação de seus próprios objetivos. Nessa perspectiva pesquisas epidemiológicas e pesquisas mais amplas sobre a realidade homossexual e riscos venéreos poderiam ser desenvolvidas pois, como sugerem vários estudos, a promiscuidade intensa e a procura de parceiros anônimos longe de traduzirem uma **busca liberada de prazeres**, resultam, ao contrário, de uma homossexualidade mal assumida, porque mal aceita socialmente.¹⁸

QUADRO I - AS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

	PESQUISA CRNS - GPH	POPULAÇÃO MASCULINA FRANCESA (VIVENDO SÓ) 1980
1. Local de residência		
. menos de 20.000 habitantes	17%	14%
. de 20.000 a 100.000 habitantes	13%	15%
. mais de 100.000 habitantes	25%	34%
. Região parisiense	45%	37%
	<u>100%</u>	<u>100%</u>
2. Idade		
. de 15 a 24 anos	24%	20%
. de 25 a 34 anos	42%	20%
. de 35 a 44 anos	26%	15%
. de 45 a 64 anos	7%	28%
. mais de 64 anos	1%	17%
	<u>100%</u>	<u>100%</u>
3. Categoria sócio-profissional		
		Entre 15 e 44 anos
. agricultores	1%	4%
. artesãos, comerciantes	5%	6%
. funcionários administrativos	31%	9%
. profissões intermediárias	24%	16%
. empregados (terciário)	20%	12%
. operários	5%	42%
. aposentados	1%	-
. sem atividade (estudantes)	13%	11%
	<u>100%</u>	<u>100%</u>
4. Diplomas		
		Entre 15 e 44 anos
. sem diploma	8%	35%
*. primário e ginásio	21%	46%
*. secundário	23%	12%
. superior	48%	7%
	<u>100%</u>	<u>100%</u>

* Fonte: INSEE, Annuaire statistique de la France, Paris, 1984.

QUADRO II - VIDA SOCIOSEXUAL E FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL

FREQUÊNCIA DE ATIVIDADE SEXUAL	A*	B*	C*	D*	E*	F*
. Todos os dias ou várias vezes por semana	9%	9%	54%	38%	47%	15%
. Várias vezes por mês	12%	15%	34%	38%	33%	46%
. Ocasionalmente	26%	45%	5%	12%	3%	12%
. Irregularmente, mas com períodos intensos	21%	31%	7%	12%	17%	27%
. Nunca	32%	-	-	-	-	-
	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>
. TOTAL	(44)	(191)	(104)	(170)	(244)	(227)

* A = assexuais; B = vivendo só, promiscuidade pouco intensa; C = casal fechado; D = casal aberto, promiscuidade pouco intensa; E = casal aberto, promiscuidade intensa; F = promiscuidade intensa (ver texto)

QUADRO III - DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) NO DECORRER DA VIDA E SEGUNDO A IDADE

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	I D A D E			
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 +
. Nenhuma	83%	67%	41%	31%
. Blenorragia (excl.)	2%	15%	20%	23%
. Sífilis ou Sífilis e Blenorragia	2%	3%	8%	16%
. Hepatite B (excl.)	2%	2%	2%	2%
. Herpes ou Condiloma	5%	3%	9%	4%
. Sífilis e várias	$\frac{6\%}{100\%}$	$\frac{10\%}{100\%}$	$\frac{20\%}{100\%}$	$\frac{24\%}{100\%}$
. TOTAL	(41)	(184)	(211)	(520)

QUADRO IV - A MODIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS SEXUAIS

DEPOIS DE SABER DA EXISTÊNCIA DA AIDS SEUS HÁBITOS SEXUAIS MUDARAM ? *	DEPOIS DE SABER DA EXISTÊNCIA DA AIDS, VOCÊ TOMOU PRECAUÇÕES ?
. Não 58,6%	. Não 47,4%
. Sim 41,4%	. Sim 52,6%
100,0%	100,0%
Entre os 41,4% que responderam <u>sim</u> :	Entre os 52,6% que responderam <u>sim</u> :
. Eu evito saunas e back-rooms 21,3%	. Eu reduzi o número de parceiros 28,5%
. Abandono de penetração 6,1%	. Eu voltei a procurar uma relação estável 18,2%
. Uso de preservativos 5,6%	. Eu fiquei mais atento a minha saúde, eu controlo principalmente as possíveis manifestações da AIDS em mim 28,5%
. Evita qualquer contato com esperma 3,7%	. Eu controlo as possíveis manifestações da AIDS nos outros 10,4%
. Evita gays promíscuos 8,1%	

* Registrou-se apenas as respostas mais frequentes a respeito das mudanças de lugares de paquera, precauções durante o ato sexual e categorias de homossexuais evitadas.

NOTAS

- (1) Embora os autores utilizem-se da designação francesa (SIDA - Syndrome d'Immuno-Déficience Acquisée) para se referirem à doença, optamos pela designação oriunda da língua inglesa (AIDS - Acquired Immunological Deficiency Syndrome) por ser a forma mais comumente utilizada entre nós. (N.T.)
- (2) No Brasil, segundo dados do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS, SNABS/MS), até junho de 1987, a distribuição dos casos de AIDS por fator de risco, apresentava-se da seguinte forma: HOMOSSEXUALISMO (796/43,4%); BISSEXUALISMO (351/19,1%); USUÁRIO DE DROGAS INJETÁVEIS (41/2,2%); HEMOFILIA (64/3,5%); CONTATO HETEROSSEXUAL (21/1,1%); TRANSFUSÃO SANGUÍNEA (60/3,3%); OUTRO (9/0,5%); RISCO NÃO IDENTIFICADO (93/5,1%); DESCONHECIDO/EM INVESTIGAÇÃO (400/21,8%). (N.T.)
- (3) WHO: AIDS - surveillance in Europe, Report nº 7, Situation by 30 September 1985.
- (4) C.D.C. - National Center for Disease Control - organismo do governo Americano, sediado em Atlanta, encarregado vigilância epidemiológica.
- (5) Enlow, K.W., "Epidemiology and Immunology of Acquired Immune Deficiency Syndrome", in: Nichols St.E., Ostrow D.G., **Psychiatric Implications of Acquired Immune Deficiency Syndrome**, Washington D.C., American Psychiatric Press, 1984,4.

- (6) Martin, T.L., Vance, C.S. Behavioral and Psychosocial Factors in AIDS, Methodological and Substantive Issues, **Am.Psych.**, 1984, 39,1 303-1 304.
- (7) Becker, H.S., **Outsiders. Etudes de Sociologie de la déviance**, Paris, A.M. Métaillié. 1985. 192; Pollak, M., L'homosexualité masculine ou: le bonheur dans le ghetto?, **Communication**, 1982, 35, 58.
- (8) Boltanski L., Mالدیدier P., **La vulgarization scientifique et son public**, Vol.I, Paris, CSE - EHESS, 1977,2.
- (9) Bon M., D'Arc A., **Rapport sur l'homosexualité de l'homme**. Paris, Editions Universitaires, 1974; Canavilhés J., Dutey P., Bach-Ignasse G., **Rapport Gai. Enquête sur les modes de vie des homosexuels**, Paris, Persona, 1984.
- (10) Herzlich C., Pierret J.: **Malades d'hier, Malades d'aujourd'hui**, Paris, Payot, 1984, 23 sq e 94 sq.
- (11) No original, **Two steps flow of communication** (N.T.)
- (12) Lazarsfeld P.F., Mengel H., Mass media and personal influence, in: Schramm W., eds., **The science of human communication**, New York, Basic Books, 1963, 1-10
- (13) Pollack M., Laurindo L. 1000 homosexuels témoignent, **Gai Pied Hebdo**, 1985, 51, 11.
- (14) Boltanski L., La dénonciation, **Actes de la recherche en sciences sociales**, 1984, 51,11.

- (15) Jaffe H.W., Darrow W.W., Echenberg D.F., et al., The Acquired Immune Deficiency Syndrome in a cohort of homosexual men, **Ann. Intern. Med.**, 1985, 103, 210-214.
- (16) Montagnier L., et al., Des spécialistes répondent à vos questions, Paris, **Foudation Internationale pour Information Scientifique**, 1985, 67.
- (17) Lieberson J., The reality of AIDS, **The New York Re**
view of Books, 16 janvier 1986, 43-48.
- (18) Ross M.W.: Psychovenereology and Acquired Immune De
ficiency Syndrome, in: Nichols St.E., Osthon D.G.,
Psychiatric Implications of Acquired Immune Deficien
cy Syndrome, Washington D.C., American Psychiatric
Press, 1984, 115.

2

MODELO DE FUNCIONAMENTO DO SETOR
PRIVADO DE SERVIÇOS MÉDICOS NO
PAÍS.

CID MANSO DE MELLO VIANNA

MODELO DE FUNCIONAMENTO DO SETOR PRIVADO DE SERVICOS MÉDICOS NO BRASIL

Cid Manso de Mello Vianna *

RESUMO

Uma das principais consequências do aparecimento do complexo médico-industrial no imediato pós Segunda Guerra Mundial foi a introdução de práticas capitalistas na rede privada do setor prestador de serviços médicos. O objetivo deste artigo é o de desenvolver um modelo explicativo dos mecanismos de competição no interior do setor privado. Mecanismos estes que resultam, por sua vez, dos vínculos existentes com a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos e o Estado, através do INAMPS.

A análise do desenvolvimento da economia brasileira nas últimas duas décadas mostra a existência de um baixo nível de produtividade e uma desigual distribuição dos frutos desta produtividade, isto é, da renda. Isso significou que o processo de crescimento e acumulação foi direcionado para as classes de proprietários e de altos assalariados com um padrão de vida elevado, igual ao das camadas médias dos países industrializados. Estruturou-se,

* Professor Assistente do Instituto de Medicina Social da UERJ.

assim, uma sociedade consumidora de bens de luxo, onde importantes parcelas dos trabalhadores urbanos e rurais - vivendo em condições completamente insatisfatórias - situam-se à margem desta sociedade.¹

Nesse contexto o sistema de atenção médica, de jornada gradativa, foi se integrando à dualidade da economia brasileira. O setor privado dividiu-se então em dois: um primeiro voltado para aquele segmento da sociedade capaz de enfrentar os altos custos que o contínuo mecanismo de incorporação de tecnologia traz ao tratamento médico; o segundo, composto de pequenas clínicas e hospitais especializados, direcionou-se para as periferias das grandes cidades brasileiras, onde era possível florescer uma medicina massificada de baixo custo e altos lucros. As altas taxas de lucros assim obtidas permitiram ao ramo privado do setor prestador de serviço médico (SPSM) uma decrescente dependência econômica e financeira do Estado. Ao subsetor-público restou, por outro lado, atender a quase totalidade da população com recursos escassos, seja através da própria atividade produtora de serviços médicos, seja através da compra, de novo no setor privado, desses serviços.

O propósito deste estudo é construir um modelo explicativo da dinâmica dos hospitais privados do SPSM. A hipôtese fundamental do modelo supõe não só a existência de um mercado capitalista na área de saúde, mas também que o sistema de saúde evoluiu para a formação de um novo conjunto de elementos, que embora se mantenham ligados entre si, já não se encontram mais ordenados por um só interesse. A essa união denomina-se complexo médico industrial (CMI).

1. HIPÓTESE BÁSICA DO MODELO

Uma característica fundamental para o entendimento das funções do complexo está na relação entre o SPSM e a indústria (farmacêutica e de equipamentos médicos) e o caráter subordinado do primeiro em relação à última. Subordinação esta que é, por sua vez, o resultado de um processo histórico de incorporação de tecnologia pela prática médica.

Com o advento da revolução² na produção de medicamentos pela indústria farmacêutica após a Segunda Guerra Mundial e posteriormente com o avanço da indústria de equipamentos médicos, tem-se um momento analítico diferente do desenvolvimento técnico-científico anterior. Enquanto numa fase anterior o progresso dependia do médico e de sua capacidade de compreender o corpo humano e de visualizar as condições de transformação do anormal em normal³, todo o aperfeiçoamento tecnológico atual situa-se no exterior do ato médico, dependendo, portanto, da estrutura de produção e consumo. Esse aperfeiçoamento entretanto não tem por objetivo introduzir qualquer modificação analítica no ato terapêutico propriamente dito, mas, ao contrário, ampliá-lo, levando as fronteiras do visível e do invisível ao interior dos elementos constituintes da célula humana. As consequências são um aumento generalizado de custos e o surgimento de uma medicina especializada, que tem se direcionado predominantemente para as camadas mais prósperas da população.

O resultado desse processo é a disponibilidade de um enorme volume de recursos terapêuticos que se reflete na estrutura do SPSM através de um sentimento de desorganização e incompetência no seu gerenciamento. Essa dificuldade

de cresce à medida que não é possível acompanhar o ritmo da obsolescência da tecnologia incorporada ao ato médico, fenômeno este que não se distingue daquele que caracteriza a incorporação da técnica na produção econômica em geral. O resultado é o aparecimento de um setor capitalista na assistência médica, cujos interesses primordiais são a obtenção de lucro e a acumulação de capital. A exigência de uma base financeira e de um mercado torna-se fundamental para a dinâmica realização do capital com altas taxas de lucro do setor e do segmento industrial do complexo. Na verdade, é apenas nesse momento que se pode mencionar a existência do complexo médico-industrial, onde cada um dos seus "agentes" - a indústria, o SPSM, o Estado, e o setor financeiro - apesar de atuarem separadamente, e às vezes até em direção oposta, integram-se na construção de um objetivo - a sobrevivência do próprio complexo. Nesse contexto, torna-se necessário compreender os processos de competição presentes no interior do SPSM.

2. MECANISMOS DE COMPETIÇÃO DA REDE PRIVADA DO SPSM

Nos estudos dos mecanismos de concorrência é preciso inicialmente definir qual a estrutura de mercado do setor privado. A hipótese aqui é de que esta é a de um mercado competitivo diferenciado:⁴ competitivo porque não tem altas barreiras à entrada de novas firmas, assim como pela existência de um grande número de empresas atuando no setor; diferenciado porque o padrão da indústria é o da contínua necessidade de incorporação da tecnologia médica. A dinâmica do SPSM depende então de como atuam os instrumentos de competição: o preço, a diferenciação do produto e a disponibilidade de crédito.

2.1. Competição por preços

O preço normalmente é uma variável importante em mercados competitivos. Na área da saúde, entretanto, ele não assume o seu papel regulador entre a oferta e a demanda. Pelo lado da oferta, o preço de um produto ou serviço para funcionar como um instrumento de equilíbrio entre empresas atuando em um determinado mercado, tem de se mostrar flexível, isto é, precisa subir ou descer para que firmas marginais ou pequenas se vejam obrigadas a abandonar o mercado. Mas, no setor de atenção médica, na medida em que o INAMPS determina qual o preço mínimo, por uma consulta ou ato médico, cobrado pelo setor, a sua utilização como forma de estabelecer a igualdade entre a oferta e a procura tem sua eficácia muito diminuída. E esse é um limite que os hospitais não ultrapassam, sendo os preços portanto limitados e inflexíveis dado esses valores mínimos.⁵

Os preços podem também regular o mercado desde que sejam capazes de influenciar a taxa de lucro. Como, entretanto, estes preços são fixados para todo o Brasil pelo INAMPS⁶ (pelo menos seu limite mínimo), e como os custos dos hospitais variam de um estabelecimento para outro, seria impossível esperar que todos tivessem um lucro proporcional ao seu custo. Poder-se-ia imaginar que algumas empresas abandonassem o mercado ou pelo menos se disvinculassem do governo quando os preços estivessem muito baixos, entretanto, isso não acontece pelas seguintes razões: para os pequenos hospitais ou para aqueles que têm grande dependência econômica do INAMPS os preços praticados devem quase sempre permitir a manutenção de uma taxa de lucro mínima, uma vez que a maioria dos seus custos é de mão de obra assalariada médica, provavelmente vinculada à recei

ta gerada pelo INAMPS. Um atraso no reajuste dos preços implica um maior arrocho salarial,⁷ a consequência é que para os profissionais médicos resta então sair de um em prego para outro, a fim de conseguir uma renda mínima de sobrevivência, ou seja: o próprio INAMPS é uma das fontes do crescente assalariamento dos médicos. Para os grandes hospitais esses preços não devem cobrir os custos totais dos seus atos médicos. Mas isso não importa, já que uma grande parte da sua receita vem da classe média e indepen de do INAMPS. Esses preços, entretanto, têm sido um moti vo de grande discordância no interior da previdência soci al, assim como na sua relação com os hospitais privados. Mas será esta uma questão verdadeira? A resposta depende da avaliação de como se compõem os custos e os preços dos hospitais e o tipo de clientela que atendem.

Na verdade, a demanda de um hospital viria de duas fontes: uma particular, dos setores de alta renda; e outra de se gurados do INAMPS, com baixo poder aquisitivo. Os custos, por sua vez, separam-se em variáveis e fixos, que dividi dos pelo total de atendimento, resultam no custo unitário médio total. Adicionando-se uma margem de lucro, chega -se ao preço final ao consumidor.

Se o INAMPS pagar então esse preço ele estará promovendo uma redistribuição de renda em favor da clientela de alta renda com poder de pagar os elevados gastos da medicina a tual. Isso porque, apesar de existir uma demanda de clien tes particulares, é muito provável que esses hospitais fun cionem com capacidade ociosa, se não houvesse uma demanda pública, via INAMPS. Sem essa demanda, o preço final dos clientes particulares teria que ser muito mais alto a fim de cobrir todos os gastos hospitalares.⁸

É por esse motivo, ou seja, a capacidade de trabalhar com um menor grau de ociosidade e de manter uma maior flexibilidade na sua margem de lucro, que os grandes hospitais privados têm interesse em se vincular ao INAMPS. Assim, toda vez que o preço praticado pelo INAMPS se aproximar apenas das despesas variáveis⁹ as pressões por aumento ou ameaças de desligamento do setor privado recrudescem. O INAMPS ao não diferenciar esse modus operandi dos grandes e pequenos hospitais, vê dificultada a compreensão do seu funcionamento do setor, sendo muitas vezes surpreendido com comportamentos e reações não-planejados.

Nesse contexto, o custo do ato médico pelo INAMPS deveria ter seu preço socialmente determinado, ou seja, um preço que levasse em consideração a especificidade da clientela (financiada ou não pelo INAMPS) totalmente atendida. Seu objetivo seria o de permitir que uma parcela significativa da população brasileira tivesse atenção médica equivalente à das classes mais favorecidas pelo sistema econômico vigente no Brasil,¹⁰ e não de gerar lucro para a rede privada. Na verdade, toda vez que o INAMPS eleva seus preços acima do nível socialmente necessário, ele está ajudando os mecanismos de concentração de renda no Brasil.¹¹

Para a parcela de baixa renda, entretanto, o crescente custo hospitalar é um claro fator de impedimento, criando uma demanda inelástica face ao INAMPS, suprida através de hospitais próprios ou contratados. Esse fator vem, então, corroborar o aparecimento do mercado capitalista no SPSM e impedir que o INAMPS tenha algum poder sobre a rede privada, inclusive porque não há condições políticas de deixar de oferecer uma determinada quantidade e padrão mínimo de serviços médicos.

O resultado é a inversão do modelo de competição, onde o equilíbrio entre a oferta e a demanda é alcançado via ex pulsão ou entrada de novas firmas. Na área da assistênci a médica esse equilíbrio é atingido pelos grandes hospi tais através da redução de capacidade ociosa, e pelos pe quenos hospitais, do achatamento dos salários ou redução da mão-de-obra médica.¹²

2.2. Competição por diferenciação do produto

O outro mecanismo de competição é por diferenciação de produto. Hoje, a habilidade de julgamento dos pacientes a cerca da qualidade dos serviços oferecidos é muito reduzi da. Devido à complexidade do próprio saber médico, qual quer decisão ou escolha de um hospital ou médico não é racional e, sim, extremamente influenciada por fatores na maioria das vezes externos à própria doença. Existe, por tanto, um poder muito grande de diferenciação do produto.

Essa forma de competição é derivada do vínculo existente entre o SPSM e a base industrial do complexo - as indús trias farmacêuticas e de equipamentos médicos. As firmas engajadas nesse processo são obrigadas a ter uma taxa de renovação dos seus produtos, alta o suficiente para indu zir o consumidor,¹³ por exemplo, à troca de um equipa mento novo por um velho. A indústria procurará vender, pa ra médicos e hospitais, a qualidade de seus produtos, mais eficientes e vantajosos que os de seus concorrentes e mesmo que suas antigas mercadorias.

A área de assistência médica, conseqüentemente, para ab sorver a diferenciação de produtos pela indústria, tem que repassá-la para o seu consumidor direto - o paciente. E

xiste, entretanto, um problema: o serviço vendido pelo SPSM é um produto simbólico, ou seja, uma esperança de cura, o fim da doença. Assim, a opção do SPSM é, ao se utilizar do instrumento da indústria, vender uma pretensa qualidade dos seus serviços, baseada no simbolismo, tão presente no homem moderno, da eficiência da tecnologia empregada.

O resultado é que os hospitais têm apenas a necessidade de procurar uma especialidade "chamariz",¹⁴ capaz de apontá-los como um dos líderes do setor. Ou seja, mesmo que aparentemente não exista concorrência entre a demanda do tratamento de especialidades diferentes, a escolha do paciente é sempre subjetiva e estará baseada no "conceito de eficácia" que o hospital tem junto ao mercado. Em geral, o que se vende é uma "tecnologia médica" e não uma técnica específica e necessária para determinados tratamentos.

Em consequência, o objetivo de se garantir uma demanda torna-se a preocupação principal do SPSM. E, à medida que o preço não é um instrumento adequado de equilíbrio entre a oferta e a demanda, a competição por créditos e financiamento resulta no mecanismo básico de ajuste do setor.

2.3. Competição por crédito

A competição por crédito é um reflexo direto dos aumentos dos custos originados pelo processo anterior. Assim, à medida que a rede privada se engaja na diferenciação de produto, através da aquisição de novas tecnologias, a pressão para "vender" este produto, como é a própria tecnologia médica, é enorme. Mas esse problema é facilmente resolvido no sistema capitalista através de um setor de intermedia

ção financeira, pela criação de crédito.

O volume de crédito depende, entretanto, da renda disponível. Como esta não é infinita, o crédito também não, promovendo, conseqüentemente, entre os diversos agentes do sistema econômico uma luta pelo seu controle.

Essa competição acontece, então, em dois níveis: um econômico e outro político. No primeiro, ela permite ao SPSM e à indústria a continuidade de seu processo de acumulação e realização de lucro. De um lado, está vinculada ao governo, que além de fornecer crédito para um aumento da oferta, garante uma demanda cativa para os hospitais, diminuindo a sua ociosidade e melhorando a taxa de retorno do seu investimento. Paralelamente, ela permite aos consumidores - via convênios ou seguros - anteciparem a sua demanda, afixando um alto grau de ocupação no setor. O resultado é que a demanda já não pode mais ser considerada como um dado, um referencial. Ela existe e se altera em função do crédito disponível.

No nível político, ela assume um caráter de mercadoria fetiche, produto do jogo partidário e burocrático. O que importa não é decidir que parcelas da população terão ou não direito à saúde, mas sim que poder e vantagens se pode conseguir com uma determinada alocação de verbas. Nesse sentido, é fácil entender a existência de uma competição por crédito com outras áreas como transporte, tecnologia, polos petroquímicos, e inclusive dentro do próprio MPAS. Finalmente, conclui-se que essa característica financeira é uma variável fundamental para explicar a dinâmica do SPSM. O crescimento e a qualidade da oferta do setor dependem do volume de créditos públicos e privados colocados à disposição da população.

CONCLUSÃO

As transformações ocorridas no sistema de saúde após a Segunda Guerra Mundial modificaram significativamente o seu estado anterior, introduzindo práticas capitalistas na área de atenção médica. O processo qualitativo que se seguiu levou ao surgimento de um complexo médico industrial cujo interesse primordial está agora na obtenção de lucro e na acumulação de capital.

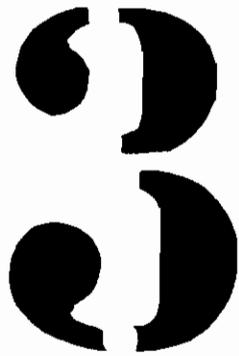
O objetivo do modelo proposto nesta análise foi de avançar alguns dos aspectos do funcionamento do complexo médico-industrial, cuja compreensão exige múltiplas abordagens. Entretanto, a hipótese aqui desenvolvida diz respeito não só a características gerais do CMI mas também a especificidades introduzidas pela sua localização espacial no Brasil, principalmente quando da discussão sobre os mecanismos de competição via preço. Finalmente, pode-se concluir que embora ainda exista um longo caminho a percorrer no conhecimento de como funciona o setor privado capitalista no CMI, o seu simples reconhecimento, ou seja, da existência do complexo médico-industrial, abre novas perspectivas para a aproximação de um modelo que melhor reflita a complexa realidade da saúde coletiva no Brasil.

NOTAS

- (1) Deve se ressaltar que, para este processo, uma grande massa de consumidores não é necessária. O que importa é o ritmo pelo qual os produtos são considerados obsoletos e o crédito disponível para os consumidores em potencial. Na verdade, este mecanismo foi fundamental para a consolidação de uma base lucrativa da medicina privada no Brasil.
- (2) A utilização do termo **revolução** procura enfatizar o fato de que as transformações que ocorrem na indústria e no SPSM foram compatíveis com as mudanças introduzidas na Inglaterra, na revolução industrial, pelo setor têxtil.
- (3) Nesta etapa, o nascimento da clínica teve um papel preponderante em identificar o limite entre o visível e o invisível. Ver Foucault, M.. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1980.
- (4) A taxonomia empregada implica em dividir o mercado em oligopólios homogêneo e diferenciado e competitivos homogêneo e diferenciado. Para maiores detalhes ver Guimarães, E.A.. **Acumulação e crescimento da firma**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- (5) É evidente que nenhuma empresa de serviços médicos vai cobrar do seu paciente um preço menor do que o INAMPS paga, já que, em tese, ele sempre poderia "cobrar" do próprio INAMPS.
- (6) Podendo ser multiplicado por índices diferentes segundo a classificação do IVH (índice valorização hospitalar).

- (7) O problema aqui foi analogamente explicado por Marx, C. O Capital. Rio de Janeiro: Editora Abril Cultural, 1984, na discussão sobre a redução da jornada de trabalho na Inglaterra. No mesmo sentido, a passagem de 10 horas para 8 horas diárias de trabalho não significa limitar os lucros dos capitalistas, mas sim em diminuir os salários dos trabalhadores.
- (8) Seja através de recursos próprios ou por alguma forma de seguro médico.
- (9) Basicamente salários e matérias primas.
- (10) Este favorecimento aparece de duas maneiras: a primeira porque o modelo econômico é concentrador de renda; em segundo, porque os grandes hospitais se dirigem preferencialmente para o atendimento desta classe.
- (11) É por esta razão que se pode ver que o argumento de que os clientes particulares "pagam" duas vezes por um mesmo serviço é falsa. Neste sentido eles estão custeando seus gastos em duas parcelas - uma paga pelo INAMPS e outra por si próprio. E se não fosse assim, a sua despesa seria provavelmente maior que a soma destas duas parcelas.
- (12) Finalmente, uma outra razão para que os preços não funcionem como instrumento regulador do mercado é que para a classe alta, a elasticidade renda por serviços médicos é pequena e os preços não são portanto rígidos à alta. Assim, o preço não é um fator delimitante à decisão de se usar um ou outro serviço médico.

- (13) A capacidade de diferenciação é uma característica intrínseca a cada produto, e depende do número de "qualidade" com que ele pode ser julgado por um consumidor potencial. Assim, os fatores que entram na escolha de um mesmo tipo de aço são o preço e o prazo de entrega. Para um medicamento, diversos outros elementos podem ser considerados importantes, como por exemplo: a apresentação; a eficácia; a forma como é consumido; efeitos colaterais existentes; grau de eficiência sobre outros sintomas ou doenças; a disponibilidade no mercado; a capacidade de prevenção; a confiança na marca; a difusão do consumo, etc. O que surpreende, entretanto não é a existência desta diferenciação ao nível do consumidor-paciente, mas sim da capacidade do consumidor-médico de ser envolvido por ela.
- (14) É verdade que o alto custo da aquisição da tecnologia impede, o investimento em todas as especialidades. Por outro lado, a própria escolha desta especialidade chamariz resultou de um jogo de poder ou da área em que se formam os médicos que iniciaram as atividades do hospital.



INQUÉRITO DE MORBIDADE NO MORRO DO
JACAREZINHO E ALEMÃO: SUBSÍDIOS PARA
A AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DE MORBIDADE
EM POPULAÇÕES FAVELADAS NO MUNICÍPIO
DO RIO DE JANEIRO.

JANE ARAÚJO OLIVEIRA

INQUÉRITO DE MORBIDADE NO MORRO DO JACAREZINHO E ALEMÃO: SUBSÍDIOS PARA A AVALIAÇÃO DA PERCEP ÇÃO DE MORBIDADE EM POPULAÇÕES FAVELADAS NO MU NICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. *

JANE ARAÚJO OLIVEIRA **

RESUMO

Realizou-se um inquérito de saúde em duas favelas do município do Rio de Janeiro através da aplicação de questionário fechado e amostras aleatórias previamente selecionadas. Dentre os entrevistados verificou-se um maior índice de percepção de morbidade no sexo feminino e um maior índice de consultas entre os menores de um ano. O INAMPS é o maior fornecedor de consultas e medicamentos, enquanto os Postos de Saúde praticamente não são procurados pelas populações entrevistadas. Encontrou-se um número surpreendente de consultas particulares. O índice de consultas dentárias foi baixo e não corresponde à percepção de problemas dentários, que é maior. Cerca de 7% das mulheres com idade fértil fizeram ligadura de trompas e o anticoncepcional oral é o contraceptivo mais utilizado. Concluiu-se que a população não possui um local de fácil acesso para cuidados em saúde, principalmente dentários, e que o índice elevado de percepção de morbidade sugere uma situação de saúde precária.

* Este trabalho foi realizado através de Convênio entre o BID (Banco Interamericano de Desenvolvimento), o Instituto de Medicina Social da UERJ e a Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura do Rio de Janeiro, e publicado como parte do Plano de Melhoria de Condições de Vida nas Populações do Jacarezinho e Alemão no Rio de Janeiro, Secretaria de Desenvolvimento Social, Prefeitura do Rio de Janeiro, março de 1983.

** Professora Assistente do Instituto de Medicina Social da UERJ

ANTECEDENTES

O trabalho que ora se apresenta foi realizado como parte de um projeto mais amplo, que inclui um levantamento das condições sócio-econômicas e físico-urbanísticas das áreas consideradas. Teve como objetivo a obtenção de subsídios para a formulação de uma proposta de intervenção capaz de, a longo prazo, integrar a população favelada à vida urbana, dotando as áreas com infra-estrutura de serviços ainda inexistentes tais como saneamento básico, rede de comunicações, serviços de educação e saúde. Uma vez adotada a política de urbanização paulatina dos bolsões favelados em detrimento das remoções, torna-se necessário conhecer as características das áreas em vista, para a formulação de um planejamento eficiente.

O Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro foi responsável pela execução deste inquérito de morbidade em convênio firmado entre o Governo Federal, Município do Rio de Janeiro e Banco Interamericano de Desenvolvimento, sob a coordenação da Secretaria de Desenvolvimento Social, na gestão encerrada em março de 1983.

INTRODUÇÃO

Dentre as várias abordagens possíveis à realidade de saúde da população em estudo, optou-se pela técnica conhecida como inquérito de morbidade, ou seja, aplicação de questionário fechado montado a partir de um plano de tabelas em amostra definida probabilisticamente. Os inquéritos de

morbidade fornecem, amíúde , um quadro de padrões de per
cepção de morbidade e consumo de serviços de saúde suficien
tes para fins de planejamento, capaz de dimensionar uma de
manda a ser satisfeita. As perguntas fechadas e a amostra
aleatória prédefinida impedem a obtenção de um conheci
mento aprofundado das representações de saúde e doença, da
figura do médico ou da utilização de sistemas paralelos,
mas por outro lado, permitem estimativas mais acuradas de
quantidade de serviços necessária, além de um plano geral,
inicial, das representações e inserções culturais da popula
ção. Essa representação de morbidade funciona como in
dicador do nível de saúde, no caso um nível estimado pela
própria população. Os métodos de avaliação clínica desse
nível de saúde, através de exames médicos e laboratoriais
de uma amostra da população, embora possam fornecer dados
mais acurados sobre índices de certas doenças, são sensi
velmente mais caros e de realização mais complexa; desejá
veis quando se necessita aperfeiçoar um conhecimento pré
vio da população.

O inquérito foi considerado aqui o instrumento mais
adequado ao tipo de informação desejada. Nessa decisão,
foram contempladas as questões relativas aos recursos dis
poníveis, tempo e a carência de outras informações sobre
saúde específicas para cada área. Trabalhou-se segundo
um modelo simples, que poderia ser reproduzido em outras
áreas do Rio caso houvesse interesse de parte das agênci
as governamentais. Considera-se, outrossim, que os dados
obtidos nas áreas do Jacarezinho e Alemão são em certa medi
da generalizáveis, pois, devem refletir a realidade de ou
tras favelas cariocas de tamanho aproximado e história
de formação semelhante.

Estima-se a população favelada do município do Rio de Janeiro em 1,7 milhões de pessoas,¹ todas elas morando em condições reconhecidamente precárias.

A favela do Jacarezinho compreende uma área de aproximadamente 350.700km², na XII Região Administrativa (RA), e possui, segundo o IBGE, 31.405 habitantes. É de formação antiga, iniciada na década de 20, contando com alguns serviços de saneamento básico nas primeiras áreas de ocupação, além de uma população relativamente organizada, que foi capaz de resistir à tentativas de remoção efetuadas na década de 60. Possui alguns centros de comércio bastante diversificados, algumas escolas e um posto policial.

A Associação de Moradores mantém um pequeno ambulatório em sua sede e a Fundação Leão XIII opera no local com uma pequena unidade cuja atividade mais atuante é a do planejamento familiar. Grande parte das construções é de alvenaria, havendo uma área próxima ao rio Jacaré com palafitas e barracos precários onde se concentram os problemas sociais da área.²

O chamado complexo do Morro do Alemão compreende, na realidade, um aglomerado de quatro favelas: Joaquim de Queirós, Itararé, Morro do Alemão e Nova Brasília, situadas na X e XII RAs, com uma área total aproximada de 1.601.900km².

A ocupação do local teve início, de forma muito lenta e paulatina, na década de 20. A ocupação foi acelerada pelas remoções de favelas da Zona Sul da cidade na década de 60, embora de forma conturbada devido à repressão policial. Conta atualmente com uma população estimada em 34.324 pessoas,³ distribuída de forma desigual pelos morros, sem parâmetros nítidos de limites ou centros de encontro

social. Não há atividade comercial intensa ou muito diversificada, e alguns locais são de acesso bastante difícil devido a escarpas do morro. Apesar disso, a maior parte das construções já é de alvenaria. Não existem escolas públicas, apenas um número irrelevante de escolas particulares. Há um posto policial e alguma atividade de planejamento familiar oferecida, tal como no Jacarezinho, pelo CPAIMC (Centro de Proteção e Auxílio à Infância e Maternidade).

O levantamento sócio-econômico não revela contrastes muito marcantes entre as populações do Jacarezinho e do Alemão. Em termos de instrução, 70% não chegam a completar o primeiro grau. Cerca de 70% recebem menos que dois salários mínimos e 90% menos que três. Dos que trabalham, a maior proporção é absorvida pelo setor de serviços: 38,5% no Jacarezinho, 28,5% no Alemão. O segundo setor empregador é a indústria e, logo a seguir, o comércio, nas duas favelas.

Em ambos os casos, os moradores definem seu domicílio como próprio. São, na maioria, casas providas de banheiro, ligado em geral, a valas e, em menor grau, a fossas. Em ambas as favelas existem redes parciais de distribuição de água. A luz é fornecida pela comissão de luz. Em aproximadamente metade das residências habitam entre 4 a 6 pessoas, constituindo famílias nucleares em mais de 90% dos casos. Cerca de 70% das casas têm de 3 a 5 cômodos. Entre 70 a 77% dos chefes de família, de ambas as favelas, trabalham, os restantes são aposentados, "encostados" pelo INAMPS, donas de casa e desempregados - estes, 5,5% no Jacarezinho e 2,8% no Alemão. Os aposentados por tempo de serviço são minoria. A maior parte é vítima de doenças e acidentes de trabalho que, nessa ordem, respondem por 53% e 72% das aposentadorias, respectivamente no Jaca

rezinho e no Alemão.

O padrão de emprego dos chefes de família não é diferente daquele já observado para o conjunto dos moradores. O setor serviço é o primeiro, e a indústria, o segundo dos empregadores. Mas no Jacarezinho o comércio é o terceiro empregador, enquanto no Alemão esta posição é do setor de transportes. No Alemão, além disso, a construção civil responde por significativo número de empregos de chefes de família. Contrariando noções correntes, expressiva maioria é empregada no chamado mercado formal de trabalho e mantém apenas uma ocupação.

A grande maioria - 90% - das crianças encontra matrícula nas escolas, mas nem todas em estabelecimentos da rede pública de ensino, que abrigam 70% das crianças do Jacarezinho e 80% das do Alemão. As taxas de evasão são baixas - 4% - em ambas as favelas. Contudo, as taxas de reprovação são extremamente elevadas - respectivamente 46% e 56% no Jacarezinho e Alemão. Os motivos apontados para tal, reproduzindo o que é conhecido como ideologia do fracasso, atribuem às deficiências das crianças pobres o seu desajuste ao sistema escolar.

Quanto à disponibilidade de serviços públicos, a situação do Jacarezinho, longe de ser satisfatória, é, no entanto, superior à do Alemão. Assim, observa-se que a maioria dos entrevistados no Jacarezinho informou receber em casa a sua correspondência, enquanto os do Alemão devem procurá-la na Associação de Moradores. A caçamba da COMLURB é, em ambas as favelas, o principal meio de escoamento de lixo, sendo que em 28% dos casos do Jacarezinho, a coleta é domiciliar. O mesmo acontece com a distribuição de gás de botijão: em 50% dos casos no Jacarezinho a entrega é

domiciliar, no Alemão, 80% dos entrevistados o compram no mercado. Em ambas as favelas, a grande maioria conhece a Associação de Moradores: 85% no Alemão e 87% no Jacarezinho. A proporção dos que conhecem as atividades específicas promovidas pela AM, é mais baixa: apenas 21% no Jacarezinho e 33% no Alemão. Dentre as atividades identificadas, a maior proporção dos entrevistados do Jacarezinho está entre os que se referem à urbanização. No Alemão a maioria se refere a atividades assistenciais que incluem serviços médico, dentário, jurídico etc. A proporção dos entrevistados que participa das atividades da AM é ainda menor: 14,7% no Jacarezinho e 17,3% no Alemão. Tal participação parece ter pouca influência na percepção, por parte dos entrevistados, dos problemas que mais os afligem.

Os moradores de ambas as áreas identificam como principal problema o de urbanização e saneamento, categoria que envolve suas referências ao abastecimento de água e luz, serviço de esgoto, arruamento e pavimentação.

Os principais objetivos do presente trabalho foram conhecer a percepção de morbidade da população e o uso decorrente dos serviços de saúde, bem como os padrões de consumo de medicamentos. A definição da área de abrangência das favelas e a amostra dos domicílios foram realizadas pela I Plan Rio, e utilizou-se as donas de casa como informantes para todos os moradores do endereço sorteado.

CARACTERIZAÇÃO DE SAÚDE

JACAREZINHO

PERCEPÇÃO DE MORBIDADE

Cerca de 20% da população feminina declararam problemas de

doença aguda nas últimas semanas, enquanto apenas 13,4% da população do sexo masculino sentiram-se doentes. Tal dado está de acordo com os obtidos em demais pesquisas semelhantes em Nova Iguaçu, RJ, e em outros países.⁴ A diferença entre os sexos aumenta nas faixas etárias de 15 a 49 anos, confirmando a mulher em idade fértil com a maior demanda potencial para consulta clínica. A maior percepção de doenças em menores de 1 ano do sexo masculino também é comum e reflete uma realidade clínica. A percepção de acidentes parece reduzida, e provavelmente é um dado subestimado no trabalho, uma vez que o espaço do questionário não permitia o detalhamento das perguntas. O fato de não haver diferença notável entre os sexos da mesma faixa etária reforça a idéia de subestimação, uma vez que os homens em idade ativa estão inquestionavelmente mais expostos aos riscos de acidente. Não houve relato de violência nas últimas duas semanas. Este dado provavelmente encontra-se subestimado por parte da população investigada pois entra em contradição com uma das aspirações mais frequentes que é a de "segurança" (Tabela 1)

Como era de se esperar, o número de pessoas sem qualquer defeito físico é grande. Existe uma diferença importante de casos de retardamento mental, com número superior no sexo masculino. Como na literatura não encontramos referência a essa diferença, pressupõe-se que pode haver uma diferença na percepção entre os sexos, sendo exigido do homem uma performance que a mulher não é solicitada. Pode-se atribuir a diferença também a questões relativas ao rendimento escolar onde o sexo masculino costuma apresentar maior dificuldade de disciplinarização e não propriamente deficiência mental.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO FREQUÊNCIA DE DOENÇAS AGUDAS, ACIDENTES E VIOLÊNCIA, POR IDADE E SEXO - FAVELA DO JACAREZINHO - RJ - 1982

	M A S C U L I N O						F E M I N I N O						T O T A L									
	ACIDENTE		DOENÇA		SUB-TOTAL		ACIDENTE		DOENÇA		SUB-TOTAL		SUB-TOTAL									
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%								
menos de 1 ano	5	0,8	0	0	6	1,0	0	0	11	1,8	15	2,4	0	0	4	0,6	0	0	19	3,0	30	2,5
de 1 a 6	55	9,7	2	0,3	13	2,3	0	0	70	12,3	54	8,9	1	0,1	18	2,9	0	0	73	11,9	143	12,2
de 7 a 14	68	13,5	1	0,1	9	1,5	0	0	98	17,1	78	12,9	0	0	17	2,9	0	0	95	15,8	193	16,6
de 15 a 49	276	48,4	2	0,3	38	6,7	0	0	314	55,4	261	43,3	6	0,9	60	9,9	0	0	327	54,1	641	55,0
de 50 ou mais	59	10,4	3	0,5	10	0,7	0	0	72	12,6	64	10,9	1	0,1	22	3,6	0	0	87	14,6	159	13,6
TOTAL	481	85,1	8	1,4	76	13,4	0	0	565	100,0	472	78,4	8	1,3	121	20,2	0	0	601	100,0	1166	100,0

Encontrou-se 22,8% da população com queixas relativas a doenças crônicas ou de longa duração, com uma grande diferença por sexos: 27,3% da população feminina apresentando algum tipo de percepção contra 18,1% da população masculina. (Tabela 2)

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO A PERCEPÇÃO DA DOENÇA. FAVELA DO JACAREZINHO

DOENÇA CRÔNICA	MASCULINO		FEMININO	
	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO
NÃO	444	77,3%	416	66,8%
SIM	106	18,1%	170	27,3%
NÃO SABE	34	4,6%	36	5,9%
TOTAL	584	100,0%	622	100,0%

Na Tabela 3 verifica-se que uma das maiores queixas está em "doenças mentais" (a queixa registrada com mais frequência é "sofrer dos nervos"). As mais importantes são relativas aos aparelhos circulatório e respiratório, com uma demanda também grande por sinais e sintomas mal definidos. A percepção da população para problemas de pele, reconhecidamente frequentes é baixa, bem como para doenças infecciosas e parasitárias, onde provavelmente houve subestimação de verminose. ⁵

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE DOENÇAS CRÔNICAS FAVELA DO JACAREZINHO - RJ - 1982

DOENÇAS	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO
Infecciosas e Parasitárias	6	2,12%
Neoplasmas	5	1,77%
Metab. Endócrinas e Imunológicas	28	9,89%
Sangue e Sist. Hematopoietico	2	0,7 %
Mentais	39	13,78%
Sist. Nervoso e Órgãos do sentido	17	6,0 %
Aparelho Circulatório	49	17,31%
Aparelho Respiratório	49	17,31%
Aparelho Digestivo	16	5,65%
Aparelho Genito-Urinário	3	1,10%
Pele	2	0,7 %
Ossos	25	8,83%
Sinais e Sintomas Mal definidos	41	14,49%
Outros	1	0,35%
TOTAL	283	100,0 %

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cerca de 12,4% dos homens realizaram consulta e 17,7% das mulheres nas últimas 2 semanas (Tabela 4). O grupo etário que realizou mais consultas propriamente foi o na faixa etária menor de 1 ano, neste caso com preponderância do sexo masculino. Efetivamente na clínica verifica-se um índice maior de problemas de saúde em crianças do sexo masculino, mas a hipótese de um cuidado à saúde diferenciado por sexos não deve ser afastada. A partir de 14 anos, nota-se um índice de consultas maior na população feminina que volta a diminuir nos grupos de 50 anos e mais. Essa falta associa-se provavelmente à percepção, já descrita, de morbidade mais acentuada nesses grupos. ⁶

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO À NECESSIDADE DE CONSULTAS NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS POR IDADE E SEXO
FAVELA DO JACAREZINHO - RJ - 1982

IDADE	MASCULINO					FEMININO					TOTAL
	Não precisou nr	Não pode nr	Sim nr	Não sabe nr	Subtotal nr	Não precisou nr	Não pode nr	Sim nr	Não sabe nr	Subtotal nr	
1	5	1	5	0	11	13	0	5	1	19	30
1 - 4	37	0	11	2	49	46	0	6	0	52	101
5 - 14	111	3	10	6	130	101	4	13	2	120	250
15 - 29	168	3	16	1	188	152	4	28	3	187	375
30 - 49	111	5	17	2	135	106	7	36	1	150	285
50 +	58	2	14	1	75	69	2	22	0	93	168
TOTAL	490	14	73	11	588	487	17	110	7	621	1209

Cerca de 2,5% da população gostariam de ter realizado consultas mas não puderam. Verificando-se a necessidade de consulta com percepção de morbidade, encontra-se que apenas a metade da população com queixas de doença chegou a consultar-se, enquanto 7,5% das pessoas não doentes realizaram consultas. O maior índice de consultas foi entre os casos de acidentes com 75%. A população com doenças crônicas consulta-se mais do que a população sem doenças crônicas. Verifica-se que 1/3 da população com doenças consultou os serviços do INAMPS, que é o principal fornecedor de serviços com 55% das consultas. Os hospitais estaduais também são utilizados, porém em escala menor de apenas 15,3%.

O Centro de Saúde praticamente não é utilizado, e embora haja um grande número de consultas entre menores de um ano, nenhuma foi no Centro de Saúde. Quase 1/5 das consultas foi em consultório particular, o que constitui uma informação no mínimo alarmante. Para uma população reconhecidamente de baixa renda, tal índice revela grande precariedade na oferta de serviços públicos na área, seja por problemas de acesso ou de adequação às necessidades. Entre convênios de empresa e consultas de serviços próprios e conveniados ao INAMPS, este financiou 72% das consultas. As gratuitas devem corresponder às dos hospitais estaduais, enquanto o número de consultas pagas diretamente pelo paciente é alto, confirmando a grande utilização de serviços particulares. Apenas a metade das consultas é realizada em área próxima à favela. Existe uma dispersão pela cidade que sugere uma oferta inadequada no local. Cerca de 1/3 das consultas é visto pela população como de emergência, sendo os hospitais estaduais os mais procurados para as mesmas. (Tabela 5)

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR INSTITUIÇÃO ONDE
SE REALIZOU A CONSULTA, POR IDADE E SEXO
FAVELA DO JACAREZINHO - RJ - 1982

IDADE	HOSPITAL ESTADUAL nº	HOSPITAL INAMPS nº	CENTRO DE SAÚDE nº	AMBULATORIO DE EMPRESA nº	CONSULTÓRIO PARTICULAR nº	RESIDÊNCIA E OUTROS nº	TOTAL nº
- 1	2	2	0	0	5	1	10
0 - 4	5	7	0	1	4	0	17
5 - 14	3	16	0	0	4	0	23
15 - 29	5	23	1	3	10	2	44
30 - 49	10	30	2	4	4	3	53
50 +	3	23	0	2	6	2	36
TOTAL	28	101	3	10	33	8	183

Verificou-se pouca discriminação entre os serviços adequados ao atendimento de urgência e de rotina, uma vez que, nos Pronto Socorros (Hospitais Estaduais) a metade dos serviços não tem caráter de urgência, na opinião da própria população, sendo utilizados principalmente por facilidade de acesso burocrático. O índice para acidentes é mais alto do que para doenças, porém 38% de consultas de emergência em casos de doenças também sugerem dificuldades de acesso aos serviços de rotina. Verificou-se ademais que 35% das consultas da população com doenças crônicas também foram de emergência, bem como as de quem não apresentava a queixa, embora entre estes estejam alguns casos de doenças agudas e acidentes. A utilização de agentes informais de consultas é muito pequena, cerca de 3% do total. Sob a rubrica de "outros" pretendíamos englobar qualquer agente, mas foram todos farmacêuticos.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Houve prescrição de medicação em 80,8% das consultas. A instituição que prescreve com mais frequência é o Hospital Estadual com 89% de consultas resultando em prescrições, seguido pelo INAMPS com 83,1%.

Em consultórios particulares e outros (englobando Centros de Saúde, Clínicas de Emergência e Seguro), os índices de prescrição caem, provavelmente por falta de medicação gratuita da CEME nessas instituições. Cerca de 16,2% não fizeram uso de medicamento prescrito na consulta. Esse índice provavelmente é subestimado, uma vez que em geral a população não-cumpridora da prescrição médica tende a ocultar a informação.⁷

Cerca de 27,5% da população consumiram medicamentos nas últimas 2 semanas. Apenas 8% da população consumiram medicamentos sob prescrição, enquanto 17,7% consumiram por conta própria. Tanto a população sem problemas de saúde quanto a que se considera doente consomem mais medicamentos por conta própria do que prescritos, sendo acentuada a automedicação no grupo de doentes.

Comparando o grupo com queixas de doenças crônicas com o de doenças agudas, não se verificam diferenças apreciáveis de padrões de conduta. Cerca de 1/3 de ambos os grupos medicou-se por conta própria.

O grupo de doenças crônicas consome menos medicamentos, constituindo-se em padrão intermediário entre o grupo que se declara com doença aguda e o grupo que se declara sem doença aguda nas últimas 2 semanas.

INTERNAÇÕES

A distribuição da população com internação por idade e sexo revela que as internações de crianças com menos de 1 ano (do sexo masculino) constituem uma maioria - 18,8% em contraposição às internações de crianças de 1 a 4 anos, 4%.

A seguir, vêm as internações de pessoas de 50 anos e mais, perfazendo 6,66%. A faixa de 15 a 49 anos tem um percentual de internação baixo em relação às outras já citadas.

Por outro lado, no sexo feminino o percentual de internação de crianças com menos de 1 ano - 5,55% - é semelhante

ao percentual da faixa de 1 a 4 anos, 5,76% (do mesmo sexo), porém bem menor do que o percentual de internação do sexo masculino na faixa de menos de 1 ano. Já na faixa de 15 a 49 anos o percentual de internações é alto, principalmente dos 30 aos 49 anos: 14,66%. Esse percentual, nas mulheres de 50 anos e mais, é quase o dobro do percentual da mesma faixa do sexo masculino.

Observou-se que o sexo feminino interna-se por motivos cirúrgicos com mais frequência do que o masculino. Excluindo-se o parto como motivo de internação, persiste a diferença de um maior número de internações para o sexo feminino e com maior frequência por motivos cirúrgicos.

É importante observar que mesmo somando as internações para os dois sexos, o parto justifica quase 1/3 das internações, constituindo-se em uma demanda importante de leitos. O INAMPS registra o maior número de internações seguido por internações verificadas em outros serviços públicos. As modalidades seguro e convênio, ambas ligadas ao INAMPS indiretamente, têm peso inexpressivo no total.

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DENTÁRIOS

A percepção de problemas dentários nos últimos 6 meses é semelhante para ambos os sexos, cerca de 20% do total. O grupo de pré-escolares já revela uma percepção de problemas dentários, ainda que em baixas proporções. O grupo com mais percepção é o de mulheres de 15 a 29 anos, sendo este o grupo que também teria problemas no sexo masculino, todavia em proporções um pouco menores. Da população com percepção de problemas dentários, cerca de metade não pro

curou consulta e dos que procuraram cerca de 10% não foram atendidos.

Verificou-se que apenas 2% da população foram ao dentista provavelmente em caráter preventivo, sem queixas de problemas nos últimos 6 meses. No global percebe-se uma disparidade entre a população que percebe problemas dentários (20,4%) e a que efetivamente chega a realizar a consulta (12%).

USO DE ANTICONCEPCIONAIS

A informação quanto ao número de filhos foi prejudicada por problemas de codificação do questionário, tornando as respostas pouco confiáveis. Encontrou-se 91 mulheres, cerca de 21,8% do total, na faixa etária de 15 a 49 anos, utilizando anticoncepcionais. Além destas, 33 (8,7% do total de mulheres em idade fértil) fizeram ligadura de trompas. A população de 20 a 40 anos é a que mais utiliza anticoncepcionais, sendo que o tipo mais frequente é a pílula, com 79,1% do total. O item "outros" engloba, principalmente, geléias e preservativos. Não foi citado nenhum caso de emprego de diafragmas ou práticas populares de chás etc.

Colheu-se informações sobre a gestação e o parto de todas as crianças nascidas nos últimos 5 anos, que foram tabuladas em conjunto com a população do Morro do Alemão por não apresentarem diferenças importantes. O mesmo procedimento foi adotado em relação aos óbitos em virtude do pequeno número registrado nas duas favelas.

ALEMÃO

PERCEPÇÕES DE MORBIDADE

Cerca de 15% da população do Alemão referem-se a problemas de saúde nas últimas 2 semanas, sem distinção apreciável entre os casos. O índice de crianças menores de 1 ano com doença é elevado em ambos os sexos. 1/4 da população da respectiva faixa etária teve problemas de saúde. A percepção de acidentes é baixa, e igual para ambos os sexos, o que sugere subestimação no sexo masculino (Tabela 6)

Encontra-se um número relativamente baixo de incapacidades, com diferença entre sexos. O retardamento mental parece somente no sexo masculino, enquanto a cegueira é mais frequente no sexo feminino. Na Tabela 7 verificou-se que 19,7% da população queixavam-se de doenças crônicas. Existe uma maior percepção no sexo feminino, embora não tão acentuada quanto frequentemente se encontra na literatura.⁸

O maior índice de queixas situa-se no item "doenças respiratórias", que encontra 27,2% do total. As demais queixas importantes situam-se em doenças do aparelho circulatório, doenças mentais ("sofrer dos nervos") e sintomas e sinais mal definidos. A percepção de doenças do aparelho respiratório sobe a índices que sugerem alguma especificidade na população ou na área em que ela habita e por si só merece uma investigação à parte para esclarecimento (Tabela 8)

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO FREQUÊNCIA DE DOENÇAS AGUDAS, ACIDENTES E VIOLÊNCIA, POR IDADE E SEXO. FAVELA DO ALEMÃO - RJ - 1982

IDADE	MASCULINO										FEMININO											
	NÃO		ACIDENTE		DOENÇA		VIOLÊNCIA		SUB TOTAL		NÃO		ACIDENTE		DOENÇA		VIOLÊNCIA		SUB TOTAL		TOTAL	
	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%
Menos de 1 ano	15	2,4	0	0	6	0,9	0	0	21	3,3	13	2,1	0	0	5	0,8	0	0	18	2,9	39	3,2
1 - 6	73	12,0	1	0,1	20	3,3	0	0	94	15,4	69	11,3	1	0,1	18	2,9	0	0	88	14,3	182	15,0
7 - 14	101	16,7	2	0,3	14	2,3	0	0	117	19,3	104	17,1	2	0,3	13	2,1	0	0	119	19,5	236	19,5
15 - 49	266	44,0	5	0,8	40	6,6	0	0	311	51,4	273	44,9	7	1,1	41	6,7	0	0	321	52,7	632	52,2
50 ou mais	46	7,6	2	0,3	13	2,2	0	0	61	10,1	45	7,4	0	0	16	2,6	0	0	61	10,0	122	10,1
TOTAL	501	82,9	10	1,6	93	15,3	0	0	604	100	504	83,0	10	1,6	93	15,3	0	0	607	100	1211	100

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO A FREQUÊNCIA DE
DOENÇAS CRÔNICAS POR SEXO - FAVELA DO ALEMÃO -
RJ - 1982

DOENÇA CRÔNICA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
SIM	115	17,7%	142	21,7%	257	19,7%
NÃO	535	82,3%	514	78,3%	1049	80,3%
TOTAL	650	100,0%	656	100,0%	1306	100,0%

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR PERCENTUAIS DE DOENÇAS CRÔNICAS - FAVELA DO ALEMÃO - RJ - 1982

D O E N Ç A S	VALOR ABSOLUTO	VALOR RELATIVO
Infecciosas e Parasitárias	5	1,94 %
Moplasmas	1	0,39 %
Met.endócrinas e Imunológicas	15	5,83 %
Sangue e Sistema Hematopoiético	1	0,39 %
Mentais	34	13,22 %
Sist. Nervoso e Orgãos do sentido	23	8,94 %
Ap. Circulatório	34	13,22 %
Ap. Respiratório	70	27,23 %
Ap. Digestivo	14	5,44 %
Ap. Genito Urinário	7	2,72 %
Pele	1	0,39 %
Ossos	22	8,6 %
Sinais e Sintomas mal definidos	29	11,3 %
Outros	1	0,39 %
T O T A L	257	100 %

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Cerca de 9,2% da população do sexo masculino realizaram consultas nas últimas 2 semanas, enquanto o índice para as mulheres foi de 13%. Mais de um quarto da população de menores de 1 ano consultou-se nas últimas 2 semanas. O grupo de 1 a 4 anos também apresenta um índice elevado de consultas sem diferenciação nítida por sexos em nenhum dos dois casos (Tabela 9)

Verificou-se ainda que 4,6% da população masculina desejariam ter realizado consultas, bem como 3% da população e "não pode".

O índice de consultas gerais está baixo e sugere dificuldades de acesso a serviços de saúde. Observou-se que só 40% da população com queixas de doenças chegaram a consultar-se e que da população com acidentes apenas 45% também se consultaram. Do grupo sem queixas, cerca de 5,4% fizeram consultas. Um terço da população com queixas de doenças crônicas consultou-se nas últimas 2 semanas.

A instituição mais procurada para consultas foi o INAMPS, responsável por 64,1% das consultas. A população que mais utiliza o INAMPS contra outras alternativas é aquela de menores de 1 ano, com apenas 19% das consultas realizadas em outros locais. Os Hospitais Estaduais são relativamente pouco procurados, com 9,6% do total e mais utilizados por adultos e pré-escolares. O Centro de Saúde não é praticamente aproveitado, sobretudo se verificarmos que as únicas consultas são em faixas consideradas não prioritárias nos programas dos Centros (escolares e adolescentes) (Tabela 10)

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO QUANTO À NECESSIDADE DE CONSULTAS NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, POR IDADE E SEXO - FAVELA DO ALEMÃO - RJ - 1982

IDADE	M A S C U L I N O						F E M I N I N O						TOTAL								
	NÃO PRECISOU		NÃO PODE		SIM		NÃO SABE		SUBTOTAL		NÃO PRECISOU			NÃO PODE		SIM		NÃO SABE		SUBTOTAL	
	14	63,6	1	4,5	6	27,2	1	4,5	22	100	12	66,7		0	0	5	27,8	1	5,5	18	100
1 - 4	52	73,2	2	2,8	11	15,5	6	8,4	71	100	41	66,1	1	1,6	11	17,7	9	14,5	62	100	
5 - 14	131	86,1	7	4,6	11	7,2	3	2,0	152	100	143	85,6	1	0,6	12	7,2	11	6,6	167	100	
15 - 29	157	83,0	8	4,2	11	5,8	13	6,8	189	100	162	78,6	7	3,4	25	12,1	12	5,8	206	100	
30 - 49	123	83,1	7	4,7	14	9,4	4	2,7	148	100	110	80,8	8	5,8	12	8,8	6	4,4	136	100	
50 +	50	73,5	5	7,3	7	10,2	6	8,8	168	100	39	23,2	3	1,8	20	29,8	5	7,4	67	100	
TOTAL	527	81,0	30	4,6	60	9,2	33	5,01	650	100	507	77,3	20	3,0	85	13,0	44	6,7	556	100	

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZOU A CONSULTA, POR IDADE E SEXO
FAVELA DO ALEMÃO - RJ - 1982

IDADE	HOSPITAL ESTADUAL nº	HOSPITAL INAPTS nº	CENTRO DE SAÚDE nº	AMBULATÓRIO DE EMPRESA nº	CONSULTÓRIO PARTICULAR nº	RESIDÊNCIA E OUTROS nº	TOTAL nº
- 1	1 9,1	9 81,8	0 0	0 0	1 9,1	0 0	11 100
1 - 4	5 22,7	9 40,9	1 4,5	4 18,2	3 13,6	0 0	22 100
5 - 14	1 4,3	16 69,5	1 4,3	1 4,3	2 8,7	2 8,6	23 100
15 - 29	2 5,2	24 66,6	1 2,7	3 8,3	6 16,6	0 0	36 100
30 - 49	3 11,5	18 69,2	0 0	0 0	2 7,7	3 11,5	26 100
50 +	2 7,4	17 62,9	0 0	0 0	6 22,2	2 7,4	27 100
TOTAL	14 9,6	93 64,1	3 2,0	8 5,5	20 13,8	7 4,8	145*

* Excluídos dois casos de não informação.

O índice de consultas particulares, 13,8% do total, é alto, mais alto do que a utilização dos Hospitais Estaduais. O INAMPS é o maior financiador direto e indireto das consultas com 66% dos serviços próprios e 11% por seguro de empresa e convênios. As consultas pagas pelo próprio paciente são em quantidade menor do que as chamadas consultas particulares, registradas na tabela anterior, o que pressupõe que entre estas estão incluídas consultas gratuitas (por exemplo, Associação de Moradores).

Observou-se que apenas metade das consultas é feita em bairros relativamente próximos à favela. A dispersão pela cidade sugere oferta inadequada ao local. Um terço das consultas é visto pela população como urgência e, efetivamente, estas são em sua maioria realizadas em Hospitais Estaduais - Pronto-Socorros. Verificou-se que não há uma diferenciação nítida entre os problemas de saúde que originam consulta de urgência: apenas 1/3 dos acidentes origina consulta de urgência e 15% da população que se diz sem problemas de saúde realizaram consultas de urgência. Vê-se que a população com doenças crônicas também considera suas consultas com um caráter de emergência em quase 1/3 dos casos.

CONCLUSÕES

O inquérito revelou uma situação de saúde relativamente precária nas duas áreas estudadas. O padrão de percepção de morbidade superpõe-se, em linhas gerais, ao de populações de áreas periféricas, com índices mais elevados para populações do sexo feminino.⁹ O Jacarezinho apresenta uma disparidade maior entre a percepção nos dois sexos, o

que, em verdade, é o padrão urbano habitual. Os índices encontrados no Morro do Alemão sugerem uma maior demanda comprimida, uma vez que tanto mulheres quanto homens apresentam índices semelhantes aos da população masculina do Jacarezinho.

A alegação de doenças mentais (nervosismo) em mais de 10% de ambas as áreas sugere uma situação de tensão cotidiana, sentida pela população. O altíssimo índice de queixas crônicas ligadas ao aparelho respiratório do Morro do Alemão merece maiores investigações. Uma lista de queixas com as palavras dos entrevistados referia quase sempre "bronquite". A referência a retardamento mental apenas no sexo masculino nas duas áreas também é fato a merecer aprofundamento.

Percebe-se quanto às consultas realizadas, que a população do Jacarezinho faz uma maior utilização de serviços de saúde, e que a população mais levada à consulta é a de menores de 1 ano nas duas áreas. O INAMPS e os Hospitais Estaduais são os serviços mais utilizados, enquanto o Centro de Saúde, com proposta de atender justamente a maiores demandas encontradas (materno-infantil), não é procurado. É nítido o problema de acessibilidade da população que procura atendimento em locais a distâncias variadas sem concentração em sua área de moradia, bem como a utilização dos Pronto-Socorros para consultas de rotina. Nesse ponto a população do Alemão surge com um padrão que se poderia chamar de mais "tímido": consulta-se menos e é mais disciplinada, utilizando mais o Pronto-Socorro para emergência e o INAMPS para rotina. É uma população que, no entanto, busca consultas em apenas 45% dos casos de acidentes, o que sugere mesmo algum tipo de dificuldade na procura de serviços. Estas dificuldades podem advir

de fatores culturais, financeiros (dificuldade de pagar a passagem) ou institucionais (população não previdenciária). Ambas as áreas apresentam índices altos de consultas particulares que, mesmo a preço irrisório, não são admissíveis na realidade social em que vivem. O consumo de medicamentos é elevado, especialmente dos autoprescritos, como era de se esperar. A população do Alemão aqui diferencia-se novamente da do Jacarezinho, negando o não cumprimento da prescrição, o que provavelmente não é verdadeiro. Nas duas áreas o maior motivo de internação é o parto. Considerando este como uma internação praticamente "inevitável" verificou-se que a população do Alemão também faz menos uso de internações. Há muitas internações em menores de 1 a 4 anos, o que é mais um indicador das más condições de saúde nas duas áreas.

A percepção de problemas dentários é baixa. Pode-se supor, com pouca margem de erros, que 90% da população apresentam problemas dentários de caráter não agudo. A dificuldade de acesso ao serviço é nítida, nas duas áreas. Apenas metade da população com queixas de problemas dentários chega a comparecer ao dentista havendo, portanto, grande demanda comprimida para estes serviços.

Quanto à natalidade, verificou-se um índice de utilização de anticoncepcionais de cerca de 30% em ambas as áreas e de 6 a 7% de casos de ligadura de trompas. Uma vez que em ambas as áreas existem Centros de Planejamento Familiar (CEPAIMC) os dois índices devem apresentar tendência à elevação de ambos os casos.

Os resultados não sugestivos de que a população residente na Favela do Alemão é realmente de migração mais recente, fugindo um pouco dos padrões de utilização de ser

viços e percepção de morbidade mais características de áreas urbanas. Os únicos padrões que se repetem são para a utilização de serviços dentários, onde realmente a oferta em área urbana não é suficiente para chegar sequer a estimular uma demanda, e para a utilização de métodos contraceptivos, provavelmente devido à presença dos Centros de Planejamento Familiar nas duas áreas.

NOTAS

- (1) IBGE, **Indicadores sociais para áreas urbanas**, Rio de Janeiro: IBGE, 1980.
- (2) I Plan Rio. **Diagnóstico de saúde nos Morros do Jacarezinho e Alemão**: Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, mimeo., 1982.
- (3) IBGE, **Indicadores, etc.**, op.cit.
- (4) Anderson, J. "Health service utilization: demographic factor affecting health service utilization. A cause model", in **Medical Care**, 1973, 11(2): 104-20, e Noronha, J.C. e Oliveira, J.A., "Avaliação de um projeto de medicina simplificada", **Relatório final**, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, mimeo., 1977.
- (5) Bice, T.W. & White, K.L., "Factors related to the use of health services. An international comparative study", in **Medical Care**, 1969, 7(2): 124-33, e Noronha, J.C. & Oliveira J.A., "Avaliação" etc., op.cit.

- (6) Anderson, J., "Health services" etc., op. cit.; Bice, T.W. & White, K.L., "Factors related" etc., op. cit., e Noronha, J.C. & Oliveira, J.A., "Avaliação de" etc., op. cit.
- (7) Cordeiro, H., "Determinantes do consumo de medicamentos: uma contribuição à crítica dos conceitos de necessidade e consumo em saúde", Dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da UERJ, mimeo, 1978.
- (8) Anderson, J., "Health services" etc., op. cit.; Bice, T.W. & White, K.L., "Factors related" etc., op. cit., e Noronha, J.C. & Oliveira, J.A., "Avaliação de" etc., op. cit.
- (9) Noronha, J.C. & Oliveira, J.A., "Avaliação de" etc., op. cit.; Oliveira, J.A., "Avaliação clínica de crianças até 7 anos no município de Nova Iguaçu", Relatório final, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1977, e I Plan Rio. "Diagnóstico" etc., op.cit.

4

FARMÁCIAS HOMEOPÁTICAS DO RIO DE
JANEIRO: DE VOLTA AO FUTURO.

BÁRBARA MUSUMECI SOARES

FARMÁCIAS HOMEOPÁTICAS DO RIO DE JANEIRO: DE VOLTA AO FUTURO. *

BÁRBARA MUSUMECI SOARES **

RESUMO

O artigo trata das farmácias homeopáticas enquanto espaço de reprodução de certos valores constitutivos do universo conceitual da homeopatia e procura perceber a ordenação a partir da qual esses valores são veiculados. ***

As farmácias homeopáticas pertencem, em geral, como os próprios médicos, a duas gerações distintas - ou são muito jovens, com menos de dez anos, ou muito antigas, com quase cem.

As mais recentes começaram a surgir no bojo do movimento de "renascimento" que caracterizou a homeopatia nos últimos anos e se localizaram, inicialmente, na Zona Sul do Rio de

* Este artigo consiste numa reflexão preliminar sobre um dos aspectos que compõem a pesquisa *Formas de Atenção Médica Alternativa: Medicina Popular, Homeopatia, Acupuntura*, coordenada por Maria Andréa Loyola e desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da UERJ com o apoio da FINEP. Alguns temas desenvolvidos neste trabalho fazem parte, também, do meu projeto de dissertação de Mestrado (PPGAS/UFRJ) para o qual conto com o apoio da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais).

** Pesquisadora do Instituto de Medicina Social da UERJ.

*** O trabalho contou com a colaboração de Sérgio Luis Carrara que contribuiu com inúmeras sugestões e com quem discuti várias das ideias aqui desenvolvidas.

Janeiro, que até então praticamente não conhecia esse tipo de comércio.¹

Oito entrevistas foram realizadas nessas farmácias o que significa uma grande parcela das farmácias da Zona Sul, e seis outras foram efetuadas entre as que se localizam na Zona Norte das quais apenas 2 fazem parte do grupo de novas farmácias mencionados acima.

A nova geração de farmácias² seguiu, em parte, o movimento dos médicos homeopatas unicistas,³ que nas últimas duas décadas consolidou sua linha no interior da homeopatia. O grupo de jovens terapeutas que chegava ao Brasil com os conhecimentos trazidos dos cursos de especialização homeopática (**unicista**) feitos na Inglaterra e na Argentina ocupava, gradativamente, posições estratégicas dentro e fora das instituições consagradas pela homeopatia.

Concomitantemente, formava-se também um novo grupo de homeopatas ditos **organicistas** ou **pluralistas**, que participaria igualmente do processo de "renascimento" desta terapia.

As farmácias existentes na cidade, que até então serviam à clientela tradicional da homeopatia,⁴ se somaram estas últimas que puderam atender à nova clientela que se formava e aos médicos das gerações mais recentes.

Atualmente, algumas novas farmácias estão sendo inauguradas em outros locais - até em função das expectativas do mercado - o que reflete o processo de expansão que a homeopatia tem experimentado.

Embora não se pretenda substancializar a oposição entre a homeopatia tradicional e a homeopatia moderna digamos as

sim, caracterizando esta última como a medicina praticada pelos jovens homeopatas, sobretudo pelos unicistas e ligada às concepções ditas "alternativas" não se pode negar que essas diferenças se verificam em algum nível. Sabemos que o "renascimento" da homeopatia, nos últimos anos colocou à frente desse processo - ou pelo menos conferiu-lhe um lugar relevante - uma nova geração de médicos que, direta ou indiretamente, se identificava com um tipo particular de crítica social. Não se pode supor, contudo, que os médicos "tradicionais"⁵ não compartilhem as mesmas críticas e visões formuladas, ou simplesmente suposta, pelos jovens homeopatas, no que elas têm de comum. Evidentemente, os termos nos quais os médicos homeopatas se pensam ou se auto-reconhecem não se referem exclusivamente ao universo de idéias ou práticas da alopatia ou da sociedade como um todo, mas representam também um diálogo com a própria tradição homeopática. Nesse sentido, não só a homeopatia "tradicional" contribuiu para a constituição de uma linguagem ou de um conjunto de idéias e valores "alternativos" como também incorporou muitos desses valores. Certas preocupações típicas dos médicos "modernos" atentos a determinados cuidados alimentares ou a um tipo de relação do paciente com o mundo circundante - com a natureza, sobretudo - estão presentes muitas vezes nos depoimentos dos médicos "tradicionais."

"Existe uma tendência mundial das pessoas. em terem um tipo de vida mais natural, menos agressiva, através até mesmo da medicação, defesa do verde, na decoração, alimentação natural, do ecologismo, do naturalismo, tudo isso. Eu acho uma coisa ótima..." (médico pluralista, ligado a duas farmácias da Zona Norte)

De qualquer forma, não se pode negar que a homeopatia se distingue internamente em dois momentos diversos: além das diferenças entre as tendências unicista e pluralista,

para citar apenas as duas principais, os homeopatas podem ser divididos, ainda que para efeito de análise, a partir da sua pertinência ao grupo "tradicional" ou "moderno" (para adotar a mesma classificação usada por Loyola com relação à clientela da homeopatia).

É importante notar que as duas divisões mencionadas não se superpõem, embora não estejam completamente desvinculadas. ⁶ Se, por um lado, os **unicistas**, ou pelo menos os que assim se autodenominam, destacam-se como um grupo apenas recentemente, isso não significa, como já vimos acima, que o "renascimento" da homeopatia não traga em seu bojo uma nova geração de pluralistas, identificados com as mesmas práticas ou idéias determinadas, ainda que haja também, nesse campo, diferenças significativas.

Importá-nos, particularmente, perceber os reflexos dessa ordenação sobre o conjunto das farmácias focalizadas, pois entre elas, o mesmo eixo que opõe o "tradicional" ao "moderno" e o **unicismo** ao **pluralismo** ⁷ está presente, com implicações semelhantes às que se verificam no caso dos médicos.

Chama a atenção, de imediato, a forma com que as farmácias são batizadas. Ao contrário das alopáticas, cujos nomes se referem, muitas vezes, à própria clientela - **Drogaria do Povo, Farmácia Popular**, etc. - ou são descritivos como **Farmácia Dia-e-Noite, Farmácia do Leme**, por exemplo, encontramos entre as novas farmácias homeopáticas uma forma de nomenclatura muito particular que se diferencia inclusive dos nomes próprios, como **De Faria, Stuart, Cordeiro**, etc, que caracterizam as farmácias homeopáticas "tradicionais". Entre as "modernas" que está em questão em alguns casos é a referência ao "natural" (**Homeopatia Natural, Homeonatural e Nativa**), noção com a qual a homeopatia se identifica e

através da qual afirma sua identidade, em oposição às condições "desvirtuadas" da vida moderna.

Ainda através dos nomes, tematiza-se a relação com a temporalidade e sua dupla remissão, ao passado e ao futuro, ao mesmo tempo: de um lado a tradição para a qual nomes como *Renascença* e *Harmonium* (este pela referência ao latim) apontam. De outro, o anúncio de novos tempos, nos quais a tradição será reelaborada e adaptada às condições presentes - *Nova Era*, *Contemporânea* e a própria *Renascença*.

Note-se que pertencer ao universo científico contemporâneo sempre foi alvo de reivindicação dos homeopatas, em momentos de afirmação e disputa em que esteve (e/ou está) envolvida essa medicina. O caráter vanguardista da homeopatia - porque identificada com as teorias mais modernas da física e da química - é afirmado com frequência no discurso dos médicos. ⁸

Além disso - e esta parece ser uma dimensão articuladora das demais -, ressalta o aspecto "transcendental" por assim dizer, que nomes como *Quintessência*, *Energia Vital* e mesmo *Harmônium* sugerem.

Veremos, mais tarde, como essas formas de nomeação apresentam caracteres distintivos que conferem à farmácia homeopática um status particular, singularizado, que corresponde não só à nova posição que o farmacêutico conquistou contemporaneamente, com a "revalorização" da homeopatia, mas também às expectativas da nova clientela. A especificidade das novas farmácias homeopáticas, com relação às outras formas de comércio das quais se diferenciam, se faz notar também em sua própria organização espacial. Cabe ressaltar, por exemplo, uma certa identidade formal entre as farmácias homeopáticas "modernas" e as botiques das

quais são muitas vezes vizinhas, que, muito mais antigas, se ocupam em vestir certas camadas da população urbana. Alocadas frequentemente em pequenas galerias ou shoppings - o que já lhes confere uma aparência determinada - , essas farmácias parecem se preocupar em produzir um ambiente particular, no qual a lógica que venha a presidir a ordenação dos produtos não seja exclusivamente a do lucro, ou, pelo menos, não parece ser.

Ao contrário da maior parte das farmácias alopáticas, cuja entrada corresponde à quase totalidade da extensão da fachada, encontramos aqui um obstáculo nítido que separa ou delimita claramente o interior e o exterior da loja. Quando não há uma porta fechada (ainda que de vidro) há, de qualquer forma, uma porta ou um lugar especial por onde se deve passar para alcançar o interior da loja - muitas vezes, um tapete embutido sob a porta que se abre cum pre a função simbólica de mediar a passagem.

Esse fato em si não teria qualquer significado - até porque algumas farmácias alopáticas construídas recentemente também possuem uma arquitetura semelhante - se não estivesse associado a alguns outros que, como veremos em breve, contribuem para a construção de um universo singularizado.

A decoração das farmácias expressa, na maioria dos casos, um arranjo estético do qual fazem parte plantas, posters e vitrines cuidadosamente arrumadas, quando não é a própria composição arquitetônica encarregada de conferir ao ambiente a atmosfera desejada. O resultado final em muito se assemelha ao de uma butique, no sentido de que remete a um tipo de comércio no qual o aspecto puramente econômico é suplantado - ao menos aparentemente - por uma

relação que se define por um tipo de individualização/pes_{so}alização, de ambos os lados: nem esse tipo de loja, da qual a boutique é um exemplo, se confunde com o grande co_mércio impessoal, nem sua clientela se dilui na massa po_pular indiferenciada (o que é tanto mais válido quanto mais elitizado for o comércio em questão), como ocorre nas farmácias alopáticas ou nos supermercados, por exemplo.⁹ Um detalhe significativo na relação da farmácia com a cli_entela nos permite compreender melhor a questão da singu_larização dos agentes envolvidos, sobre a qual este artigo procurará, em parte, se voltar: não só o paciente é cha_mado pelo nome, quando prontos os seus remédios, como a farmácia costuma carimbar seu símbolo na receita devolvi_da ao paciente, imprimindo as marcas de sua participação no processo terapêutico.

Poder-se-ia pensar, por outro lado, que o "fechamento" do espaço das farmácias homeopáticas "modernas" obedece a uma certa tendência elitizante que se verifica no processo de "renascimento" da homeopatia nos últimos anos, pois, como vimos, as novas farmácias surgem no bojo do movimento que lançava no mercado da saúde uma leva de médicos jovens, provenientes, em sua maioria, das camadas médias - para u_sar uma expressão um tanto vaga - que, não por acaso, se instalaram (sobretudo os "unicistas") na Zona Sul da cidade, assim como as primeiras farmácias, segundo depoimento de uma farmacêutica (unicista).

"...aqui, basicamente, Zona Sul, onde se concentram quase todos os médi_cos elitistas, não é? Indo no máximo até o Flamengo, do Flamengo dá um pulo direto até a Tijuca, não deve sair muito dali não (...) Tem to_do um lado assim, quem é médico homeopata unicista? É um médico de ori_gem no mínimo burguesa, no mínimo (...) já mora na Zona Sul, até mesmo sob o aspecto de ter consultório, de ter clientela ... "

É nesse sentido que a organização formal das farmácias ou, mais precisamente, os valores que expressa, poderia ser vista como signo de distinção, no sentido sugerido por Bourdieu¹⁰. Ao contrário das farmácias alopáticas, cuja clientela é indiferenciada, a homeopatia, apesar de seus preços - reais ou supostamente mais baratos, atende em sua grande maioria às camadas médias e superiores da população,¹¹ ou seja, atende a certos círculos pertencentes a essas camadas, os quais percebem como fonte de prestígio - porque identificadora de um universo particular - os valores veiculados.

"...as pessoas daqui são classe média, poder aquisitivo assim, bem ... que pode pagar, porque a homeopatia tá ficando bem seletiva. Os médicos, os remédios... acho que tudo aqui nesse país, quem tem dinheiro é que pode comprar."(farmácia "moderna", Zona Sul)

"...a homeopatia é procurada pelas classes mais altas, as pessoas mais pobres, procuram menos. Elas procuram assim quando acreditam muito no remédio, mas são poucas. A maioria é pessoal daqui mesmo de Copacabana." (farmácia "moderna", pluralista, Zona Sul)

Porém, em termos de extração social, essa homogeneidade a apresentada pela clientela da homeopatia, é relativizada frente à complexidade para a qual apontam os casos concretos. Uma das farmácias que se enquadra nos moldes "tradicionais", ou seja, é pluralista, serve à clientela tradicional da homeopatia, porque associada a um grupo de médicos espíritas que oferecem atendimento a preços populares (mesmo que na Zona Sul), revela uma outra realidade. Existe, segundo a entrevistada, entre os frequentadores da farmácia...

"...uma variedade muito grande. Classes as mais diferentes possíveis. Classe A, como se distingue por aí...Classe A, eu acho isso muito idióta, mas classe A, classe B, da média, do trabalhador. Há uma mistura muito grande(...) desde os mais humildes até os postos altíssimos, eles

frequentam aqui, é uma mistura muito grande, ouviu ?"(farmácia "tradicional pluralista, Zona Sul)

Não parece ser por acaso que essa farmácia, "pouco seletiva" no que diz respeito à sua clientela, reproduza o modelo "aberto" das farmácias alopáticas o que apenas em parte, pode ser explicado pela carência de recursos de que dispõe.

O depoimento colhido em uma outra farmácia cujas características se aproximam um pouco desta última, embora seja "moderna" (é pluralista, aberta diretamente para a rua, localizada num ponto pouco nobre de Copacabana e associada, pela contiguidade e pela ausência de sinais distintivos, a um tipo de comércio nada sofisticado - relojoaria, floricultura, minimercado, papelaria, cerâmica...) apresenta ainda uma certa variação quando comparado às afirmativas dos farmacêuticos "modernos" supracitados:

"tem(...) muito mais pessoas assim de baixa renda, não é ? Procuram muito as tinturas, né ? Acho que é de uso muito popular aqui no Brasil, né ? O uso de ervas e tintura...Então eles vêm procurar muito plantas, você vê que tem aqui chás, chá de erva-doce, tem muita saída. Mas tem aquelas pessoas que a gente sabe, batendo papo, que usam a homeopatia, e aí cai naquele grupo que já usava, né ? 'minha mãe sempre me tratou com homeopatia' e tal, apesar de que eles usam a alopatia e a homeopatia junto, né ? Tem pessoas que são mais radicais, só usam a homeopatia e é uma classe, em geral mais classe média, aqui pelo menos na farmácia, que não tem frequência de uma classe mais alta, né ? Até tem, mas é mais difícil, eu diria que é minoria, em termos de classe social."
(farmácia "moderna" pluralista, Zona Sul)

Note-se que a clientela típica da homeopatia, identificada aqui, principalmente às camadas médias e superiores da população, também se distingue, na visão dessa informante, daqueles que consomem preferencialmente as tinturas e os chás ("pessoas de baixa renda"), o que nos leva a crer que pelas suas características, a loja se mostra receptiva a esse tipo de clientela.

Não podemos deixar de considerar o fato de que as avaliações dos farmacêuticos quanto ao número e tipo de clientes não obedecem, evidentemente, aos critérios tradicionais da observação sociológica. Não podem, por isso, ser tomadas como dados absolutos. Ainda assim, parecem funcionar como indicadores de determinadas tendências que se configuram no interior da homeopatia. Parece haver, por exemplo, uma maior preocupação (consciente ou não) entre os unicistas do que entre os pluralistas em estruturar o espaço da farmácia nos moldes fechados a que nos referimos acima. O resultado é, como vimos, a existência de um cenário que abriga, no caso das farmácias unicistas uma clientela mais elitizada, como sugeriram os próprios entrevistados, o que se explica, em parte, pelo fato de que as consultas dos médicos unicistas são, em geral, as mais caras, se comparadas às dos outros médicos homeopatas.

Além disso, as farmácias homeopáticas "tradicionais" são, em geral, abertas como as alopáticas, e a maioria delas se localiza no Centro ou na Zona Norte da cidade.

Embora a história da implantação da homeopatia no Brasil no século XIX nos mostre que essa terapia revelava, na sua origem, uma preocupação com as camadas mais pobres da população,¹² não se pode afirmar que a homeopatia praticada no início do século XX - período em que muitas das farmácias "tradicionais" foram inauguradas - fosse voltada exclusiva ou preferencialmente para esses segmentos. Mesmo que o fosse, não se deve deduzir de tal fato que as farmácias "tradicionais" fundadas mais de um século após a implantação, sejam, necessariamente, portadoras de um tipo de concepção ou de prática popularizante, que teria caracterizado essa medicina inicialmente.

Mesmo que não possamos estabelecer uma relação mecânica entre a localização, a antiguidade das farmácias e o tipo de cliente que a elas acorrem, não é absurdo supor que as diferentes formas de organização espacial, que traduzem, em alguma medida, a relação "moderno/tradicional", sejam reveladoras, mesmo que em linhas gerais, das expectativas tanto dos farmacêuticos em relação à clientela, quanto desta, em relação ao atendimento das farmácias.

É precisamente nesse sentido que atribuímos à organização espacial - assim como a outros dados que serão analisados em seguida - o caráter de signos distintivos, pois a medida que nos aproximamos das farmácias mais antigas e vinculadas à linha pluralista, os sinais diferenciadores se tornam menos nítidos. Ao invés, se caminhamos na direção oposta, nesse continuum, cujo polo extremo são as farmácias "modernas" manifestamente identificadas ao unicismo, encontramos uma profusão de sinais que indicam tratar-se de um espaço (real e simbólico) no qual opera um código diferenciador, de tendência elitizante.

O que parece estar na base da construção desse espaço, ou seja, o significado do qual ele não é senão o veículo, é o mesmo tema que preside a prática médica homeopática contemporaneamente: a questão da individualização. Essa noção constitutiva do saber dos homeopatas funciona como um divisor de águas entre a alopatia e a homeopatia, na medida em que os médicos e farmacêuticos ligados a esta última se autodefinem em oposição aos alopatas, a partir da atenção que dedicam à totalidade individual.

À visão fragmentadora da alopatia os homeopatas opõem uma concepção global do indivíduo, que se traduz na observação do conjunto de sintomas - físicos e mentais - apresentados

tados pelo paciente.¹³ Contrapondo-se ao procedimento alopático, cuja visão tópica desconsidera o organismo em seu conjunto, os homeopatas procuram, então, individualizar o paciente (e este é justamente o termo empregado por eles) levando em conta a totalidade (sintomatológica) que o constitui, ou seja, as suas características idiossincrásicas. Não cabe discutir aqui, os fundamentos sobre os quais se estrutura a noção de individualidade para os homeopatas,¹⁴ mas considerar que, independentemente das formas que ela assume, ou do sentido mais ou menos vago de que se investe, é a partir dessa referência que se organiza, em grande medida, o universo conceitual da homeopatia.¹⁵

Veremos que, embora os farmacêuticos não se identifiquem com a função de terapeutas, mas, ao contrário, procurem afirmar sua seriedade e competência em função do respeito às diferenças que os separam dos médicos (e isso é tanto mais verdadeiro quando se trata de farmacêuticos que se professam unicistas), pode-se perceber uma continuidade entre a prática de uns e de outros no que se refere à questão da individualidade. A idéia de um tratamento individualizante que o médico procura fornecer ao seu paciente aparece nos discursos dos farmacêuticos como um ideal a ser seguido na relação com a clientela, e essa individualização se traduz, de certa forma, na quebra ou na superação do anonimato e no estabelecimento de laços interpessoais, mesmo que momentaneamente.

"...uma das coisas aqui na farmácia que eu acho muito importante, muito interessante, é o atendimento. Várias pessoas já falaram com a gente que, sabe, o atendimento é de primeira. Você pode chegar aqui, eu posso ter brigado com o meu sócio, você nunca vai saber. Porque eu não sei, é um negócio nosso, mesmo. É que nem um artista, que entra e acabou, fica lá dentro, nunca um cliente foi tratado mal, do mais enjoado, que

tem muita gente, muita mulher que vem aqui, sabe, para reclamar da vida e conta aquela história toda, e conta não sei o que, eu acho que isso é uma parte da homeopatia, a gente escutar as pessoas, né? (...) aqui em Ipanema eu sinto isso, as pessoas precisam demais de atenção!" (farmácia pluralista, "moderna", Zona Sul)

Por sua vez, esse tipo de disponibilidade gera, por parte do paciente, a atitude correspondente de solicitação:

"A maior parte das pessoas gosta de conversar, são bem carentes, né? Inclusive tem pessoas que vêm e se a gente der muita atenção a gente fica ali; o dia inteiro..." (farmácia "moderna", pluralista, Zona Sul)

"As pessoas vão lá e conversam, tem as pessoas que ficam falando duas horas, do marido, da filha, da vida, (...) é uma coisa assim afetiva, afetiva e que eu acho muito legal. Médico e paciente na homeopatia são uma coisa de muita proximidade, não é uma coisa do médico chegar e prescrever..." (farmácia "moderna", unicista, Zona Norte)

A atenção personificada constitui, portanto, um dos vértices fundamentais sobre o qual se estrutura o triângulo de que nos fala a seguir uma informante:

"...já aconteceram alguns casos da pessoa chegar assim, na farmácia, né? Querendo quebrar tudo e chamando o farmacêutico porque entendeu o remédio errado, porque depois que ela começou a tomar o remédio começou a fazer uma febre a suar frio, não sei que, não sei que lá, e aí lá vou eu explicar pra pessoa como é o tratamento homeopático, que ainda bem que ele está passando por isso, pior seria se tivesse tomado o remédio e não tivesse acontecido nada, aí sim que ela devia vir na farmácia quebrar tudo, porque o remédio não foi bem feito. Então existe esse lado. É onde se completa o triângulo, né? Médico/paciente/farmacêutico. É onde você entra pra dar cobertura pro tratamento médico, quer dizer, é importante pro paciente que ele não abra mão daquilo ali, não vá correndo tomar uma aspirina..." (farmácia "moderna", unicista, Zona Sul)

Nesse caso, a personalização do contato parece se mostrar, também, como um recurso de conquista e manutenção da clientela, frente à concorrência que se trava entre homeopatia e alopatia, no mercado farmacêutico. Não só o farmacêutico mas também os balconistas são treinados, em al

gumas farmácias, para oferecer esse tipo de atendimento no qual a atenção e mesmo o "amor" passam a ser componentes fundamentais:

"...é uma farmácia pequena, com uma clientela pequena também, para nós podermos dar mais atenção, por isso que nós podemos dar aquele carinho (...) aquele atendimento de socorro. Toda pessoa que chega aqui é uma pessoa doente que precisa mais de palavra mesmo do que remédio, sabe? Ele já vem de lá [do médico] com a força do Dr. B. e quando ele chega aqui, a gente fortifica mais um pouquinho. E eles saem já se sentindo quase que curados. Depois o medicamento faz o resto (...) por isso, eu gosto de me comunicar com o cliente, gosto de dar aquela palavrinha de amor, gosto daquela bênção, sabe?" (farmácia "pluralista/complexista", ligada a médicos espíritas, Zona Sul)

"... para as pessoas doentes isso é uma loucura. Eles [os balconistas] têm uma dose de amor, lidar com elas [as pessoas doentes] tem que ter essa dose de amor muito grande. Porque essa pessoa foi ao médico, está comprando o remédio ou pra ela, ou para o marido, ou pra alguém, mas geralmente ela está mal, emocionalmente mal, então a possibilidade de ela te dar um fora sem querer, no balcão é simples, tem que ter uma pessoa com calma e determinação nesse campo." (farmácia "moderna", unicista, Zona Sul)

Em contraposição às farmácias alopáticas, que se definem exclusivamente por seu caráter empresarial, que tem como consequência um atendimento impessoal, voltado para o lucro, a farmácia homeopática procura então traduzir para a relação com a clientela o princípio da individualização singularizante e totalizadora que se inicia, ainda que em outras esferas, na relação com o próprio médico.

Como sabemos, os remédios prescritos pelo médico não atuam, segundo a visão homeopática, sobre as doenças, mas agem, ao contrário, sobre o doente como um todo, ou seja, o próprio medicamento já traz as marcas do caráter individualizante do tratamento.¹⁶ Evidentemente, o grau em que se dá esse processo (maior ou menor atenção à individualidade) varia em função das diversas tendências no interior da homeopati

a, acentuando-se ou radicalizando-se quando se trata de médicos unicistas e diluindo-se até se confundir com a visão alopática que postula um remédio para cada sintoma quando focalizamos alguns médicos da tendência organicista (ou pluralista), ou algumas subtendências desta linha. De qualquer forma, o discurso homeopático revela, ainda que em alguns casos só no nível teórico ou filosófico, uma preocupação centrada na questão da individualidade. E esse discurso também se reproduz, mesmo que sujeito a impasses e contradições - como veremos - no processo de trabalho dos farmacêuticos.¹⁷ Agora não mais na relação da farmácia com sua clientela, mas no que diz respeito à posição do farmacêutico frente ao seu trabalho.

O remédio produzido para indivíduos determinados, sofre um processo de elaboração artesanal, do qual se procura expurgar também a fragmentação imposta pela industrialização. Contra todas as expectativas do processo de produção que caracterizou o desenvolvimento do capitalismo, o fabrico do medicamento é realizado manualmente por uns poucos indivíduos que controlam todas as fases de elaboração do produto. A divisão do trabalho é rudimentar e se limita à separação entre manipulação¹⁸ do medicamento - realizada apenas pelo técnico ou pelo farmacêutico - e a limpeza de recipientes, empacotamento e venda. O próprio farmacêutico, em casos excepcionais, pode cumprir todas as etapas do processo, sendo muito frequente a sua participação no momento da venda, no qual se dá o contato com a clientela.

Embora as farmácias se utilizem de alguns instrumentos mecânicos como destiladores, chapas elétricas e dinamizadores (estes últimos vistos com alguma reserva, embora muitas vezes também desejados), a base da produção é manual e a máquina só substitui as técnicas tradicionais quando

se trata de aliviar o esforço humano. Não se verifica, portanto, o desejo de mecanizar o processo como um todo com vistas ao aumento indiscriminado da produção e, por conseguinte, do lucro. O uso do graal e do pilão de porcelana para a trituração manual das substâncias constitui, por exemplo, uma norma formulada por Hahnemann (o fundador da homeopatia)

substituir por outra mais dinâmica. Ao contrário, a máquina pode trazer alterações pouco compensadoras, como nos aponta a seguir um informante:

"...a gente usa umas plaquinhas de vidro pra secar medicamentos, a gente usa só uma praquele medicamento e esteriliza sempre. É lavada com água destilada e esterilizada. As pipetas também são esterilizadas. Os vidros que a gente vai usar a gente lava e esteriliza também e, afóra isso, duas balanças e um pilão. É um pilão menor, aí a gente chama de GRAAL, que é de porcelana, é pequenininho, em geral faz cem gramas. Existem trituradores, que já na indústria farmacêutica alopática eles não usam mais, porque eles usam processo de pulverização, já com máquinas industriais, equipamentos sofisticados, né? E a homeopatia não usa, ela usa processo mecânico - para ela é importante o processo mecânico -, que aconselha, né? nas farmacopéias que seja usado o mínimo possível de máquinas, quer dizer, você podendo evitar, melhor. Por exemplo, um contador de comprimidos. É uma máquina que estão introduzindo, que não tem tanta necessidade, você pode encher um vidro. É claro que você não vai ter um determinado número de glóbulos e tabletes naquele vidro, mas por outro lado você elimina uma máquina, né? Um contato do medicamento com outra máquina, um outro meio, uma máquina que, de preferência, teria de ser lavada, esterilizada, qualquer coisa assim, a cada medicamento que ela fosse contar, né? Para não haver contato de um medicamento com outro. Então, tudo isso traria mais problemas e coisas que não seriam também desejáveis. Quanto menos máquina entrar na história, melhor, né?..."

Esse longo trecho foi transcrito com o sentido de mostrar, de um lado, uma recusa quase moral - que transparece em alguns fragmentos do discurso - à possibilidade (mencionada apenas como negatividade implícita) de industrialização da farmácia homeopática. Ressalta, de outro lado, um problema funcional, interno do próprio sistema produtivo

em questão: a introdução de alguns avanços tecnológicos, embora desejáveis em certas circunstâncias, pode implicar um acréscimo de trabalho, na medida em que o sistema como um todo não se reproduz mecanicamente. Além disso, resalta-se o perigo da imprecisão resultante da troca do trabalho manual pelo da máquina:

"Pelo método mecânico, no fluxo contínuo você perde muito da rigidez na diluição, você...está entrando água, está saindo, não é aquela coisa rígida de 9,9 mililitros mais 0l., então você perde muito da precisão na diluição e também na agitação. (farmácia "moderna", unificista, Zona Sul)

Retomando a questão da individualidade, referida agora ao trabalho do farmacêutico verificamos, com esses poucos exemplos, a importância fundamental que representa o controle pessoal sobre o processo produtivo, em oposição à fragmentação "alienante" que a industrialização impõe.

A noção de individualidade que o processo artesanal supõe não corresponde plenamente, sabemos, ao conceito homeopático de indivíduo (tal como formulado explicitamente), mas se pode supor que constitui uma dimensão do mesmo. Lembremo-nos, mais uma vez, que a categoria individualidade abrange uma série de significados, entre os quais figura a noção de totalidade, que se opõe à fragmentação expressa pela visão alopática, excessivamente especializada, segundo os homeopatas.

Vale notar, ainda, que o tempo é também aqui regulado segundo uma lógica própria da homeopatia, ou seja, em função das condições e das técnicas de produção. O esquema de atendimento resultante não deve estar, dizem-nos os homeopatas, submetido ao ritmo frenético da vida moderna. (Não por acaso, em uma das farmácias encontramos, simetricamente dispostas nas prateleiras, várias ampulhetas em

meio aos remédios e a outros produtos expostos para venda. Não obstante, há, muitas vezes, um descompasso entre o "tempo homeopático" e a demanda dos pacientes que acorrem às farmácias, como sugere o depoimento que se segue:

"Velhos são aqueles que tão oito e meia na porta da farmácia esperando a brir. Chega, toma a maior bronca 'pô, não abre oito e meia?' não sei o quê; Eles têm uma aflição de querer logo o remédio, que já é uma coisa diferente das pessoas mais jovens que esperam, vão dar uma volta. Os mais idosos não, eles ficam aflitos ... (farmácia "moderna", unicista, Zona Norte)

Referindo-se às diferenças entre a clientela que frequenta as filiais da Zona Norte e da Zona Sul, da farmácia na qual trabalha, revela uma outra farmacêutica:

"[Na Tijuca] ..é pequena burguesia mesmo, pequena burguesia suburbana, com tipo de problema, são amigos, dão presentes para o balconista, é uma relação mais afetiva, mais próxima. Aqui (no Leblon) é assim: 'meu remédio está pronto?' bem grosso. Uma arrogância, é sim. Tem um lado que são as pessoas que você atende, foi aquilo que eu te falei, as pessoas estão com isso e aquilo, estão doentes, então elas botam tudo aqui: 'vim ao mundo para ser servido', não é? As pessoas lá [na Tijuca] são bem mais afetivas, tranquilas. Aceitam com a maior naturalidade que o remédio tem que levar vinte minutos para ficar pronto e aqui: 'como é que eu vou levar meu filho na escola e vou ter que esperar?'" (farmácia "moderna", unicista, Zona Sul)

Não analisaremos, aqui, as relações entre bairros, classes sociais e comportamentos correspondentes, pois procuramos enfocar, no momento, menos a consistência sociológica dessas conexões do que as expectativas a partir das quais elas são formuladas. Se uma suposta (ou real) afetividade dos habitantes da Zona Norte se opõe ao comportamento frio e exigente dos que residem na Zona Sul, o fato nos interessa - já que estamos lidando com as concepções dos farmacêuticos - porque indica um modelo desejado, do qual a calma, o afeto e uma certa noção de temporalidade são partes constitutivas.

É importante indicar finalmente, alguns dados que conferem o caráter pouco empresarial de que se revestem as farmácias "modernas", em contraste, ou melhor, em oposição às farmácias alopáticas e, algumas vezes, às próprias farmácias homeopáticas "tradicionais": com exceção de uma delas, nenhuma das outras possui filiais ou inclui entre seus objetivos imediatos planos de expansão. Ao contrário, o crescimento e a ampliação podem ser vistos como uma ameaça à qualidade do trabalho, alicerçada no controle pessoal e individualizado das tarefas e do material.

"...nós temos tido convite de muitas pessoas que estão querendo que a gente separe, que a gente faça uma filial, e o nosso interesse não é esse(...) o nosso interesse é ficar aqui, fazer o remedinho, entendeu? Não estamos interessados, eu não tenho interesse em ficar milionária, tenho interesse em fazer o meu trabalho direito, certo, e viver bem, sabe? (...) mas quando a coisa fica muito grande, muito maior, aí não dá pra você controlar, aí você já perdeu o controle... (farmácia "moderna", unicista, Zona Sul)

Além disso, as novas farmácias recusam um tipo de composição que caracteriza a prática de muitas das farmácias tradicionais, qual seja a anexação de consultórios médicos ao estabelecimento farmacêutico. Estas farmácias antigas, por disporem de mais espaço e, algumas vezes, de salas no próprio prédio da loja, alugam-nas ou cedem-nas a alguns médicos com os quais podem fazer acordos de mútua indicação.

Os farmacêuticos unicistas são os mais críticos desse tipo de relação que, segundo eles, coloca muitas vezes a qualidade em segundo plano em nome de interesses comerciais.

"...em geral é o seguinte, o médico não paga nada para ter consultório e, obrigatoriamente ele indica aquela farmácia. Isso é feito controle, a té cobrado dos médicos: 'tá mandando pouco paciente', entendeu? Isso a gente nunca pensou em ter, mas isso eu acho que não é assim, que a gen

te tem o direito de escolher, e escolher um trabalho decente, não por u ma pressão, porque é evidente que as pessoas vão se o médico fala: ' com pra nessa farmácia', sabe? (...) então a gente nunca pensou em ter, a gente indica porque confia e espera ser indicada porque as pessoas confi am também"(farmácia "moderna", unicista, Zona Norte)

A prática adotada por eles é a sugestão de nomes de médi cos, afixados muitas vezes em painéis, destinados a esse fim. Em geral constam, entre os indicados, independente mente da tendência com a qual a farmácia se identifica, no mes de médicos unicistas e pluralistas. A idéia, segundo os farmacêuticos, é justamente colocar à disposição do cli ente, um leque de possibilidades variadas para que a esco lha do médico atenda às suas necessidades e não as da far mácia.

Como se vê - e um informante nos confirma a seguir - a prá tica do farmacêutico deve ser pautada em determinados prin cípios filosóficos e éticos e não se basear, simplesmente, no aspecto técnico e comercial que caracteriza o trabalho das farmácias alopáticas ou mesmo das homeopáticas " tradi cionais ".

"...eu falo com eles (os alunos) muito isso: ' não vai fazer homeopatia só porque o mercado de trabalho está ruim. Esta não deve ser a sua op ção. Primeiro, porque farmácia não é só fazer remédio. É técnica, fun damentalmente técnica, mas é conduta ética também. Se você abre uma far mácia, e aí (...) empurra complexo, empurra remédio ..." (farmácia "moder na", unicista, Zona Sul)

O problema da automedicação é revelador, nesse aspecto: se distinguirmos as farmácias entre as que são dirigidas por unicistas e aquelas gerenciadas por pluralistas, cons tataremos uma diferença de postura frente à questão. Os primeiros condenam rigorosamente a chamada consulta de bal cão e se recusam a fornecer ao cliente o medicamento soli citado. Quando o farmacêutico é procurado com esse fim, sua resposta é a indicação de um ou vários médicos, além

da explicação, ao paciente, das razões pelas quais a homeopatia não pode ser prescrita em nome de sintomas específicos.

"...a gente sempre fala isso pras pessoas, que a gente não pode receitar, que o médico é que tem que ver, as pessoas pedem muito pra bronquite: 'eu estou com uma bronquite', 'meu filho está com bronquite', a gente fala: 'vai ao médico', etc. Porque eu posso estar ganhando dinheiro fácil, mas eu vou estar destruindo um trabalho, porque a minha função não é de fato ficar receitando pras pessoas, porque se nem eu faço isso, acho que não tem nada a ver ficar falando pras pessoas: 'ah, toma isso, toma aquilo', porque pode até resolver momentaneamente, isso é uma coisa que eu penso assim, eu tenho uma visão unicista da homeopatia, eu acho que o unicismo é a homeopatia, o resto não é homeopatia, mas eu acho que o farmacêutico não pode apresentar esse tipo de postura." (farmácia "moderna", unicista, Zona Norte)

Nesse caso, muito frequente nas farmácias entrevistadas, os princípios filosóficos parecem se superar aos interesses econômicos.

Quando se trata de farmácia pluralista não se verifica, no entanto, um procedimento tão rigoroso, pois em casos "leves" (gripes, tosses, dores superficiais etc.) o paciente é atendido pelo farmacêutico, que pode lhe oferecer medicamentos manipulados na própria farmácia ou alguns complexos específicos produzidos por grandes laboratórios homeopáticos.

"...em alguns casos, casos mais simples, nós indicamos alguma coisa, mas aí nós pedimos à pessoa que procure o médico, por exemplo, como é no caso de pessoa mais simples, que é difícil a pessoa até ir ao médico, agora, caso sério, quando a gente vê que não tem...aí nós não indicamos de jeito nenhum..." (farmácia "moderna", pluralista, Zona Sul)

"...eu acho que depois do médico o farmacêutico é a pessoa indicada para aliviar sintomas, o sofrimento de uma pessoa que tá te procurando e não tem condição de procurar um médico (...) isso é, não tem condições econômicas, não tem tempo e é uma coisa tão simples, o que a gente chama assim feijão com arroz, que você tem condição de ver determinadas doen

ças, já vem assim na tua cabeça, nos teus olhos, sabe? Pegar aquele medicamento iria, pelo menos, aliviar aquela sintomatologia apresentada, então, por que não indicar? (...) Eu acho que a gente tem uma formação muito parecida com a do médico e eu acho que nós temos condição, perfeitamente, num momento desses de atender." (farmácia "moderna", pluralista, Zona Sul)

Essa diferença de postura entre unicistas e pluralistas é, no entanto, relativizada na prática, em função das exigências de uma lógica econômica que, embora negada, ao nível do discurso, acaba se insinuando de maneira sub-reptícia. Algumas farmácias mesmo "unicistas" se vêem obrigadas a vender os "específicos" - tão criticados por sua atuação tópicamente e exclusivamente orgânica, assim como pelas condições duvidosas em que são produzidos - em função da clientela.

"...nós sempre pedimos a receita, só vendemos o remédio diante da apresentação da receita, mas tem remédios de baixa dinamização que não tem problema a gente vender, mas as pessoas vêm e pedem: 'eu queria um remédio pra...' qualquer tipo de coisa, e às vezes elas ficam chateadas, porque a gente indica 'é melhor a senhora ir ao médico, vai ser bem melhor, vai tomar um remédio mais bem indicado', porque ela vai gastar e não vai surtir efeito, porque a homeopatia é um tratamento muito individual, a homeopatia não trata a doença, ela trata o indivíduo. A pessoa vem, 'ah, é pra criança...' não tem nada a ver se é pra criança ou adulto. O que vale é o sintoma, o que a pessoa está sentindo, como a pessoa é. Então as pessoas não entendem e ficam chateadas. Aí nós temos esses vidrinhos, e nós vendemos..." (farmácia "moderna", unicista, Zona Sul)

Apesar das diferenças de postura ou mesmo das alterações que a prática impõe ao discurso, não deixa de ser relevante o fato de que em circunstâncias determinadas, um estabelecimento, cuja finalidade é vender, recusa o cumprimento deste objetivo em nome de princípios filosóficos e éticos particulares.

Parece, portanto, que o lado empresarial, embora existente,

deve se submeter (em condições ideais) aos princípios éticos que fazem da homeopatia menos uma simples técnica terapêutica do que um universo moralmente concebido. Poderíamos supor, por outro lado, - o que não contradiz, mas, ao contrário, complexifica o quadro que procuramos desenhar - que os métodos visivelmente anti-comerciais mencionados anteriormente, acabam resultando, estrategicamente, na conquista e manutenção de uma fatia do mercado que se identifica (em nome de princípios homeopáticos e/ou associados a outros sinais distintivos) com a imagem pouco empresarial veiculada pela farmácia.

Quando se trata da qualificação dos funcionários das farmácias, nota-se, em contrapartida, uma valorização maior de sentimentos e disposições adequadas às concepções homeopáticas do que propriamente uma preocupação com a competência técnica. Ao contrário, o excesso de conhecimento pode se interpor à formação e ao aprendizado específico da farmácia homeopática. Pesam também aqui a dedicação, o cuidado, a atenção, o "amor" na preparação dos medicamentos.

"...até nesse momento eu só era cliente, aí foi quando eu vim aqui, orientada por ele [o médico], fui formada, quer dizer, fui ensinada para poder fazer... e não é nenhum bicho-de-sete-cabeças a homeopatia, não é, qualquer pessoa com poucos instantes pode dinamizar um remédio. Mas ele acha muito importante um amor muito grande no que se faz e eu faço com amor. Eu sou incapaz de chegar e...antes do início de um remédio eu faço, antes, uma concentração, me desprendo um pouco da terra e eu acho que...eu peço ajuda lá dos mentores, médicos e farmacêuticos do Alto, que me ajudem pra que os remédios possam curar a quantidade maior, o máximo possível dos clientes necessitados. Isso eu faço sempre, não faço o medicamento assim, automaticamente, não, quando eu faço eu entro com a minha parte (...) minha parte psíquica na fabricação daquele remédio..." (farmácia "moderna", pluralista, Zona Norte)

"...esse rapaz (...) veio sem conhecimento nenhum de homeopatia né, em geral, é até bom que um técnico, um auxiliar de laboratório, venha sem conhecimento, que como há grande diferença entre as farmácias, se ele

vem com algum conhecimento ele vai querer fazer como estava acostumado a fazer e aí vai ficar duas linhas dentro da mesma farmácia e aí não dá. Então é bom que ele venha sem conhecimento e que seja preparado pelo farmacêutico, né? Como auxiliar, realmente ele vai aprendendo aquilo com o farmacêutico e passa a manipular e fazer as coisas..." (farmácia "moderna", pluralista, Zona Sul)

"...acontece que nesse tipo de trabalho você tem que ter pessoas que sejam responsáveis, que façam com carinho, que gostem do que fazem, não é? (...) então a gente tem que treinar, tem que doutrinar, a homeopatia é uma coisa que a gente tem que gostar mesmo, senão...e eu realmente tenho muita sorte, as meninas são muito boas, são muito dedicadas, elas gostam muito de trabalhar, preferem vir do que faltar, por exemplo." (farmácia "moderna", unicista, Zona Sul)

Esses exemplos nos permitem observar dois aspectos de um mesmo processo. No primeiro caso, a individualização do farmacêutico funciona como um "veículo" de fluxos espirituais. A qualidade do remédio, i.e., o seu maior poder de cura está sujeito também à emanção de energias, cujo alvo catalisador e distribuidor é aquele - técnico ou farmacêutico - que manipula o remédio. Trata-se, como se pode facilmente notar, de um depoimento emitido por uma pessoa assim como o médico ao qual a farmácia serve, claramente ligada ao espiritismo.¹⁹ Em função disso e da tendência à qual a farmácia se vincula - o complexismo²⁰ -, o depoimento revela uma particularidade que contradiz o sentido geral das outras entrevistas: refiro-me particularmente ao estatuto conferido ao farmacêutico.

Se nesse caso se afirma a simplicidade e a facilidade do trabalho de manipulação ("qualquer pessoa em poucos instantes pode dinamizar um remédio"), observamos, nos outros testemunhos - e esse é o outro lado do processo referido - uma nítida hierarquização das funções. Esta hierarquização corresponde, em parte, ao esforço de revalorização do papel do farmacêutico, ou seja, não só se deve "doutrinar"

os técnicos e auxiliares em direção aos cânones homeopáticos, como essa tarefa está a cargo do farmacêutico que, estando também presente na farmácia, precisa reafirmar seu lugar, diferenciando-o, de um lado, daquele puramente mecânico do farmacêutico alopata²¹ e, de outro lado, dos próprios funcionários da farmácia.

É preciso lembrar, ainda, que o discurso dos entrevistados não se traduz de maneira automática em uma prática correspondente. Estamos, evidentemente, lidando com palavras emitidas em circunstâncias muito específicas. Nada impede, pois, que o paciente receba um tratamento frio e apressado por parte do balconista ou do farmacêutico homeopata. Importa, no entanto, ressaltar que apesar dos "desvios" impostos pela prática, o discurso revela uma dimensão importante através da qual essa prática é pensada por aqueles que a executam, e não, simplesmente, um aspecto idealizado e pouco verdadeiro da mesma.

Levando em conta todos estes aspectos, pode-se dizer que as farmácias homeopáticas (e as farmácias "modernas" procuram reafirmar este ponto de vista em sua prática e em seu discurso), mais do que um estabelecimento comercial, produzem um ambiente específico, particular, que propõe, ou ao menos reitera, uma certa "leitura" sobre a saúde e a doença e, no limite, sobre o próprio indivíduo.

Como uma ilha pré-capitalista nos "tempos modernos", os farmacêuticos homeopatas seguem pacientemente sua tradição secular, tanto no que se refere às técnicas de produção quanto na relação que estabelecem com sua clientela.



Ana Regina Nogueira

Farmácia "tradicional", pluralista, Zona Norte do Rio de Janeiro



Ana Regina Nogueira

Farmácia "moderna", unicista, Zona Sul do Rio de Janeiro

Os marcos espaciais e temporais contribuem para a construção de um universo singular que incorpora, ou melhor, circunscribe o tratamento conferindo-lhe significados determinados.

Em outras palavras, pretendo sugerir que, ao contrário do que ocorre na alopatia, o tratamento homeopático impõe, de certa forma, ao paciente um investimento em um universo à parte, que poderíamos traduzir, como fizemos, por "alternativo". O tratamento se efetuará não somente pela ação imediata dos remédios sobre os sintomas, mas transcenderia esse processo, a partir da formação de um campo através do qual se estabelece uma "leitura" particular dos elementos que conformam a experiência dos agentes em questão.²³

A farmácia homeopática se institui, então, como uma dimensão fundamental desse campo, isto é, como um lugar de expressão e reprodução dos princípios homeopáticos, em relação aos quais noções como **individualidade** e **naturalidade** se conectam de modo significativo. Mais do que isso, poder-se-ia dizer que as farmácias homeopáticas "modernas" traduzem para o plano sociológico concreto o princípio da **individualização** que fundamenta a prática médica. De um lado pela relação personalizada que os farmacêuticos e balconistas procuram estabelecer com a clientela e com seu próprio trabalho, de outro, pela construção de um micro-universo de valores e concepções "alternativas" ou "naturais" do qual o paciente/comprador passa a ser parte constitutiva.

A venda de produtos "naturais"²² a existência de painéis com nomes de médicos, anúncios de congressos, cursos e conferências sobre saberes e técnicas ditas "alternativas"

e a preocupação em organizar esteticamente o ambiente nos fazem lembrar, portanto, muito mais um "espaço cultural", por exemplo, do que uma firma comercial (é curioso constatar a presença, também, de alguns desses elementos nos restaurantes "naturais" ou naqueles que, ainda que tradicionais, reúnem uma clientela identificada a partir de referências comuns).

Do ponto de vista do paciente, por outro lado, entrar numa farmácia homeopática supõe ainda que em termos microscópicos, um conjunto de atitudes especiais, que podem revelar o maior ou menor conhecimento e controle da linguagem subjacente. A forma de apresentar a receita ou de pedir o remédio (mesmo que sem ela), as perguntas feitas ao farmacêutico, a forma de perguntá-las, a relação frente ao tempo de espera necessário para a obtenção do medicamento, entre outras, são atitudes que denotam a pertinência ou o desconhecimento do universo referido.

Os pacientes da homeopatia não são, necessariamente, adeptos de uma visão de mundo "alternativa" em sentido amplo (praticantes de terapias como do-in, acupuntura, alimentação natural ou ligados a crenças e filosofias orientais, por exemplo). Ao contrário, muitas dessas práticas se incorporaram e se diluíram no cotidiano das grandes cidades sem impor um grau de adesão, coerência e unilateralidade que seus princípios, aparentemente rígidos, fariam supor. Ainda assim, esses temas apresentam-se como pano de fundo de um tipo de articulação que as farmácias (sobretudo as "modernas") promovem, entre sentidos distintos da noção de individualidade.

Como se sabe, os estudos sobre essa noção, ou seja, sobre as formas de se perceber os agentes empíricos, suas impli

cações e a ênfase que lhe atribuem as diversas sociedades e subgrupos culturais, mereceram, por parte de antropólogos e sociólogos uma atenção especial. O trabalho de Louis Dumont ²⁴ - uma comparação entre o sistema altamente hierarquizado da sociedade de castas da Índia e o universo predominantemente "individualista" do mundo ocidental - nos revela duas formas diferentes de percepção da idéia de indivíduo. Esta função que, no primeiro caso estaria subordinada ao todo social, teria no ocidente um sentido inteiramente diverso. O indivíduo seria concebido aqui como uma totalidade única e singular, isto é, como uma unidade autocontida e auto-referenciada.

Não se pode, evidentemente, absolutizar estas afirmações - e é o próprio Dumont que aponta a saída individualizada que os renunciantes hindus apresentam. Por outro lado, mesmo nas sociedades individualistas, encontraríamos determinadas esferas totalizantes às quais os indivíduos poderiam aderir, em graus diversos (mesmo que, como já indica o termo aderir, essa solução represente, no limite, uma resposta individual).

A experiência fragmentadora a que está sujeito, por exemplo, o indivíduo moderno, habitante típico das grandes metrópoles, em função da diversidade de papéis e domínios experimentados, seria, por vezes, contrabalançada pela adesão ou pela referência a valores, crenças e/ou práticas determinadas, a partir das quais ele se definiria ou, ao menos, orientaria, em parte, suas ações.

As farmácias referidas, ao mesmo tempo em que reproduzem o discurso médico que tem como objetivo o indivíduo único, singularizado, referido apenas às suas próprias idiossincrasias, apontam para um outro lado desse mesmo discurso,

que procura pensar o paciente como parte de uma totalida
de que o engloba, representada pelo cosmos, cuja imagem
reduzida seria, em certa medida, a própria natureza.

NOTAS

- (1) Fato notável é a idade dos farmacêuticos que dirigem ou gerenciam as novas farmácias. Com exceção de uma delas, cuja dona (ou principal sócia) tinha 42 anos, nas outras farmácias em que foram feitas as entrevistas a idade dos farmacêuticos variava entre 26 e 35 anos.
- (2) Fundadas entre 1973 e 1984.
- (3) A homeopatia se divide internamente em dois blocos - unicismo e pluralismo (ou organicismo) - embora essa dicotomia esteja também sujeita à subdivisões ou possa sofrer reordenações em momentos determinados. A diferença básica que opõe as duas tendências diz respeito, em linhas gerais, à prescrição de um sô medicamento ou de vários deles, como consequência da avaliação da "totalidade individual", centrada, preferencialmente, nos "sintomas mentais", no primeiro caso ou, na enumeração de sintomas tópicos ("entidades clínicas") no segundo, mesmo que também aqui o indivíduo "totalizado" esteja presente como referência.
- (4) Veja-se a respeito da classificação da clientela o trabalho de Loyola, M.A., "Uma medicina de classe média: idéias preliminares sobre a clientela da homeopatia", in Cadernos do IMS, vol.1, nº 1, Rio de Janeiro: março/abril, 1987.

- (5) Chamaremos assim aqueles homeopatas mais antigos que exerciam a homeopatia independentemente do "surto alternativo" com o qual esta terapêutica se identificou.
- (6) Embora a homeopatia "tradicional" tenha sido marcada pelo pluralismo e, recentemente, o unicismo tenha se **destacado entre os homeopatas "modernos", isso não** significa que os dois eixos unicismo/pluralismo tradicional/moderno coincidam integralmente.
- (7) Não existem propriamente farmácias unicistas ou pluralistas, pois todas elas, dentro de determinados limites, são capazes de aviar medicamentos para mêdicos de todas as tendências. Ocorre que certas farmácias se identificam com esta ou aquela linha, e essa identificação acarreta algumas diferenças, embora elas não sejam absolutas.
- (8) Ver, sobre este tema, o estudo de Luz, M.T. "História político-institucional da homeopatia no Brasil: a implantação" - Textos para discussão do mestrado em Ciências Sociais. Rio de Janeiro, IFCS/UFRJ, 1986. É interessante notar que, mesmo no período de implantação, sobre o qual esta autora se voltou, os homeopatas procuravam legitimar sua disciplina aproximado-a das concepções newtonianas, criticada por alguns homeopatas de hoje (pelos unicistas, sobretudo) em função do mecanicismo que as sustenta.
- (9) A questão que remete às formas de organização espacial do comércio como um todo mereceria um estudo mais aprofundado. Veja-se, por exemplo, a estrutura das lojas de "produtos naturais", em muito semelhantes à

das farmácias homeopáticas "modernas" - fechadas como estas e reproduzindo o modelo "boutique" de que falávamos - embora apresentando especificidades igualmente significativas, como por exemplo o esquema self service, muito comum nesses casos.

- (10) Bourdieu, P.. *La Distinction*. Paris: Ed. de Minuit, 1979.
- (11) Essas categorias são, evidentemente, imprecisas e falam muito pouco da realidade sociológica. Utilizo-as, entretanto, sem qualquer pretensão de circunscrever precisamente estratos definidos da sociedade, mas com o propósito de indicar, no sentido mais amplio possível, algumas distinções que, tratadas em escala macro, acabam apresentando um certo grau de realidade.
- (12) Luz, M.T. op. cit.
- (13) É preciso notar que a noção de sintomas mentais, tal como postulada pela homeopatia, não se confunde plenamente com as categorias da psiquiatria e da psicanálise.
- (14) Esse tema merece, evidentemente, um investimento de maior fôlego, na medida em que constitui um princípio fundamental da homeopatia, tenho procurado desenvolvê-lo em minha tese de mestrado.
- (15) Vale notar, sobretudo no caso dos unicistas, que essa totalidade singularizada se subordina a um conjunto de princípios teleológicos, em função do qual o indivíduo é concebido como parte de um todo unitário - que engloba e que se oferece como referência para

interpretação de seus atos ou das situações que atra
ressa.

(16) Lembremo-nos de que a **individualização** homeopática corresponde à totalização dos sintomas de ordens di
versas.

(17) É importante lembrar, ainda, que o atendimento impes
soal das farmácias alopáticas é, em última instância, resultado da política de industrialização e distribu
ição dos medicamentos, embora essa razão prática não dê conta plenamente das várias dimensões que confor
mam a prática farmacêutica, alopática ou homeopática. Veja-se por exemplo a definição elaborada por Loyola em seu trabalho sobre práticas de saúde da popula
ção de Nova Iguaçu, entre "farmacêuticos praticantes" (ou "terapeutas") e "farmacêuticos comerciantes" (am
bos alopatas, evidentemente).

Segundo a autora, a relação personalizada dos primei
ros, marcada por uma certa identidade de posição na escala social, acaba resultando, muitas vezes, na complementação ou mesmo na substituição do tratamen
to médico. O capital de conhecimento prático de que dispõem esses "farmacêuticos praticantes" permitiria uma retradução do processo terapêutico, voltada para as necessidades e possibilidades do cliente, o que contrasta visivelmente com o procedimento dos "comer
ciantes", cuja relação impessoal mantida com a cli
entela se pauta exclusivamente pelo interesse econô
mico. - Loyola, M.A..**Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**: São Paulo, Difel, 1984.

(18) A manipulação homeopática significa o preparo do me
dicamento segundo o método de diluições sucessivas associadas à dinamização, que confere a **potência** do

remédio.

- (19) É curioso contrastar esse depoimento com o material estudado por Loyola sobre os "erveiros" (especialistas em ervas naturais) que atuam (vendendo e prescrevendo ervas) nas principais feiras de Nova Iguaçu. Segundo as informações colhidas pela autora, a eficácia dos produtos (preparados pelos próprios erveiros) depende, em parte, da intervenção de forças sobrenaturais das quais ele é também representante. Loyola, M.A., etc, op.cit.
- (20) Significa, na linguagem médica, a prescrição de várias substâncias concentradas em um só medicamento.
- (21) Substituído atualmente pelo balconista, uma vez que sua participação na farmácia é apenas nominal.
- (22) Esse termo abrange um espectro muito amplo de significados que se traduz numa variada gama de produtos alimentares e terapêuticos.
- (23) Não se pode deixar de mencionar, por outro lado, o fato de que na alopatia também se está tratando com concepções particulares sobre saúde, doença, indivíduo, por exemplo, ou seja, se de um lado a homeopatia constrói um universo particularizado - para o qual as farmácias contribuem - a partir do qual se articulam determinadas noções, a alopatia, por sua vez, também propõe suas mediações. A relação entre o médico e o paciente (assim como as concepções que a fundamentam) também pode ser pensada como a representação de um drama a partir do qual os atores em questão negociam uma certa leitura das suas posições respectivas e, sobretudo, do próprio tratamento.
- (24) Dumont, L. *Homo Hierarchicus*. Paris: Gallimard, 1970

5

POPULAÇÃO - ALVO E FREQUÊNCIA DA
DETECÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

EDUARDO FAERSTEIN

POPULAÇÃO-ALVO E FREQUÊNCIA DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO UTERINO

Eduardo Faerstein *

RESUMO

São discutidos neste artigo, alguns critérios epidemiológicos relacionados à definição de estratégias para a detecção precoce do câncer cérvico-uterino no Brasil. São identificadas insuficiências nas normas técnicas vigentes, quanto à população-alvo das ações de controle e à frequência do teste Papanicolaou. Examinam-se as implicações de diferentes alternativas a esse respeito, assim como pré-requisitos necessários ao aperfeiçoamento da atividade no país, sob o ponto de vista qualitativo.

1. INTRODUÇÃO

Os tumores de colo uterino, segundo dados disponíveis, apresentam a localização anatômica mais frequente na mortalidade e morbidade por câncer entre as mulheres brasileiras. Nas regiões menos desenvolvidas do país (Nordeste,

* Professor Assistente do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ.

Norte e Centro-Oeste), constituíram cerca da quinta parte dos óbitos por neoplasias ocorridos em 1980,¹ e em torno da metade dos diagnósticos histopatológicos de câncer realizados entre 1976 e 1980.² no sexo feminino.

Em vários países desenvolvidos vem sendo constatada tendência declinante de sua ocorrência, associada à expansão dos programas de detecção-através do teste de Papanicolaou³ - e tratamento precoces das lesões cervicais pré-invasivas (displasia e carcinoma in situ .^{4, 5})

Essas atividades ainda se encontram em níveis extremamente incipientes no Brasil. Em 1982, as ações desenvolvidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Fundação SESP, em conjunto, atingiram apenas 15% das mulheres adultas. A baixa cobertura populacional da detecção, principalmente, vem determinando sua precária efetividade, evidenciada pelo diagnóstico da maioria dos casos em estágio tardio.⁶ Acredita-se que ocorra, adicionalmente, um alto grau de evasão do segmento entre os casos detectados.⁷

Apesar da evidente relevância de medidas capazes de aumentar a oferta e a qualidade das ações de controle, convém ter claro que o êxito de uma proposta de screening⁸ em massa não depende exclusivamente dessas variáveis.

Na realidade, nada se passa exatamente da forma como che-

garam a supor educadores sanitários ou cancerologistas , como Coutinho,⁹ quando afirmava, nos anos 50, que "como a mulher é normalmente dócil e compreensiva não há em geral dificuldade em obter o seu compromisso no sentido de voltar à consulta quando determinarmos".

O grau de adesão da população-alvo aos programas, sabe-se, será também determinado pela interação de fatores sócio-culturais que influenciam a utilização de serviços de saúde. Essa interação torna-se ainda mais complexa na medida em que se trata de um apelo à realização de procedimento de caráter preventivo que, adicionalmente, interage com tabus femininos em relação ao próprio corpo.

Alguns obstáculos não são facilmente superáveis no âmbito dos serviços de saúde, como a posição subalterna que a prevenção ocupa na hierarquia de prioridades da maioria da população. Mas atividades educativas bem direcionadas podem dar conta, pelo menos, de desfazer algumas noções existentes, como as de que o exame "tira um pedaço", que submeter-se a ele provoca o câncer ou que, ao contrário, ele mesmo o evita, e até que um exame "positivo" é um fato positivo.

Do ponto de vista qualitativo, por outro lado, a reorientação das características da coleta de material na rede básica envolve duas definições operacionais, que têm dado margem a controvérsia: a população-alvo da atividade e a periodicidade dos exames de controle. Pretende-se, a seguir, desenvolver estes dois aspectos.

2. POPULAÇÃO-ALVO

A Organização Panamericana da Saúde propunha, em 1972 ¹⁰

"(...) concentrar-se a atenção nos grupos sócio-econômicos menos privilegiados, porque são os que estão expostos a um maior risco. As mulheres que frequentam os consultórios de planejamento familiar constituem uma fonte importante para exames. Não obstante, o objetivo final do programa será incluir todas as mulheres expostas(...)"

Em nova versão de seu Manual de Normas e Procedimentos, datada de 1982,¹¹ os técnicos da OPS diziam que a doença

"(...) é fortemente correlacionada com o baixo nível sócio-econômico, que inclui a maioria da população nos países em desenvolvimento. Outros fatores de risco importantes refletem o comportamento sexual, tais como a idade precoce à primeira relação, revelada por primeiro casamento precoce e gestações múltiplas: múltiplos parceiros sexuais é outro fator de risco chave, indicado por casamentos múltiplos. Em áreas onde os homens são mais promíscuos que as mulheres existe uma situação de fato de múltipla parceria sexual (...)"

Em 1985, em edição revisada do mesmo Manual, ¹² afirmava-se:

"(...) para definir a população em risco, à qual deve dirigir-se a ação, deve-se levar em conta: a) a incidência do câncer do colo uterino, por grupos específicos; b) as características culturais, educacionais e econômicas; c) a descrição da atenção primária de saúde (...)"

No Brasil, o Ministério da Saúde recomendava, em 1980,¹³ que deviam as ações

"(...) estar integradas às demais atividades de saúde pública (...), concentrando-se a atenção na população de alto risco, considerando-se as seguintes variáveis: faixa etária de 20 a 49 anos, início de atividade sexual em idade precoce, multiparidade, gestação em idade precoce e baixo nível sócio-econômico".

Adiante, entretanto, afirmava-se que:

"(...) nas unidades sanitárias será realizada a coleta de material cérvico-uterino em todas as

clientes de 20-49 anos consul-
tantes de primeira vez (...)"

Em 1985, o Ministério fez circular versão preliminar de um Manual de Normas a serem adotadas pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, ¹⁴ onde se considerava, no item População-Alvo:

"(...) o grupo considerado de risco (...) é identificado de acordo com as seguintes variá - veis: atividade sexual - início da atividade em idade precoce ; multiplicidade de parceiros;frequência de atividade sexual; há bitos de higiene; história de doenças sexualmente transmitidas (hêrpes vírus tipo 2 , papovaví rus, entre outros); paridade - gestação em idade precoce; multiparidade (...)"

A seguir, porém, dizia-se:

"(...) as ações de controle do câncer cêrvico-uterino abrangem todas as mulheres com vida sexual ativa, independentemente do grupo etário estabelecido(...)"

Em 1986, afirmava-se ¹⁵

"(...) o câncer cêrvico-uterino está estritamente relacionado - com: níveis sócio-econômicos bail

xos; início de atividade sexual em idade precoce; multiplicidade de parceiros (ambos os sexos); história de doença sexualmente transmissíveis principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV 16, 18, 31 e 35) e vírus do herpes tipo 2 (HSV-2). São considerados, ainda, como fatores de relativa significação o hábito de fumar e carências nutricionais, como a hipovitaminose A(...)" "(...) todas essas variáveis caracterizam grupo de maior risco (...) e devem ser considerados na determinação da população-alvo. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado (...)"

É forçoso constatar que a definição da população-alvo das ações de controle do câncer cervical, nas normas nacionais e naquelas propostas pela OPS, vem evoluindo em meio a ambiguidades. Os avanços do conhecimento epidemiológico sobre a doença vêm sendo assimilados de modo errático. E o que é mais importante: não tem sido convenientemente avaliada a viabilidade, no caso concreto, de operacionalização da abordagem de risco. Aceita-se que são variáveis ligadas ao comportamento sexual das mulheres e/ou de seus

parceiros que podem aumentar o risco de infecções genitais virais, que teriam papel importante na carcinogênese. Mas não é razoável imaginar que, na prática, seja possível selecionar grupos de acordo com essas variáveis, tendo-se em vista a sensibilidade do tema e, também, a subjetividade de possíveis definições ligadas, por exemplo, à **precocidade e promiscuidade sexuais**. Ainda que o fosse, trabalhar-se-ia com "um grupo de alto risco" demasiadamente amplo, provavelmente a maioria da população. Por outro lado, em relação ao efeito de outras exposições, como o consumo de contraceptivos orais e o tabagismo, o aumento do risco situa-se em torno de apenas duas vezes ¹⁶. Enfim, nenhuma das situações justifica a idéia de um screening seletivo em subgrupos da população.

Parece mais conveniente considerar, como o grupo tarefa canadense, ¹⁷ que a população feminina possa ser classificada em somente dois grupos:

- a) o grupo não exposto a risco, que não deve ser submetido à detecção:
 - mulheres que nunca tiveram relação sexual;
 - mulheres acima de 60 anos com resultados de exames continuamente negativos;
 - mulheres histerectomizadas com remoção completa do epitélio cervical.
- b) o grupo exposto ao risco, que inclui todas as outras mulheres.

Nessas últimas, a magnitude das taxas de incidência específicas segundo idade passam a ser os elementos definidores de uma estratégia de screening que selecione a faixa etária de maior risco, prioritária para a realização

da citologia.

3. PERIODICIDADE E FAIXA ETÁRIA

O que se discute aqui em primeiro lugar, note-se bem, é a frequência adequada para a realização da colpocitologia nas mulheres sob controle, ou seja, naquelas que apresentaram um exame prévio normal. Isto porque as pacientes com achados patológicos (displasia ou carcinoma), têm indicação de propedêutica adicional e de procedimentos terapêuticos que dependem do tipo de lesão - e que as retiram do screening, temporária ou permanentemente.

Examinou-se novamente a evolução das recomendações a respeito do assunto nos documentos normativos da Organização Panamericana da Saúde e do Ministério da Saúde. No primeiro Manual da OPS (1972)¹⁸ consta:

"(...) a frequência do exame citológico dependerá das seguintes condições: recursos e pessoal disponível; o risco que se considera "aceitável"(...); cooperação e motivação da paciente (...)".

Em outro momento, propõe-se que

"(...) o exame das pacientes será repetido após um ano para detectar novas lesões ou descartar falso-negativos. No caso de um segundo resultado negati

vo, os exames serão repetidos em intervalos de um, dois ou três anos, de acordo com os recursos disponíveis para a vigilância ulterior (...)"

Em 1982, na nova edição do Manual,¹⁹ a OPS afirma:

"(...) existe controvérsia no que concerne aos intervalos de seguimento de rotina. A prática habitual é repetir o esfregaço um ano após o inicial o que eliminará a maioria das neoplasias que não foram detectadas no primeiro screening. Como o câncer cervical progride de modo relativamente lento, alguns programas preconizam o exame a cada três, quatro ou cinco anos. A frequência (do screening) deve ser escolhida para atender às necessidades e condições locais. Na maioria das situações o screening a cada três anos é provavelmente adequado e consideravelmente mais eficiente do que sua realização anual (...)"

Na versão de 1985 das Normas,²⁰ reafirma-se, em relação às pacientes com citologia normal:

"(...) devem se submeter a exa

me um ano após para detectar le
sões novas ou descartar resul-
tados falsos-negativos. Se ob-
tido um segundo resultado nega-
tivo, os exames podem ser pro-
gramados com até três anos de
intervalo, dependendo da ocor-
rência local do câncer de colo
uterino (...)"

Como pode ser observado, o clássico exame anual não é
proposto por esse organismo internacional desde 1972. No
Brasil os manuais do Ministério de Saúde de 1980 ²¹ e de
1985, ²², recomendavam a frequência anual para os exames
de controle. O manual de 1986 ²³ propõe que, no caso de
uma citologia negativa, "as pacientes devem ser submeti-
das a um controle anual". Mas sugere, de modo ambíguo:

"(...) para aquelas clientes -
que fazem o exame preventivo -
regularmente (todos os anos) ,
com duas ou mais citologias ne-
gativas, que a periodicidade do
controle seja espaçada, por e-
xemplo, a cada 2 ou 3 anos(...)"

Tecnicamente, a periodicidade desejável pode ser defini-
da com base na observação das reduções de risco alcança-
das com diferentes estratégias. Em outras palavras, tra-
ta-se de medir a probabilidade de adoecer em função do
tempo decorrido após um exame negativo.

É impraticável a realização de ensaios clínicos controla-
dos para a avaliação comparativa dos graus de eficácia -

de todos os calendários possíveis, resultantes da grande variedade de combinações entre diferentes frequências e faixas etárias. Dados epidemiológicos e operacionais disponíveis, entretanto, podem ser analisados com esse objetivo. Moss e Day ²⁴ relataram os resultados de análise realizada pela International Agency for Research on Cancer (IARC), que consolidou dados de estudos observacionais e de programas de detecção de oito diferentes países da Europa e América do Norte, abaixo apresentados (Tabela 1)

TABELA 1

Redução percentual da taxa acumulada de incidência de câncer cervical invasivo no grupo etário de 35-64 anos, em relação a diferentes frequências de screening, em alguns países da Europa e América do Norte, décadas de 70 e 80.

Intervalo entre os exames	% de redução da taxa acumulada	Nº de exames
1 ano	93,3	30
2 anos	93,3	15
3 anos	91,4	10
5 anos	83,9	6
10 anos	64,2	3

Revelaram-se portanto rigorosamente iguais os benefícios conferidos pela realização dos exames com intervalos de um ou dois anos, com pequena diferença em relação aos resultados do teste trienal. As estimativas apresentadas na

Tabela 1 assumem cobertura de 100% da população, podendo ser deduzida uma informação nada desprezível: é mais efetivo o exame, por exemplo, de todas as mulheres a cada dez anos (no caso, redução da taxa em 64%), do que seria a cobertura de 50% da população de cinco em cinco anos (que resultaria em redução de 42%) ou de um terço das mulheres a cada três anos (redução esperada de cerca de 30%).

Tem sido também crescente a aplicação de modelos matemáticos ao tema. Tais modelos têm limitações, pois assumem determinados parâmetros relativos à validade do teste, e à história natural da doença, como as taxas de progressão entre as diversas lesões, que são ainda discutíveis. De qualquer forma, Knox²⁵ estimou que, na Inglaterra, 77% de todos os óbitos por câncer cervical poderiam ser evitados por uma série de dez testes realizados entre 35 e 80 anos, que revelou ser o calendário de melhor relação custo-efetividade. A relevância da extensão da análise - aos aspectos da eficiência fica evidenciada pelos achados de Coppleson e Brown,²⁶ que apontaram ser o custo de eliminar os últimos 5% do risco de adoecer, nos EUA, equivalente ao de eliminar os primeiros 80% do risco.

Nos países escandinavos, os programas de massa foram introduzidos com realização dos testes a cada quatro ou cinco anos. Na Inglaterra, recomendava-se o início dos exames aos 35 anos e, desde 1984, a partir dos 20 anos de idade, sempre em bases quinquenais.²⁷ Nos Estados Unidos, a American Cancer Society modificou em 1980 suas recomendações anteriores de colpocitologia anual, passando a propugnar exames trienais após o início da vida sexual.²⁸

No Canadá, o Relatório Walton (1976) propôs a realização de testes a cada três anos, entre 18 e 35 anos, e após essa idade frequência quinquenal. Em 1982, o mesmo grupo tarefa considerou que as mulheres de 18 a 35 anos estariam apresentando aumento de risco decorrente da liberalização dos hábitos sexuais, devendo por essa razão submeter-se ao exame anual.²⁹

Não há evidências, entretanto, de que a história natural da doença seja diversa nas mulheres submetida a maior risco. Mais precisamente, de que essas, ao apresentarem lesões, cursem-nas com fase pré-clínica de menor duração³⁰. Em consequência, não parece haver justificativa para maior frequência do exame em populações ou grupos etários de maior risco, o que estaria indicado se a progressão de suas lesões fosse mais rápida. Pertinentes, em relação a essas mulheres, são esforços especiais de garantia de adequada cobertura da detecção.

Aparentemente... a adoção ou não de determinadas normas em relação à periodicidade do exame, em alguns países, é influenciada por certo grau de "solução de compromisso" entre o recomendável com base em estudos epidemiológicos e de modelagem matemática, e a força da tradição e dos interesses de sociedades de especialistas.

A propósito, Foltz e Keley³¹ apontam o caráter privatizado da atenção médica e o poder de "lobby" da American Cancer Society (ACS) e outras sociedades, nos Estados Unidos, como fatores de resistência ao abandono da recomendação da colpocitologia anual naquele país. A Academia Internacional de Citologia parece expressar interesses corporativos ainda mais específicos. Reagindo à mu-

dança de posição da ACS em relação ao assunto, argumenta que o exame citológico (anual) fornece às mulheres a oportunidade para atendimento de suas outras necessidades médicas, incluindo a palpação das mamas. E que não caberia reduzir a frequência do screening em mulheres "no período de suas vidas onde a detecção precoce do câncer endometrial é uma grande preocupação".³² Não há a mais remota evidência, na literatura, dessa suposta eficácia do teste de Papanicolaou para a detecção precoce do câncer endometrial (câncer do corpo uterino).

Há também considerações no sentido de que a periodicidade anual é mais facilmente incorporável como hábito de vida,³³ ou ainda, que uma recomendação de exame anual resulta, na prática, na sua realização mais espaçada.

A redução dos custos da atividade é uma motivação explícita nas propostas de espaçamento dos exames. De fato, entre a realização anual do teste em toda a população feminina adulta e, por exemplo, sua aplicação quinzenal - na faixa de 30 a 60 anos, podem estar embutidas diferenças de custos bastante significativas. Mas interesses de quem está no "outro lado do balcão" ficam também contemplados. Isso porque a delimitação de faixas etárias mais restritas, e de intervalos maiores para a realização dos exames, tem o efeito de reduzir os "efeitos colaterais" do screening, entre os quais a ansiedade, desconforto e riscos desnecessários a que estarão submetidas muitas mulheres falso-positivas, até a elucidação diagnóstica.

Em nossa realidade, todavia, é preciso ter presente que um maior espaçamento dos exames tornar-se-á indicado na medida em que se conte com um funcionamento dos laboratórios de citopatologia dentro de padrões adequados de qua

lidade, que garantam índices de validade próximos dos limites máximos oferecidos pela citologia vaginal. A respeito, a situação dos laboratórios de citopatologia das Secretarias Estaduais de Saúde, por exemplo, não é animadora. Cunha, ³⁴ em relatório resultante de avaliações - realizadas in loco informou que em cerca da metade dos dezenove laboratórios visitados, não se dispõe de arquivo de lâminas e laudos; a nomenclatura internacional não é utilizada; o tempo médio gasto entre a coleta do material e a emissão dos resultados ultrapassa o preconizado. Na maioria dos laboratórios não há articulação formal com laboratórios de histopatologia, que permita a correlação cito-histopatológica; tampouco há procedimentos sistemáticos de controle de qualidade.

Na vigência dessa situação, a realização de exames mais espaçados poderia provocar o acúmulo indevido de muitos casos falso-negativos na população, em função da baixa sensibilidade com que se pode supor que o teste esteja sendo aplicado na maioria dos estados. Outra garantia necessária à diminuição da frequência dos exames seria a implantação de procedimentos operacionais que "lembrem" às mulheres a época de realização de seu exame. Tais condições não são dadas no país; propõe-se, por isso, que a adequação das normas técnicas, neste particular, acompanhe esforços decididos de criação desses requisitos.

Para definir a idade de início da realização dos exames, cabe mencionar que as populações do país com frequência mais elevada da doença apresentam também riscos mais precoces; muito provavelmente, isso também deve ocorrer entre os grupos de maior e menor risco dentro de cada regi

ão. Além disso, as taxas de morbimortalidade tendem a aumentar rapidamente com a idade já a partir da terceira dêcada de vida, e há indicações de que a ocorrência esteja em ascensão de modo mais intenso nas coortes mais jovens

Tais fatos recomendam, como o momento propício para o início da realização dos exames, o começo da vida sexual. Em situação de carência de recursos para coleta e exame de material, é justificável que se dê prioridade - às mulheres que nunca se submeteram ao teste; em segunda instância, às clientes acima de 30-35 anos, onde já será maior a prevalência de fase pré-clínica detectável da doença. E que se leve em conta, sempre, que a realização - de poucos exames espaçados em muitas mulheres produz maior impacto epidemiológico do que sua repetição frequente em clientela restrita.

Essa última consideração faz inclusive com que se deva examinar, eventualmente, a pertinência de estratégias de "campanha", se equacionados previamente e a contento, os recursos para o diagnóstico laboratorial e o tratamento dos casos. Com a garantia desses pré-requisitos, e no caso de se configurar uma nova realidade de organização dos serviços de saúde, com clientela adscrita a unidades - básicas, em distritos sanitários, passaria então a ser possível rediscutir, em novos termos, a antiga polarização entre "ações verticais, de campanha" e "atividades - horizontais, integradas". Não há razões de fundo para interpretar, por exemplo, o objetivo de prestação de "as-sistência integral à saúde da mulher" como um mandamento de simultaneidade e uniformidade compulsórias nas estratégias para as diversas atividades que a constituem. Será possivelmente, portanto a adoção de "intensificações"

periódicas da atividade em áreas circunscritas, em sistema de varredura geográfica.

REFERÊNCIAS

1. **MINISTÉRIO DA SAÚDE.** "Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1980." Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.
2. Brunini, R. "Câncer no Brasil: Dados Histopatológicos; 1976-80. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/BIREME/DATAPREV, 1982.
3. A colpocitologia, teste descrito e sistematizado por Papanicolaou em 1943, compreende o exame microscópico de células descamativas do epitélio do colo uterino.
4. Guzick, D.S. "Efficacy of screening for cervical cancer: a review." *Am. J. Publ. Health* 1978; 68:125-134.
5. Day, N.E. "Effect of cervical cancer screening in Scandinavia." *Obstetrics and Gynecology* 1984; 63(5):714 - 718.
6. Aquino, E.M.L.; Carvalho, A.I.; Faerstein, E.; Ribeiro, D.C.S. "Situação atual da detecção precoce do câncer cêrvico-uterino no Brasil." *Cadernos de Saúde Pública* Rio de Janeiro, 1986; 2(1): 53-65.
7. A única informação disponível no país sobre a evasão

de casos detectados refere-se ao Programa de Controle de Carcinoma Cêrvico-Uterino de Campinas, São Paulo, onde se verificou uma taxa de abandono de 69% dos pacientes, entre a etapa do resultado citológico anormal e a de seguimento pós-terapêutico (Pinotti, J.A. e Borges, S.R. Seguimento efetivo dos casos detectados de carcinoma de colo uterino. Bol.of Sanit.Panam. março 1977, 223-236). Em se tratando de centro universitário especializado, imagina-se que em vastas áreas do país a situação a esse respeito seja calamitosa.

8. "Screening" pode ser definido como a "identificação presuntiva de doenças ou defeitos ocultos, através da utilização de testes, exames ou outros procedimentos que podem ser aplicados rapidamente. Os testes selecionam, entre pessoas aparentemente bem, as que provavelmente não a apresentam. O "screening" não pretende ser diagnóstico. Pessoas com achados positivos ou suspeitos devem ser referidas aos médicos para o diagnóstico e tratamento necessários." Wilson, J.M.G. and Junger, G. The principle of Screening for Disease. Geneva, World Health Organization, 1967.
9. Coutinho, A.L.M. "A educação na luta contra o câncer." Rev. Bras. Cancerol. 1957; 14(17): 5-62.
10. Organización Panamericana de la Salud. "Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Câncer del Cuello Uterino." Publicación Científica nº 248. Washington, OPS, 1972.
11. Pan American Health Organization. "Manual of Norms and

- Procedures for Cervical Cancer Control". Washington, PAHO, 1982.
12. **Organización Panamericana de La Salud.** "Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Câncer de Cuello Uterino". Serie Paltex para ejecutores de programas de salud nº 6. Washington, OPS, 1985.
 13. **Ministério da Saúde.** "Manual de Normas e Procedimentos para o Controle do Câncer Cêrvico-Uterino". Brasília, Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1980.
 14. **Ministério da Saúde.** "Prevenção do Câncer Cêrvico-Uterino e de Mama" (versão Preliminar). Brasília, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil/Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas, 1985.
 15. **Ministério da Saúde.** "Controle do Câncer Cêrvico-Uterino e de Mama." Sêrie A: Normas e Manuais Têcnicos, 28. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
 16. Hulka, B. "Risk factors for cervical cancer." *J. Chron. Dis.* , 1982, 35: 3-11
 17. "Cervical Cancer Screening Programs: Summary of the 1982 Canadian Task Force Report." *Can. Med. Assoc. J.*, 1982, 127: 581-89.
 18. **Organización Panamericana de La Salud.** "Manual de Normas etc", Publicação Científica nº 248, op. cit.
 19. **Pan American Health Organization, etc,** op. cit.

20. **Organización Panamericana de la Salud.** "Manual de Normas etc." Série Paltex, op.cit.
21. **Ministério da Saúde.** "Manual de Normas etc," 1980, op. cit.
22. **Ministério da Saúde.** "Prevenção do Câncer etc," 1985, op. cit.
23. **Ministério da Saúde.** "Controle do Câncer etc," 1986, op. cit.
24. **Moss, S.M. and Day, N.E.** "Screening intervals and identification of high risk groups for cervical cancer." Meeting on Prevention and Control of Cancer of the Cervix Uteri-Working, paper 445. Geneve, World Health Organization, 1985.
25. **Knox, E.G.** "Ages and frequencies for cervical cancer screening." **Br. J. Cancer.** 1976, 34(4): 444-452.
26. **Coppleson, L.W. and Brown, B.** "The prevention of carcinoma of the cervix." **Am. J. Obstet. Gynecol.** 1976, 125(2): 153-159.
27. "Screening strategies for cervical cancer." **The Lancet.** 1986, II, 725-726.
28. "American Cancer Society/Guidelines for the cancer related checkup: recomendations and rationale." **CA,** 1980, 30: 194-240.
29. "Cervical cancer screening programs etc," op. cit.

30. Considera-se como superior a dez anos a evolução entre as lesões pré-neoplásicas intraepiteliais e o câncer invasivo.
31. Foltz, A.M. and Kelsey, J.L. "The annual Pap Test: a dubious policy success." Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society, 1978, 56(4): 426-462.
32. "The International Academy of Cytology Policy Screening." Acta Cytologica, 1980, 24(5): 371-372.
33. Hutchinson, A. "Critérios para a definição de população de riscos e da periodicidade dos exames." Rev. Bras. Cancerol., 1985, 31(3): 199-200.
34. Cunha, M.N.P. "Diagnóstico da situação dos laboratórios de citopatologia das Secretarias Estaduais de Saúde." Relatório de pesquisa. Projeto Instituto Naçional do Câncer/Campanha de Combate ao Câncer. Rio de Janeiro, 1985 (mimeo).
35. Faerstein, E. "Câncer cérvico-úterino e lesões precuroras: aspectos da ocorrência, controle e vigilância epidemiológica no Brasil." Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 1987.