

CADERNOS DO IMS
VOL1 Nº1 MAR/ABR
1 9 8 7

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 Gerk

Cadernos do IMS, V. 1, nº 1 (1987), RJ,
IMS, 1987.

v. ; 31cm

Irregular

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

Capa: Paulo Crown

Diagramação: Graça Borges

Apoio: UERJ/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 - NUMERO 1

A consciência da doença enquanto
consciência do sintoma: A "doen
ça dos nervos" e a identidade
psicológica.

Jurandir Freire Costa 4

Uma medicina de classe média:
idéias preliminares sobre a cli
entela da homeopatia.

Maria Andréa Loyola 45

Eficiência no setor saúde: o ido
so em questão.

Renato Peixoto Veras 73

Um vírus só não faz doença.

Sérgio Carrara e Cláudia Mo
raes 96

ciplinar - dos leitores e dos assuntos - o enriquecimento e a multiplicação da produção acadêmica na área da Saúde Coletiva.

A COMISSÃO EDITORIAL

1

A CONSCIÊNCIA DA DOENÇA ENQUANTO
CONSCIÊNCIA DO SINTOMA; A "DOENÇA DOS
NERVOS" E A IDENTIDADE PSICOLÓGICA

JURANDIR FREIRE COSTA

A CONSCIÊNCIA DA DOENÇA ENQUANTO CONSCIÊNCIA DO SINTOMA: A "DOENÇA DOS NERVOS" E A IDENTIDADE PSICOLÓGICA. *

JURANDIR FREIRE COSTA **

RESUMO

O artigo tem por objetivo discutir a questão da "doença dos nervos". Esta forma do adoecer mental, bastante difundida entre a população pobre, vem merecendo uma atenção particular dos pesquisadores, dada seu grande interesse teórico e prático. Interesse prático, porque a população que apresenta tais queixas compõem boa parte da clientela atendida nos serviços públicos; interesse teórico, porque a "doença dos nervos" recoloca em primeiro plano o tema da construção psíquica ou social das subjetividades individuais.

A hipótese defendida neste trabalho é a de que a "doença dos nervos" é uma forma cultural específica de certos indivíduos, em certas camadas sociais, reagirem a desestruturação ou ruptura no sistema de representações que formam a identidade psicológica.

INTRODUÇÃO

Denominamos consciência da doença o modo como o sujeito objetiva um tipo particular de sofrimento mental. Restringindo a noção a seu valor cognitivo procuramos des

* Texto produzido como parte da pesquisa "Elaboração de Categorias para a Construção de Projeto de Atenção Psicoterápica".

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

cartar desde pronto algumas objeções de princípio. Não identificamos consciência como "centro sintético do sujeito" nem tampouco como a Razão Filosófica. Consciência é tão somente o lugar que reflete as experiências do sujeito sob a forma de representações de si e do mundo. Com isto queremos dizer que este trabalho deixará de lado questões sobre a natureza inconsciente das representações; sobre as relações da consciência com a linguagem e o pensamento; sobre as relações entre sujeito e objeto; sobre as relações das representações com o sujeito ou significações, etc. Retendo a aceção de consciência como função cognoscente limitamos deliberadamente o alcance da análise, a fim de obter uma descrição mais fina do fato estudado. Metodologicamente trataremos portanto como irrelevantes questões acerca da "ilusão da consciência ou do sujeito consciente" ou ainda questões a respeito da hermenêutica e suas relações com a natureza da "representação".

Feita esta reserva, recordemos que as formas de objetivação do sofrimento mental variam segundo coordenadas socio-culturais. Como sabemos toda objetivação depende da concepção implícita que se tem da própria individalidade; da idéia de causalidade; da forma como se rememora e seleciona fatos relevantes para a história pessoal e finalmente, do modo como é projetado no tempo cultural o desejo de cura, os benefícios da cura e a idéia mesma de cura. A discussão destes tópicos será da por suposta e servirá de pano de fundo para reflexão em curso.

Tentemos agora esclarecer o sentido da expressão "consciência da doença enquanto sintoma". Esta circunscrição nomenclatural visa a afastar outras implicações decorrentes da

objetivação pelo sujeito, do sofrimento mental. Sabemos que a consciência da doença extrapola a consciência do desequilíbrio bio-psíquico para desdobrar-se na consciência do estatuto social ocupado pelo sujeito na sociedade. Tais consequências do adoecer mental são sem dúvida extremamente importantes. Mas por enquanto vamos explorar apenas a relação da consciência com o sofrimento psíquico.

Partindo desta perspectiva, observamos que modernamente admite-se que não há uma consciência única, espontânea e universal da doença. Ou seja, a consciência da doença não é um fato psíquico natural e automático como a representação de um estímulo doloroso ou prazeroso. Toda consciência da doença, além de variar individualmente, obedece a regras de construção variáveis no tempo e no espaço. Aplicada aos indivíduos de baixa renda, frequentadores dos serviços públicos, esta concepção procura explicar a natureza de uma representação do adoecer mental bastante comum a esta clientela - a "doença dos nervos" - como uma função de três principais fatores. O primeiro seria a medicalização crescente da sociedade. A objetivação do mal-estar psíquico como doença ou sintoma, seria, por assim dizer, imposta de fora pelos profissionais de saúde mental, secundados na tarefa por leigos (familiares, amigos, educadores, etc.) e pela difusão maciça, através dos meios de comunicação de massa, de assuntos relativos à saúde e doença mental. A hegemonia médico-científica, ou o poder/saber médicos, pressionariam cada vez mais os indivíduos a converterem sentimentos de desconforto em elementos nosológicos. O segundo fator seria uma consequência do primeiro. O sujeito seria menos uma "vítima" do processo e mais um co-partícipe na psiquiatrização dos sofrimentos psíquicos. Tendo adqui

rido uma certa "competência psicológica", ele próprio estaria capacitado a autorrotular-se de doente. E, seguindo as regras da sub-cultura própria a esta camada social, tenderia a interpretar o mal-estar vivido como originário do corpo, donde a disseminação, nesta faixa populacional, da "doença dos nervos". O terceiro fator, representaria uma complexificação teórica dos dois primeiros. Trata-se de uma explicação mais elaborada do fenômeno e exige uma explanação mais longa dos argumentos em que se baseia. Em linhas gerais, afirma-se que se a etiqueta "doença dos nervos" é aceita pelos indivíduos, a ponto de tornar-se um verdadeiro modelo cultural do adoecer, é porque em algum nível sintoniza-se com suas experiências de vida no sentido amplo. Esta versão médica do sofrimento mental só se torna plausível porque coincide e articula-se intimamente com a rede de interesses que liga o indivíduo ao social.

Este ponto de vista é exemplarmente sustentado por Maria Cristina Souza, em seu lúcido artigo intitulado "Doença dos Nervos : uma estratégia de sobrevivência"¹. No estudo, a autora busca demonstrar que a "doença dos nervos" é o produto de um duplo deslocamento de fatos sociais como a miséria e o desemprego. No primeiro deslocamento, estes fatos passam do registro dos conflitos de classes para o registro de conflitos individuais; no segundo, da esfera da consciência crítica, onde deveriam ser pensados, para a esfera da consciência da doença, onde são ao mesmo tempo expostos e ocultados. Os sentimentos de "fracasso", "exploração" e "insegurança" sociais conver

(1) Souza, Maria Cristina Gueiros, "Doença dos Nervos": uma estratégia de sobrevivência, in A Saúde no Brasil, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, vol. 1, nº 3, julho/setembro, 1983, pp. 131-139

tem-se em problemas psiquiátricos e sua gênese é atribuída a "doença de nervos".

A localização no corpo do mal-estar pessoal deve-se de um lado à lógica da dominação de classe e de outro a forma particular pela qual os indivíduos codificam simbolicamente a experiência corpórea. Este último argumento merece ser explicitado.

Apoiada em Boltansky, a autora mostra como os indivíduos que exercem profissões manuais tendem a conferir ao corpo, à atividade corporal, o papel de referente privilegiado de suas experiências culturais. O valor do corpo, hipertrofiado na vida social, imanta o universo simbólico e encampa, a título de princípio explicativo ou de fonte original, fenômenos que em outros grupos culturais poderiam ser referidos a área da linguagem, ação, afetos, representações imaginárias, etc. Esta prévia sensibilização mental com relação ao valor do corpo é o solo da doença dos nervos. Sua existência é a pré-condição da tradução do mal-estar psicológico no linguajar técnico da medicina mental.

Neste ponto, acreditamos, detém-se o trabalho de Maria Cristina Souza. Nosso intuito é dar um passo a mais, avançando a hipótese de que a consciência do sofrimento psíquico como "doença dos nervos" implica a consciência, igualmente explícita, embora menos tematizada, da existência de um problema psicológico e não de um distúrbio orgânico. Isto é, o indivíduo, num mesmo ato perceptivo, afirma a dupla natureza de seu sofrimento mental. Por um lado, interpreta o mal-estar dentro das regras estabelecidas pelo saber médico e pela prática social a que está sujeito; por outro, extrai desta mesma experiência so

cio-cultural os elementos que lhe permitem enunciar, por vezes de forma extremamente clara, a natureza eminentemente psicológica do que sofre. Um mesmo ato expressivo, a "doença dos nervos", condensa a duplicidade de percepção. A "doença dos nervos" é a forma ambígua de um saber prático que, por desconhecer as regras do conhecimento científico, não consegue sistematizar a experiência, da maneira peculiar a este último tipo de saber. Sem possuir categorias analíticas científicas, a consciência do senso comum não distingue níveis de complexidade e hierarquização na organização dos fenômenos percebidos, assim como trata diferenças e semelhanças de modo teoricamente incoerentes. Mas o fato de não exprimir em "idéias claras e distintas", (típicas do "esprit d'examen", como diz Boltansky) o produto das experiências não significa ignorar a diversidade e a peculiaridade destas experiências. O cliente dos serviços públicos, o paciente psiquiátrico que se queixa da "doença dos nervos", é consciente da dimensão psicológica daquilo que enuncia como sendo um distúrbio orgânico. Esta hipótese, que pretendemos demonstrar, é o que fundamenta a possibilidade de uma assistência psicoterápica. Sem a compreensão deste fenômeno, acreditamos que toda tentativa neste sentido seria incompreensível, ou melhor, teoricamente infundada e praticamente fadada ao insucesso. É com este objetivo que pensamos desenvolver nossos argumentos.

Inicemos a discussão, mostrando como a categoria "doenças de nervos" aponta para as ambigüidades referidas. A partir de observações feitas nos ambulatórios públicos, notamos em primeiro lugar que o emprego da expressão "doença dos nervos" é bem menos próximo da idéia de uma doença orgânica do que pode parecer. Um forte indício deste distanciamento semântico encontra-se na própria

frequência com que a expressão é usada. Os clientes utilizam mais expressões do tipo "estado de nervos" ("eu es tou com estado de nervos"), "sistema de nervos" ("eu es tou com sistema de nervos"), "sistema nervoso" ("eu es tou com sistema nervoso"), "nervos" , "nervosismo" (es tou com nervosismo", "tive crise de nervos", "são os ner vos", etc.), do que propriamente "doença de nervos". A alusão ao termo "doença" surge frequentemente isolada ("a doença me pegou", "é a doença", etc.) sem o qualifi cativo usualmente designado na teoria.

Este dado pareceu-nos bastante significativo. Mas, antes de proseguirmos no terreno das explicações, vejamos como se apresenta "in vivo" o que pretendemos esclarecer. O trecho abaixo reproduzido é de uma entrevista feita no ambulatório de um serviço público, por ocasião de uma primeira consulta psiquiátrica no referido ambulatório.

CLIENTE:

"Aí, quando foi há uns 7 ou 8 anos, começou a atacar-me o sistema ner voso, que eu estive quase a ponto de parar no hospital de maluco, tal vez, não sei, por causa do sistema nervoso... . Eu já não sabia quase como atravessar a rua. Ficou assim... parece que voava... Aí com bas tante tratamento que eu fiz com a Dra. F. ela até é uma boa médica ... foi indo... foi indo... Passei mais de dois anos sem dormir também. Quase sem dormir... só a poder de remédios que ela me receitava. Ela me receitava aqueles comprimidos, um de manhã, um ao meio-dia e um de noite... qualquer probleminha eu me aborrecia... Eu sou uma pessoa que trabalhei tanto, trabalhei no comércio, mas eu sou uma pessoa que eu guardo mas não desabafo".

A esta altura, o cliente começa a desviar a narrativa, detalhando acontecimentos de sua vida profissional. O mé dico, que é um elemento de nossa equipe de pesquisa, pro cura trazê-lo de volta ao assunto doença.

MÉDICO:

"Me diga uma coisa, o senhor disse que se consultou com a Dra. F., mas qual foi o motivo que trouxe o senhor a se consultar com um médico psiquiatra".

CLIENTE:

"Bom, o motivo que me trouxe a consultar é que, primeiro... Eu não acabei de dizer para o senhor que eu me tratei com a Dra. F.. A minha ficha deve estar lá..."

MÉDICO:

"Sei, mas o senhor chegou a conclusão que estava doente por si mesmo ou foram outras pessoas que lhe mostraram isso"?

CLIENTE:

"Não, ninguém me mostrou nada, nem eu acredito em nada também, só a crédito na natureza. Não adianta me dizer que é caso de espírito que eu não acredito. Meu caso é sistema nervoso."

MÉDICO:

"Sei. O Senhor foi indicado por alguém para ir procurar a Dra. F."?

CLIENTE:

"Na ocasião foi, claro."

MÉDICO:

"Quem lhe indicou?"

CLIENTE:

"Sei lá, eu, a mulher, não sei, não lembro mais, já tem uns cinco ou seis anos".

MÉDICO:

"Sei, foi o pessoal de sua família que, então, lhe aconselhou a procurar um médico, ou o senhor resolveu por si mesmo"?

CLIENTE:

"Sei lá, eu não lembro mais, eu desmaiava, também, as vezes".

MÉDICO:

"Ah! O Senhor desmaiava. Por isso o senhor achou que estava doente"?

CLIENTE:

"Eu não achei que estava doente. Eu estava como estou. Eu não sinto nada. Eu saio daqui, passa esses nervos, não estou sentindo nada. Não estou doente, não dói nada".

O embaraço do cliente é flagrante, diante da insistência de um de nós em precisar sua noção de doença e a fonte social da indexação médica de seu problema. Dada a natureza das queixas, tornava-se difícil para ele afirmar inequivocamente a idéia de uma doença idêntica à doença orgânica. Esta última estava associada a um substrato físico, sede do distúrbio, e a uma manifestação sintomática, basicamente pensada como dor localizável no corpo. A ausência deste último elemento como que desorganiza o quadro cognitivo e leva-o, face à urgência em definir a natureza do sofrimento, a encontrar nos "nervos" o substituto do corpo e a deparar-se com o nada no local da dor.

É evidente que o cliente, ao dizer que nada sente e nada doi, sabe que sente qualquer coisa (desmaios, sensação de flutuar, medo de atravessar arua). Fica igualmente patente que ele sabe que aquilo é sentido, embora não doa, incomoda, faz sofrer. As oscilações semânticas, as imprecisões vocabulares, enfim, a desorientação face a um mal que surge e faz sofrer, exprimem a ambiguidade da consciência que dispõe de um só enunciado para descrever múltiplos reflexos da experiência. Num primeiro movimen

to, o sofrimento é codificado medicamente em virtude da hegemonia cultural da ciência e da prática social do indivíduo ordenada em torno do referente corpóreo. Da medicina o indivíduo reproduz as próprias incertezas do conhecimento psiquiátrico sobre a natureza da doença mental; da experiência de vida, guarda o hábito de oferecer, em primeiro plano, o corpo como instrumento privilegiado de comunicação dos conflitos de seu mundo afetivo. Num segundo movimento, produz-se uma espécie de recuo cognitivo. Instigado pelo médico, o cliente defronta-se com a incongruência existente entre o comentado e o comentário. O sofrimento sentido não se alinha aos padrões descritivos e explicativos da doença orgânica. A utilização acrítica da expressão "doença dos nervos" choca-se com a percepção irredutível da natureza singular do sofrimento psíquico.

Este exemplo é paradigmático de outros do gênero. Não duvidamos que qualquer profissional familiarizado com a assistência em serviços públicos não tenha em um ou outro momento presenciado o que acabamos de descrever. Diante disto, caberia perguntar: por que a tese da etiologia organiforme do sofrimento mental não teria sido matizada em suas asserções mais incisivas? A nosso ver, pela premissa teórica de que parte. A base desta interpretação é a de que o cliente é incapaz de discriminar a origem de um sofrimento psíquico da origem de um sofrimento físico. No entanto, este ponto de vista assenta-se num equívoco. Confunde-se capacidade de discriminar causas e origens com a possibilidade de enunciar estas distinções, dentro de modelos conceituais coerentes e sistemáticos.

Vejamos de forma mais detalhada como se processa o emba

ralhar das cartas. O que chamamos "doença dos nervos" é um conjunto sindrômico cuja aticiedade rompe os límites nosográficos habituais. A "doença dos nervos" é um quadro composto por queixas sintomáticas difusas do tipo tonteiras; palpitações; "vista escura"; desmaios; esquecimentos; insônias; medo de sair sozinho na rua; medo de cair; "perna bamba"; "dormência nas pernas"; cansaço; falta de apetite; "buraco no estômago"; "tremores no corpo"; fisgadas na cabeça; dores de cabeça; ardor na cabeça; frio na cabeça; dores difusas; irritabilidade; crises de choro; vontade de bater nos filhos; impaciência; vontade de gritar; vontade de morrer; agonia no peito; desinteresse sexual; moleza; crise de nervos; etc.". Ora, esta polimorfia sintomática surpreende o técnico mas também o cliente. Em geral, esta heterogeneidade de fenômenos coloca o sujeito face a um quebra-cabeça cuja "gestalt" lhe escapa. E, a resposta à pluralidade de estímulos dolorosos é a multiplicidade de interpretações pontuais e não a unidade de um só sentido, seja qual for ele. Se insistimos nesta observação é com o intuito de fazer notar que o próprio cliente, apesar de localizar nos "nervos", a gênese dos distúrbios, costuma do mesmo modo sugerir hipóteses causais contraditórias em relação ao pretense organismo da "doença dos nervos".

É verdade que muitos indivíduos imputam a acidentes físicos a razão de problemas psíquicos atuais: traumatismos diversos no passado próximo ou remoto (tombos, pancadas na cabeça, acidentes de transportes, etc.); doenças orgânicas (crises convulsivas, "doenças do sangue"); quebra de tabus alimentares (ingestão de certos alimentos em certas épocas ou situações, associação de determinados alimentos, etc.). Muitas destas idéias são anacronismos médicos que resistem ao passar do tempo, por se ancora

rem em situações culturais onde se tornam plausíveis. Outras são fruto do contato com a própria medicina moderna. Traumatismo físico, doenças de infância ou herança genética são elementos relevantes na anamnese médica. O cliente "aprende" a valorizar estes itens da "história da doença atual" dado o interesse demonstrado pelo técnico. Inferir deste interesse um suposto nexu causal entre traumatismo físicos por exemplo e "nervosismo", não é uma tarefa particularmente difícil.

No entanto, a noção de origem orgânica do distúrbio psíquico raramente aparece isolada. Em geral vem associada a menções à conflitos no trabalho, na vida familiar, na vida sexual, e mesmo a encôstos ou a críticas à maneira como se foi educado na infância. Alguns casos fogem inclusive totalmente a este padrão. Não há referência alguma a eventos físicos como sendo responsáveis pelo estado psíquico atual. Em outras palavras, a suposta etiologia orgânica é correntemente equiparada a outros fatores "etiopatogênicos" e algumas vezes excluída do relato do paciente. Na maioria dos casos, não há por conseguinte como estabelecer, na perspectiva do cliente, o que é mais ou menos valorizado como causa do sofrimento mental. As narrativas mesclam fatores e hipóteses causais das mais diversas ordens sem que possa afirmar a supremacia da causalidade orgânica. Em resumo, deduzir da recorrência de expressões como "estado de nervos", "sistema nervoso" ou "doença de nervos" a preeminência do referente orgânico no sentido dado ao mal-estar psíquico é um engano teórico. O que está em jogo não é a capacidade do sujeito de discriminar a origem afetiva do sofrimento psíquico. Somos nós que muitas vezes, não sabemos discernir a diferença entre indeterminação terminológica e indiscriminação dos fenômenos

designados pela terminologia imprecisa. Uma coisa é não se ter a possibilidade de distinguir fatos de natureza diversa: outra coisa é não dispor do instrumental linguístico para enumerar as distinções vividas e reconhecidas. A ingenuidade científica do cliente não é sinônimo de ignorância sobre a sua própria vida.

Sob este aspecto, o citado trabalho de Maria Cristina Souza demonstra o que foi afirmado de maneira cabal. Os entrevistados não hesitaram em dizer que na origem de seus medos encontravam-se as situações de fracasso, insegurança e exploração econômico-sociais, muito embora continuassem a definir-e como "doentes dos nervos".

Constatações semelhantes foi feita por nós nas várias situações de entrevista e atendimento a esta população. Eis algumas destas situações.

CASO I

CLIENTE:

"Tive princípio de paralisia na parte do rosto: aqui o rosto ficou paralisado. Então me levaram numa junta médica, fiz um tratamento muito forte, fiquei em tratamento mais ou menos 2 anos. Mas fiquei bom; consegui ficar bom. A vida foi correndo mais ou menos bem. Trabalhando bastante, mas foi correndo. Ai, começou a atacar-me o sistema nervoso. Tomei remédio e foi indo. Qualquer probleminha eu me aborrecia, qualquer coisinha eu já ficava pulando. Eu sou uma pessoa que trabalhei tanto, trabalhei, no comércio, mas eu sou uma pessoa que eu guardo mas não desabafo. Chegava no bar, ouvia desaforos, mas não desabafava. Porque dar o desabafo é melhor. Mas eu não; eu guardo. Guardo, mas então meus nervos ficam assim.

CASO II

MEDICO:

"A Senhora diz que tem problema nervoso. Mas esse problema nervoso, a senhora tem desde quando?

CLIENTE:

Ah, isso desde quando eu comecei a trabalhar. Eu era boa sabe? Mas lá eles dizem que a gente ficou doente em casa, que tudo em casa dá nervoso. Mas eu não era assim não, viu!

CASO III

CLIENTE:

Sabe doutor, tá tudo muito ruim. Tou triste, abandonada, morando sozinha, meu filho tá preso.

A este material, colhido em entrevistas, poderíamos acrescentar outro, relatado no curso de assistência em grupo a este tipo de clientela.

SITUAÇÃO I

Terapeuta - O que vocês esperam deste grupo?

J - É um lugar para desabafar e trocar idéias.

N - Todo mundo traz seus problemas e a senhora diz uma coisa.

D - Eu quero esquecer.

SITUAÇÃO II

- D., afirma no grupo que seu nervoso deve-se ao fato de que o marido não lhe dá "a mínima", que tem "sexo uma vez por ano", que não gosta mais dele, mas não pode separar-se pois não tem para onde ir, pois não trabalha fora e acha que casamento é "para sempre".

SITUAÇÃO III

- M., diz que está muito nervosa e que não sabia o motivo. Acha que está maluca e algumas pessoas já lhe mandaram para o Pínel. Começa então a falar da mãe. Toda vez que recebe a visita da mãe fica muito nervosa. A mãe nunca ligou para ela e coisas que lhe "aconteceram na vida", um "estrupe aos 10 anos, casamento mal-feito, a irmã que "vendeu o corpo" e foi assassinada deveram-se a má orientação que recebeu da mãe.

Os exemplos poderiam multiplicar-se sem acrescentar grande coisa ao que se pode perceber através dos casos e situações descritas. O cliente sabe tanto quanto o técnico que derivar de uma afecção corporal, seja ela qual for, consequências como medo de sair às ruas, vontade de bater nos filhos, choro fácil, etc. é algo tão estapafúrdio quanto procurar localizar, no caso normal, sentimentos em órgãos físicos. Ele percebe, ainda que difusamente, o que chamamos níveis heterogêneos da emergência dos fenômenos na teoria do conhecimento. No campo mental, isto significa dizer que o fato psicológico depende necessariamente do substrato físico mas não é dedutível das propriedades intrínsecas deste substrato, pois só pode emergir pela interferência do fato cultural.

Esta intuição fica explícita quando os clientes vão direto às explicações situacionais ou relacionais para entenderem o que sofrem. Dizer que um "desaforo" não respondido a um "desabafo guardado" "ataca os nervos", implica em possuir uma consciência pelo menos incipiente de que o nervosismo tem uma origem não-orgânica. Do mesmo modo, afirmar, como fizeram alguns, que o "problema nervoso" começou no trabalho, ou porque se "está sozinha, abandonada, com o filho preso", ou ainda porque não se tem uma vida sexual ativa, pois bem, afirmações deste gênero são prova do reconhecimento de uma "etiologia" do nervosismo que nada tem a ver com a consciência do modelo médico da doença orgânica.

É claro portanto que a interpretação corrente da predisposição automática do cliente a explicar organicamente problemas mentais se não é errada é superestimada. O indivíduo desta faixa social na verdade é presa

de uma ambigüidade constitutiva de sua condição socio-cultural, ambigüidade que lhe impede de dar certos nomes ao que percebe. Esta afirmativa, em suas premissas e consequências, é bastante diferente de uma outra que pretenda provar a inexistência de uma consciência psicológica do sofrimento mental.

A esta altura, pode-se legitimamente argumentar que buscando negar a validade de uma dada interpretação terminamos por criar um problema bem mais embaraçoso. Ou seja, o raciocínio utilizado para desmontar a hipótese discutida pode com algumas nuances voltar-se contra a conclusão extraída, anulando sua pertinência. Se no fundamento deste raciocínio encontra-se o postulado da discrepância entre a representação organiforme da etiologia e o referente psicológico ou afetivo que ela designa pelo menos dois problemas teriam que ser explicados e não dados como resolvidos. Primeiro, seria preciso demonstrar que razões levam o indivíduo a não encontrar a representação adequada ao referente, segundo o ponto de vista científico. Até o momento, os motivos oferecidos como justificativas para o fato (hegemonia do conhecimento científico; posição do corpo no universo sócio-cultural; desconhecimento da linguagem científica, etc.) mostram a mesma fragilidade da opinião combatida. Se é verdade que em termos de causalidade o sujeito discrimina um sofrimento físico de um psíquico, por que, então, não encontraria dentro de seu universo linguístico a expressão adequada ao sentimento? O indivíduo, esperto quando se trata de sentir, perceber ou discriminar, torna-se obtuso quando se trata de falar destes sentimentos? Por acaso faltam "expressões" ao sujeito que atribui às condições de trabalho ou à conflitos interpessoais o papel de causa dos distúrbios psíquicos? Não existe af

uma adequação da representação ao referente? No entanto, ainda assim, o sujeito não se contenta com esta "explicação" e recorre a "doença dos nervos" como o verdadeiro determinante causal do sofrimento psíquico. Neste caso, por que continuar falando de um referente psíquico mudo que delega à representação corpórea o poder de representá-lo no nível da enunciação? Se a hipótese contestada deixava-se monopolizar pela representação, perdendo de vista o referente, a hipótese contrária não falha justamente no sentido simétrico e inverso, ou seja, deixa-se iludir pelo problema do referente, tornando-se cega diante da representação?

Mais ainda, não seria mais simples e verossímil creditar aos fatores relacionais ou situacionais, o valor de estímulos precipitantes ou coadjuvantes no desencadeamento do distúrbio psíquico, que, em última instância, teria seu motor genético na doença do corpo? Não seria mais justo aceitar esta hipótese que entre outras vantagens, dispensaria o argumento precário que consiste em postular a existência de uma consciência astuta quando percebe a boba quando representa?

Passemos ao segundo problema. Mesmo supondo que os anteriores obstáculos teóricos, tivessem sido resolvidos, restaria explicar como foi deduzida a existência de uma "natureza psicológica" do sofrimento mental. Admitamos que o sujeito de fato, perceba que seu problema não é orgânico. Daí a postular que ele sabe que é psíquico, a distância é grande. Os indivíduos entrevistados queixavam-se de situações socio-profissionais ou familiares e não de "conflitos psicológicos". Não existe, nesta asserção um grosseiro erro etnocêntrico, responsável pela extrapolação de uma idéia de causalidade típica da con

cepção de sofrimento mental vigente na comunidade científica (teorias psicogenéticas) e nas elites sócio-culturais das cidades? Será que na consciência da população de baixa renda o sofrimento mental é discriminado, mesmo no nível do referente, como "conflito psicológico", ao invés de conflito de trabalho, conflito familiar, conflito social, etc...?

Os dois problemas aventados são realmente importantes. Vejamos como podem ser resolvidos, a fim de que nossa hipótese possa manter-se de pé. De fato, se acreditássemos que a representação "doenças dos nervos" persistiria sendo usada exclusivamente em função dos argumentos até então expostos, cairíamos no impasse anteriormente descrito. Não haveria como justificar a sagacidade ativa da consciência, no que concerne ao poder de diferenciar causas diversas de sofrimentos diversos, e a estupidez passiva desta mesma consciência, no que toca a escolha da representação adequada a coisa sentimental. Acontece que, em nossa opinião, as expressões "sistema de nervos", "estado de nervos" ou "doença de nervos", possuem uma carga semântica adequada ao referente em causa. Em outros termos, a representação "doença dos nervos", tem uma conotação que abrange as propriedades particulares do sofrimento mental vivido pelo sujeito. Sua adoção é portanto um modo "ativo" da consciência refletir de maneira apropriada a experiência vivida. Acreditamos assim resolver o problema da adequação da representação ao referente e, no mesmo tempo, a difícil questão da natureza psicológica do sofrimento mental. Empregando a expressão "doença dos nervos" o sujeito busca designar uma "disfunção psíquica e não física" experimentada como desvio da normalidade e que não é identificável a quaisquer outros tipos de

sofrimento oriundo das demais esferas da vida de relação. O conteúdo do termo "sistema nervoso" ou de seus equivalentes, remete, assim, a duas características peculiares desta experiência de sofrimento.

- a) Trata-se de uma experiência de sofrimento psíquico e não-orgânico.
- b) Percebida como não-normal, ou atípica, com relação aos padrões de conflito existentes nas relações humanas do dia a dia.

Vejamos inicialmente como a expressão está semanticamente referida ao psiquismo e não ao corpo. Não obstante a aparência "organiforme", o "sistema nervoso", em sua figuração espacial, estrutural e funcional tem afinidade com a noção de sistema psíquico e não com a noção de sistema orgânico. Como o sistema psíquico, o sistema nervoso está em toda parte e em lugar nenhum. Pode estar na cabeça, nas pernas, no coração, na garganta, no estômago, como pode estar em lugares inexistentes fisicamente, como o "local" dos sentimentos. A esta especialidade, que pode reduzir-se a uma parte do corpo ou projetar-se fora dele, corresponde uma estrutura igualmente estranha à estrutura orgânica. A estrutura do "sistema nervoso" não é composta de partes singulares, articuladas em diferentes níveis de complexidade, como nos sistemas físicos. O "sistema nervoso" é formado por unidades indiscriminadas, sem especificidade funcional ou organização hierárquica. Estas unidades, "os nervos", organizam-se num vasto tecido imaginário, cuja única propriedade é a de ser excitável e de manter-se ou não em equilíbrio homeostático após a excitação. É esta a imagem que o sujeito oferece quando diz que seu sistema nervoso "foi atacado" ou "me atacou".

Enfim, este sistema é posto em marcha pela ação de estímulos ambientais que sempre atingem-no na totalidade e fazem-no reagir como um todo. O "sistema nervoso" comporta-se sempre desta forma não importando a natureza da agressão. É verdade que a totalidade orgânica também reage desta maneira, quando a concebemos através da teoria do "Stress" ou da homeostase dos sistemas. Mas não é esta a concepção que o leigo tem da resposta orgânica a agressão. Na concepção leiga, a reação física limita-se a ôrgãos ou parte de ôrgãos. Ninguém imagina que uma pneumonia ou uma cólica renal impliquem na mobilização de defesas orgânicas que exijam o remanejamento de todo o sistema homeostático do organismo. Em contrapartida, todos podem perceber que a reação do "sistema nervoso" sempre compromete todo o sistema sem exceção. Neste particular, segue o modelo da reação da personalidade, que o sujeito conhece através de experiências "não patológicas". A personalidade responde a estímulos emocionais sempre de forma integral e não por "partes". O "sistema nervoso" reage como uma "pessoa" reage quando é estimulada por um acontecimento afetivo.

A segunda característica da experiência do "sistema nervoso", ou seja, a consciência da "não-normalidade" deste sofrimento psíquico, exige um desenvolvimento teórico mais longo. A questão resume-se em entender por que, justamente neste setor da experiência psíquica, o sofrimento é percebido como "não-normal" e a "anormalidade" é assimilada à "doença". Dito de outro modo, o que leva o sujeito a viver este sofrimento como uma espécie de "doença do espírito" e não como um outro sofrimento qualquer? A resposta seria: este sofrimento assume esta característica porque origina-se em um

conflito identificat6rio, na 6rea da identidade psicol6gica. Com isto queremos dizer que, embora todo sofrimento subjetivo decorra de um conflito, s6 o conflito na identidade psicol6gica, redundando em sintomas ou em "doen7as dos nervos".

Explicitemos o que foi afirmado. Na raiz de todo sofrimento subjetivo existe um conflito conseqüente a viv6ncias de experi6ncias afetivas contradit6rias. Estas experi6ncias, inicialmente, podem ocorrer na rela76o do sujeito com o outro, mas para se tornarem sofrimento psicol6gico tem que desdobrar-se em conflito com o pr6prio eu. O conflito do sujeito com o eu 6 o que chamamos conflito de identidade ou na identidade. Descritivamente falando, identidade 6 tudo aquilo que o sujeito experiencia (sente, interpreta e enuncia) como sendo eu, por oposi76o 6quilo que experiencia como n6o-eu (aquilo que 6 meu, aquilo que 6 outro; aquilo que 6 do outro). A identidade, entretanto, n6o 6 uma experi6ncia uniforme, pois 6 a resultante de uma s6rie de sistemas de representa76es que, embora articulados, s6o distintos entre si. Cada um destes sistemas corresponde ao modo como o sujeito atrela-se ao universo socio-cultural. A identidade do sujeito pode ser experienciada como identidade racial (eu sou branco, preto, amarelo, mulato, etc.); como identidade 6tnica (eu sou ocidental, oriental, latino, mediterr6neo, anglo-sax6o, eslavo, basco, bret6o, etc.); como identidade religiosa (eu sou judeu, protestante, crist6o, cat6lico, esp6rita, budista, umbandista, etc.); como identidade de classe (eu sou patr6o, industrial, campones, oper6rio, trabalhador, opressor, oprimido, etc.); como identidade profissional (eu sou metalurgico, m6dico, astr6logo, engenheiro, gari, administrador, sapateiro, etc.);

como identidade política (eu sou nacionalista, comunista, de esquerda, de direita, conservador, liberal, democrata, reformista, anarquista, revolucionário, etc.).

Estas diversas feições da identidade ou sistemas de identidades possuem regras de formação e reprodução baseadas em normas que orientam o sujeito no cumprimento e no julgamento de seu desempenho identificatório. É em função de determinados princípios que o sujeito julga se está atendendo ou não aos requisitos exigidos para ser bom trabalhador, bom pai, bom marido, bom patrão, bom político, etc.. Cada vez que o processo identificatório é travancado, por contradições internas a um sistema particular de identidade ou por incompatibilidade entre sistemas de identidades diversos, nasce o conflito subjetivo. O sujeito não consegue cumprir ou realizar as exigências da norma identificatória e pode vir a sofrer psicicamente, avaliando seu desempenho como "fora do normal", "abaixo do normal", "não-normal" ou "anormal".

O conflito identificatório possui, assim, uma característica importante, a de poder ser vivido e interpretado como desvio da normalidade. É sobretudo neste aspecto que o conflito psicológico mostra sua originalidade. Pelo fato de situar-se na área da identidade psicológica este conflito, mais que outros, intensifica a consciência do desvio, até assimilá-lo a consciência de uma "doença". As razões desta exacerbação da consciência do desvio deve-se à natureza do sistema psicológico de identidade. Comparando a outros sistemas, estes últimos define-se como aquilo que o sujeito não apenas percebe como sendo eu, mas como sendo comum a todos os eu. A identidade psicológica é o sistema de representações (imagens, idéias, enunciados) que tem a propriedade de apresentar-se

à consciência como universal e genérico. O sujeito percebe esta experiência do eu como o mínimo denominador comum do humano, como as estruturas elementares da subjetividade. Enquanto a raça, a etnia, a religião, a profissão, a classe social, o credo político, etc., são experiências identificatórias de alguns eu, a identidade psicológica é percebida como uma experiência de todos os eu. Resumidamente, as representações constitutivas desta identidade são aquelas fixadas historicamente como transhistóricas, invariantes ou transculturais, no sentido do culturalismo antropológico. Em nossa cultura atual, o conteúdo desta identidade é formado por representações ordenadas em torno de dois eixos: o eixo da diferença de sexos e o eixo da diferença de gerações. Evitemos malentendidos. Quando falamos em diferença de sexos e gerações empregamos tais noções numa acepção diversa da que lhe é dada comumente em psicanálise, em especial na psicanálise francesa. Na psicanálise francesa, a diferença dos sexos e gerações é considerada o átomo ou a estrutura mínima da vida cultural e psíquica. A ordem do parentesco, fundada nesta diferença não é um fenômeno relativizável historicamente. É a condição "sine qua non" do fato humano. O parentesco representa o próprio cerne da vida cultural; a forma não instintiva imposta ou encontrada pelos homens, a fim de se distinguirem uns dos outros no espaço e no tempo. Em outras palavras, com o parentesco, afirma-se a primazia da ordem simbólica, que tem na linguagem seu exemplo mais expressivo. Sem o simbólico e a linguagem não haveria como discriminar no seio do existente, o homem e sua radical singularidade e imprevisibilidade de ações e palavras. Para que existam cultura e história é preciso que os indivíduos biológicos encontrem uma maneira eficiente, estável e aceitável de

se diferenciarem uns dos outros sincronica e diacronica mente. Do ponto de vista psicanalítico é a sexualidade que fornece o móvel desta "aceitação". O "interesse se xual", se assim pudéssemos falar metapsicologicamente, faz com que os indivíduos biológicos internalizem as coerções das regras simbólicas, cuja fonte primordial e modelo por excelência é a línguagem.

Pois bem, qualquer que seja o valor deste postulado, e le se opõe a idéia de uma relativização qualquer das noções de diferença de sexos e gerações. Entretanto, nos so intuito não é discutir esta premissa. Usamos a ex pressão diferença de sexos num sentido próximo daquele que em psicanálise é dado a noção de diferença de gêne ros. Com isto queremos dizer que as normas sociais que criam as imagens e representações distintas do masculino e do feminino passaram a funcionar imaginariamente como determinantes na construção do núcleo da identidade psi cológica. Mas diferença de gêneros não é diferença de sexos. Basta lembrar que a diferença dos sexos, em psica nálise, define-se por relação a um único predicado, o falo, para que a distância entre as noções salte aos o lhos. A diferença dos sexos não se afirma pela posse de atributos positivos, socialmente visíveis e demarcáveis, mas pela negatividade de uma predicado que só existe ima ginariamente e portanto pode ter como suporte qualquer traço, insignia ou emblema real ou ideal.

Quando empregamos a expressão diferença de sexos, no con texto deste estudo, laicizamos deliberadamente a expres são psicanalítica, já que a expressão diferença de gêne ros não tem na línguagem ordinária o mesmo peso expres sivo e alusivo ao papel que ocupa no imaginário social, a sexualidade. A diferença de gêneros surge na teoria

psicanalítica como contraponto a diferença dos sexos. Neste sentido, o conceito funciona pois vem resolver um problema crucial, que é o de explicar como a criança, que já se mostra capaz de distinguir entre o masculino e o feminino, ainda tem que passar pela prova da diferença dos sexos, que só surge no interior do Complexo de Édipo.

No que diz respeito a diferença de gerações, a questão é a mesma, embora não possamos dispor de um equivalente conceitual da diferença de gêneros. Contentamo-nos, então, em indicar o uso particular que fazemos do termo. Assim como a distinção entre homem e mulher; entre masculino e feminino encampa grande parte do imaginário social, quando se trata de definir o que é identidade psicológica, o mesmo ocorre quando observamos a importância dada a construção dos papéis e funções de adultos e crianças; pais e filhos.

Mas voltemos ao centro da questão.

Abordando o problema da identidade psicológica, através da diferença de sexos e gerações, pensamos mostrar como a definição histórico-cultural do que se imagina ser o eu universal é variável. A preocupação de certos setores sociais com a definição clara e precisa dos papéis e funções pressupostos ou baseados nestas "diferenças" nem sempre foi, nem terá de ser obrigatoriamente um parâmetro identificatório fundamental para que o indivíduo se reconheça e reconheça o seu semelhante como sujeito histórico, cultural ou psiquicamente humano. A atenção obsessiva dada ao desempenho destes papéis sexuais e geracionais é um fato datado, contingente, mesmo quando se considera apenas a evolução da cultura ocidental. O que não quer dizer que a sexualidade, tal como a concebemos, nada tenha a ver com a di

ferença dos sexos e gerações analisada por Freud. Mas isto é um problema que foge aos objetivos deste trabalho.

A partir deles, o sujeito enuncia as propriedades do eu universal. Ou seja, afirma que a diferença sexual e a diferença de gerações são as condições mínimas para um eu se reconheça como eu e reconheça ao mesmo tempo outros eu como eu.

Por conseguinte, a identidade psicológica, como outros sistemas de identidade, possui um caráter normativo. Ser adulto ou criança, pai ou filho, homem ou mulher, significa adotar certos padrões de sentimentos e comportamentos e excluir outros que contradizem a norma aceita. Mas, pelo fato de ser internalizada como universal, a norma psicológica é mais coercitiva que outras normas identificatórias. A qualidade do universal é facilmente percebido como natural. As instituições culturais sempre procuram legitimar seus valores éticos, estéticos ou lógicos recorrendo ao argumento da naturalidade. Desta forma, no caso da norma psicológica, acentuam o sofrimento provocado pelo desvio, por duas razões fundamentais. Primeiro, o sujeito desviante não consegue relativizar a norma por considerá-la universal e natural; segundo, não consegue permanecer fora dela, pois esta situação é vivida como "doença". A naturalização da norma acarreta uma espécie de naturalização de identidade psicológica que a encarna. Uma vez produzida esta alquímia do desvio à doença, a distância é curta. A analogia com a biologia é quase automática: normalidade é igual a saúde e anormalidade é igual a doença.

Digamos de imediato que tudo o que foi afirmado busca

dar conta de representações típicas do universo do sen
so comum. Sabemos que normalidade não é equivalente à
saúde e que a doença não é sinônimo de anormalidade.
Não sendo nosso interesse o de discutir estas questões,
enviamos o leitor ao já clássico estudo de Canguilhem
sobre o normal e o patológico³. No que concerne à defi
nição da "identidade psicológica" e a de "conflito psi
cológico", com repercussão psicopatológicas, faz-se ne
cessária, entretanto, esclarecimentos suplementares.

De início, deixemos claro que a definição de identidade
proposta está longe de esgotar a complexidade real des
de fenômeno psíquico. Quando dissemos que tudo que se
enuncia como sendo eu, constitui o sistema de identida
de, não abordamos, deliberadamente, a questão de gênese
do eu. Uma explicação satisfatória da identidade não
pode dispensar a gênese ou dinâmica de seu funcionamen
to. Da mesma forma, o difícil problema da relação en
tre identidade e mecanismo de identificação, absoluta
mente essencial à compreensão do fato, não será toca
do neste trabalho. Esperamos desta forma precisar as
fronteiras teóricas em que nos movemos, não dando mar
gem à confusão entre redução metodológica e reducionis
mo teórico.

Vale ainda ressaltar um outro aspecto, antes de continu
armos a seguir a linha mestra do raciocínio. Ao falar
mos em identidade psicológica, não estamos nos referin
do ao que, em outros trabalhos denominamos Tipo Psicoló

(1) CANGUILHEM, Georges, Le normal et le pathologique, Paris, PUF,
1966

gico Ordinário ou Tipo Psicológico Ideal⁴. O Tipo Psicológico Ordinário está para identidade psicológica como o particular está para o universal. Quando uma dada sociedade define o perfil do Tipo Psicológico Ideal já dá como pressuposta a naturalidade da identidade que serve de base a este tipo. Assim, por exemplo, a norma psicológica do bom pai, ou do adulto heterossexualmente ativo, constroi-se tendo como premissa a universalidade da função da diferença de gerações e da diferença de sexos. Com isto pretendemos apontar para o caráter "conteudisticamente vazio" da identidade por oposição aos conteúdos concretos de que são compostos os tipos psicológicos. A identidade é formada por regras que, embora materiais, são abstratas e, por assim dizer, formais. Sua postulada universalidade só é possível graças a sua natureza de código. Não coincidindo com nenhum sujeito psicológico concreto ou empírico, a identidade psicológica é uma espécie de representação de uma função. Retomando de outra forma o que dissemos antes, é aquilo que é historicamente fixado como estrutural e não histórico. A digressão sobre este tema é importante para nosso propósito, na medida em que, as consequências da infração às regras constitutivas da identidade psicológica e o **desvio das normas constitutivas** do Tipo Psicológico Ideal, não são os mesmos. O desvio do Tipo Psicológico Ideal, não provoca necessariamente sentimentos de mal-estar psíquico identificáveis à doença. Pelo contrário, muitas vezes, a insubordinação a este tipo de norma é interpretado como "sinal de saúde", dentro de certos cânones ideológicos. O sujeito desviante pode sentir-se "criativo", "não-conformis

(4) COSTA, Jurandir Freire, *Violência e Psicanálise*, Rio, Graal, 1984.

ta", "revolucionário", etc., justamente por não submeter-se as injunções normativas do Tipo Psicológico Ideal. Outra coisa é infringir o código normativo da identidade psicológica. Neste nível, o desconforto psíquico é a regra e não a exceção. E, embora estas distinções possam parecer preciosismos teóricos dispensáveis, ela são absolutamente essências à prática clínica. Só de posse destas categorias podemos compreender a diferença capital entre "ajustamento ou desajustamento social" e "equilíbrio ou desequilíbrio psicológico". Voltamos, no entanto, ao eixo de nossa discussão.

O esquema descritivo proposto, com vistas a elucidação da noção de identidade psicológica, poderia ser razoavelmente admitido e operacionalizado, não fosse a trama etnocêntrica em que está envolvido. A definição de identidade dada é verossímil mas restritiva. Aplica-se bastante bem a indivíduos pertencentes a certos estratos culturais das sociedades urbanas industrializadas ou em vias de industrialização. É neste meio, ou em suas franjas ideológicas, que a definição do eu universal como o eu da diferença dos sexos e gerações parece coincidir, de fato, com a "realidade psíquica dos sujeitos". A coincidência, no entanto, não quer dizer a adequação da coisa psíquica à verdade da teoria. O indivíduo que em sua vida psíquica, confirma a veracidade da teoria é um indivíduo historicamente datado, situável num espaço cultural que nada tem de atemporal. Sua "realidade psicológica" foi descrita como o lento produto de decantação das sociedades ocidentais. Rapidamente: é o sujeito da divisão do trabalho social em sociedades com Estado; do capitalismo burocrático e racionalizado em torno da produtividade industrial e comercial; da revolução política burguesa, com seu ideá

rio dos direitos do homem, enfim, é o sujeito da sociedade regida por dispositivos disciplinares, dos quais, pelo menos dois persistem sendo de fundamental importância na vida cotidiana: a pedagogia da alma, que tem como modelo a disciplina escolar e a pedagogia do corpo, cujo modelo é assistência médica continuada e os cuidados de saúde em geral.

A identidade psicológica hegemônica em nossos dias reflete a realidade subjetiva criada por estas realidades sócio-culturais. A subjetividade do indivíduo moderno é o produto da nuclearização progressiva da família; de uma maior privatização da vida familiar; de uma crescente valorização da intimidade psicológica; do grande desenvolvimento do "esprit d'examen", criado pela dilatação do período de escolarização; do enorme valor que passou a ter a sexualidade na disciplina do corpo e da alma; de uma educação moral cada vez mais voltada para a pessoa e não para o "status", enfim pela dissolução da moralidade religiosa e sua progressiva substituição pela moralidade descartável da moda, nas sociedades submetidas ao regime do consumo de massas. É esta subjetividade, objeto de uma tematização obsessiva, que se enquadra com precisão eletrônica na definição da identidade psicológica descrita. Entretanto, desde que atravessamos as fronteiras simbólicas deste universo cultural seus contornos diluem-se. A primazia da diferença dos sexos e das gerações, dá lugar a uma dispersão de suportes identificatórios que, se não ofuscam, embotam notavelmente o brilho que a teoria confere àqueles elementos.

Novamente aqui, é necessário não tomar a relativização da importância destes marcos identificatórios da identidade psicológica com sua negação pura e simples. O que

nos foi permitido observar não autoriza, sob nenhuma hipótese, afirmar que os clientes de baixa renda não dispõem de representações da diferença de sexos e gerações como itens significativos da identidade psicológica. O que observamos e pensamos demonstrar é a presença de outros elementos na composição desta identidade.

Sem pretender generalizar apressadamente nossas verificações, vamos afirmar, a título de conclusões parciais, o resultado de nossas reflexões sobre o tema. Nossa primeira conclusão é a de que alguns indivíduos da clientela estudada têm na identidade social um elemento definidor da identidade psicológica, cuja importância compete com as representações sexuais e geracionais. Isto é, determinadas representações da identidade social são percebidas como universais, e atribuíveis a todos os eus. A segunda conclusão é a de que, só partindo desta compreensão podemos entender a exata dimensão da chamada "causalidade social" das "doenças de nervos".

Tomemos como exemplo, uma queixa comumente referida por alguns clientes homens: o nervosismo de que padecem tem como causa as condições de trabalho. A princípio é fácil corroborar o que já se sabe. As terríveis condições de trabalho no Brasil (stress físico, consciência rudimentar da superexploração econômica, consciência aguda da insegurança social, etc.) são responsáveis diretas pelo desequilíbrio psíquico dos indivíduos, em particular, dos mais pobres. No entanto se perguntarmos qual a relação intrínseca entre esta causa e este efeito, dificilmente teremos uma resposta convincente, do ponto de vista científico. Em psiquiatria, estamos longe de alcançar o nível de explicação que a medicina

orgânica conseguiu oferecer a questões similares. Não há o que discutir, quando dizemos que excesso de trabalho ou salários baixos degradam sombriamente as condições sanitárias da população. O stress físico, a sub-alimentação, as precárias condições de higiene são fatores comprovadamente morbígenos, não só pela demonstração estatística, mas pelo nexu causal passível de ser provado entre tais fenômenos e suas consequências fisiopatológicas. O mesmo não acontece quando refletimos sobre a relação causal existente entre condições de trabalho e transtornos psicológicos. Neste caso, limitamo-nos a brandir estatísticas, como se recorrência estatística fosse sinônimo de explicação científica.

Indo direto ao assunto, eliminemos de imediato os fatores menos problemáticos na equação condições de trabalho X transtornos psicológicos. Aceitamos como inconteste a patogenicidade do stress físico, já que sabemos sem nenhuma dúvida que o esgotamento físico repercute desfavoravelmente no funcionamento mental. Passemos ao chamado stress psíquico. Neste estágio, as questões avolumam-se pois as relações de causa e efeito deixam de ser unívocas. Não podemos, por exemplo, atribuir exclusivamente ao excesso de trabalho físico a responsabilidade pelo stress psíquico. Basta observar a ocorrência do mesmo quadro entre as profissões intelectuais, para que não se tenha dúvidas quanto a existência de outros fatores na determinação deste fato. Descartamos, então, a hipótese do esforço físico, e consideremos a presença de fatores como a consciência da insegurança social fracasso profissional, ou da exploração econômica. Justamente neste ponto crescem as dificuldades. Até agora, acreditou-se que afirmar a causa social dos distúrbios psíquicos é o mesmo que explicar um processo que apenas foi

descrito. A explicação deve fazer-nos entender como e por que a vivência da situação de opressão social pode converter-se em transtorno psicológico. Pois, mesmo admitindo que a vivência desta situação esteja na origem do conflito psicológico, resta saber como o "sujeito oprimido" torna-se um "sujeito nervoso".

Quando deparamos com este ponto cego de nossas teorias, a saída geralmente achada é a de responsabilizar as idiosincrasias pessoais do sujeito ou a coincidências de fatores traumáticos no tempo e no espaço, como sendo a chave do segredo. Sem anular estas afirmações que em última instância determinam de fato a modalidade particular com que cada indivíduo "adoece", insistimos em dizer que uma etapa preliminar foi deixada sem explicação. Antes de recorrer à idiosincrasia pessoal, deve-se poder entender por que a consciência da exploração, do engodo profissional ou da insegurança econômica são capazes de produzir tão frequentemente transtornos psicológicos nesta faixa populacional.

O argumento usual é o de que na ausência de consciência política o fosso criado entre a expectativa e a decepção é preenchida com a auto-acusação. O sujeito acusa-se por que não consegue acusar a sociedade. Este argumento pode ser verdadeiro, mas deixa em aberto o fundamental: por que auto-acusar-se? É aqui que acreditamos poder contribuir um pouco no esclarecimento da questão. O sujeito se acusa e não a sociedade, porque não percebe sua identidade social, a identidade de trabalhador, como um produto da divisão social de classes, mas como uma atribuição universal do gênero humano. A ideologia de "trabalho livre" não só criou a idéia de que o trabalho é um "fato natural" e que depende do in

divíduo curvar-se ou não aos imperativos da "natureza" capitalista. Fabricou também a representação, igualmente normativa, de que ser homem é ser trabalhador.

Esta invenção ideológica naturalmente tem maior ou menor credibilidade, dependendo do meio social onde germine. Entre os pobres, os assalariados, ela pode parecer tanto mais convincente, quanto ancora-se numa necessidade social que é ao mesmo tempo necessidade vital. Quem não trabalha, não come. Este "argumento" de força reduz sensivelmente as chances que tem o sujeito de distanciar-se criticamente do "valor trabalho" para poder vê-lo, fora da situação prática. Mas esta necessidade premente de trabalho, enquanto instrumento de sobrevivência física e social (é bom não esquecer, as consequências sociais do estatuto de "desempregado" ou "vagabundo pobre", como humilhação por parte de burocratas; exposição à brutalidades policiais; estigmatização por parte de parentes etc) não nos deve fazer esquecer, a adesão afetiva do sujeito a identidade de trabalhador. Nesta camada social o trabalho não vale apenas pelo que representa enquanto meio de sobrevivência. Ele possui outro valor, o de assegurar ao sujeito a posse de um predicado que o torna humano como os outros homens. Assim como nas classes privilegiadas, o trabalho além de assegurar a sobrevivência e o "status" também é vivido como meio de realização do potencial criativo do homem (vide o problema da vocação, onde o "prazer" de trabalhar é um item fundamental na escolha do trabalho), nas classes desfavorecidas o trabalho também possui uma dimensão que escapa ao círculo da mera sobrevivência. Certos indivíduos exibem a condição de trabalhador como outros exibem a potência sexual. A comparação visa equiparar os dois predicados,

no valor quem tem na construção da identidade psicológica. Através deste artifício, pensamos dar a justa medida do valor trabalho na definição eu universal do sujeito.

Um exemplo, extraído de uma situação clínica, pode ilustrar o que afirmamos.

MÉDICO - O senhor é casado?

CLIENTE - Eu sou casado. Tenho três filhos.

MÉDICO - O senhor mora onde?

CLIENTE - Eu trabalho nessa obra aqui e durmo lá na obra.

MÉDICO - E sua família?

CLIENTE - Os meus filhos vivem na casa de uma madame. A minha mulher trabalha e os filhos ficam lá.

MÉDICO - O senhor vive com sua mulher?

CLIENTE - Vivo.

MÉDICO - Mas não tem casa?

CLIENTE - Não tenho casa!

MÉDICO - Qual é a sua profissão?

CLIENTE - Servente de obra.

MÉDICO - E o que o senhor pensa fazer de sua vida daqui pra frente?

CLIENTE - Eu penso em ficar bom e ir trabalhar.

MÉDICO - Em trabalhar?

CLIENTE - É... Não quero dar desgosto. Meus três filhos, dei trabalho para eles. Eu não posso nem trabalhar pros meus filhos.

MÉDICO - Me diga uma coisa, esse tipo de trabalho, o senhor não acha que ele lhe prejudica? O senhor gosta de seu trabalho?

CLIENTE - Gosto.

MÉDICO - Gosta? Mas não acha que é muito pesado?
Não lhe pressionaram muito no trabalho?

CLIENTE - Agora depois do nervoso, estão pressionando.

MÉDICO - Me diga uma coisa, fora do trabalho, o senhor gosta de alguma coisa fora do trabalho?

CLIENTE - Não. Meu pensamento é só criar meus filhos e meu trabalho.

MÉDICO - O senhor não tem interesse em se divertir?

CLIENTE - Não, não sou desses assim. Só trabalhar e dar comida aos meus filhos. Agora não estou nem podendo.

Afirmando que só pensa em trabalhar para dar de comer aos filhos, o sujeito mostra até que ponto ser trabalhador-pai-homem-marido são uma só e mesma coisa. O trabalhador é o homem que é pai e marido; marido é o trabalhador que é homem e pai; o pai é o homem que é marido e trabalhador; o homem é o trabalhador que é marido e pai. A conversão de uma fórmula em outra poderia seguir-se até a exaustão combinatória. O último sedimento semântico poderia ser expresso de maneira simples: "trabalho, logo sou".

Como reforço do que foi dito, veja-se outro exemplo:

MÉDICO - Qual foi o motivo que o levou o senhor a procurar o médico psiquiatra?

CLIENTE - Foi um pequeno desentendimento que eu tive com o chefe mesmo... Eu vinha me aborrecendo constantemente na seção com o chefe. E fui aguentando. Aquilo foi acumulando, acumulando e chegou um ponto que eu perdi a paciência com ele e nos desentendemos. Dalí acharam por direito eu ir ao médico.

MÉDICO - Quer dizer que o senhor não se acha doente?

CLIENTE - Não. Eles é que acharam. Mas é aborrecimento...

MÉDICO - O senhor acha que esse aborrecimento trouxe alguma dificuldade para o senhor?

CLIENTE - Acho pelo seguinte. Me surge uma dor na nuca, todo dia eu tenho essa dor. E para aliviar tenho que estar tomando Melhoral. Aí volta novamente. Então já tirei a conclusão que não posso ficar alimentando esta dor com Melhoral. Às vezes aparece uma série de problemazinhos aí, a dor de cabeça, essa dor na nuca. Então eu falei pro doutor que eu tenho a impressão que talvez essas dores sejam de aborrecimento mesmo lá dentro ...
Eu acho que preciso mesmo de um tratamento.

MÉDICO - O senhor acha que precisa, mas por que?

CLIENTE - Essas dores na nuca eu acho uma coisa muito esquisita.

Depois de tentar precisar o que o cliente sentia como sintoma, o médico pergunta.

MÉDICO - O senhor podia falar um pouco sobre sua vida. Como é que foi sua infância, adolescência, rapazinho, relações com a família, os amigos, namoradas?

CLIENTE - Sim senhor. Pois não. Eu, por exemplo, comecei minha vida da seguinte maneira: éramos 6 irmãos. Meu pai morreu na época da guerra, era da Marinha, volta doente na guerra do mundo e chegou aqui e morreu. Então, a velha batalhando ali... e eu tinha que me virar. Mas eu tive uma infância tremenda, viu? Eu pra me virar, pra poder sustentar os outros 5 irmãos eu já fui carvoeiro, eu já fui burro de carga, empurrando amendoim para um senhor na Ilha do Governador. Eu tinha que levantar de madrugada, duas horas da madrugada, eu já trabalhei numa barraquinha na Praia do Gavião. Depois me botaram pra arrancar, pra moer cana lá no sítio do dono da barraca. Depois eu fui promovido a comprador de bala. Vinha da Ilha prá comprar bala na Praça Mauá, pra levar pra barraca. Aí me chamaram prá ser marmiteiro, numa pensão. Dali comecei a enfrentar a obra, trabalhei de servente. Aí aprendi a profissão de servente, aí eu pulava para o escritório - que eu também aprendi a bater uma máquina - aí pulava para o escritório - do escri

tório eu pulava para a imprensa, como fui, a propaganda me levou na Praça Mauá, quando eu voltei, até descansar, voltava para a aula, como pedreiro eu ganhava mais naquela ocasião e pulava de Bangu para a Gávea, para Copacabana e minha vida foi esta,... E essa é a minha vida. Batalhando constantemente.

A pergunta feita pelo médico recebeu uma primeira tradução: "O senhor poderia falar de sua vida laborativa" ? É assim que o cliente regiu automática e imediatamente à questão sobre sua trajetória de vida. Para ele vida era isso. Sua biografia confundia-se ou fundia-se a história de seu trabalho.

Finalmente, o cliente fala da casa que conseguiu construir, sinal de conforto e segurança para a família, e dos filhos criados e educados que diz ser "sua única herança". Este clima familiar, descrito como de felicidade ("Tudo que eu desejei até hoje sempre tive, o meu bem estar com os meus filhos e minha mulher que é uma boa esposa. Graças a Deus eu sempre tive. Não reclamo de nada, absolutamente, de nada, nada, nada. Sou um cara feliz, principalmente na parte de meus filhos e de minha mulher") foi obtido porque ele era trabalhador. Ser trabalhador é a condição de possibilidade de ter filhos, mulher e ser feliz. E, ter filhos, mulher e ser feliz era tudo quanto o cliente imaginava que o sujeito poderia ser. Não poder trabalhar, conseqüentemente é não poder ser.

Diante destas constatações torna-se mais fácil entender por que as más condições de trabalho ou a perda de emprego, geram distúrbios psicológicos que o sujeito vive e enuncia como sendo "doença dos nervos". É possível do mesmo modo tentar explicar como se dá a passagem do social para o psicológico. O conflito social

sô se torna psicológico, por que a identidade psicológica foi posta em questão. Este conflito não é idêntico a qualquer outro. O mesmo sujeito que parece com "sistema nervoso" quando se sente impedido de trabalhar, pode conviver sem maiores traumas psíquicos, com conflitos na esfera da identidade religiosa, política, profissional, etc. A ideologia dominante, ao contrário de outras épocas, não atribui a estas identidades o mesmo valor normativo que aquele conferido à identidade de trabalhador. Pouco importa a crença religiosa do sujeito quando se deseja uma mão-de-obra, versátil e prestes a aceitar qualquer salário, como ocorre no Brasil de hoje. Em contrapartida, importa muito que sua consciência de classe seja mantida no mais baixo nível possível, e quanto a isso a sonegação das informações, a massificação da propaganda, a semi-alfabetização e a coerção das atividades sindicais, encarrega-se razoavelmente bem. No primeiro caso, o procedimento empregado é a desvalorização, no segundo, é o impedimento ativo pela coação física ou intelectual. Nos dois casos é possível ver-se como se dá a seleção dos elementos que serão os definidores da identidade psicológica do sujeito, de seu eu universal.

É supérfluo dizer que estas regras de formação e reprodução da identidade psicológica não são válidas para o conjunto de toda sociedade, nem dependem exclusivamente da determinação econômica. A ilustração "economicista" aplica-se particularmente bem aos casos estudados, em que os indivíduos, pela posição social que ocupam, corporificam exemplarmente, a situação psicológica do assalariado urbano, numa sociedade capitalista semi-industrial e semi-moderna. Em outros setores sociais o peso dado a identidade política, racial, religiosa, ét

nica ou profissional será outro. Nosso propósito foi a penas demonstrar a dinâmica do conflito subjacente à explosão do nervosismo. Sob este aspecto, diríamos, reforçando nossas opiniões, que é necessário ler ao inverso a queixa tão corriqueira de nossos clientes: "o sistema nervoso atacou-me e não pude mais trabalhar". É porque não pode mais trabalhar que o sistema nervoso atacou. Foi porque não pôde mais conformar-se às injunções normativas da identidade psicológica, que o sujeito sentiu-se desviante e experimentou o desvio como "a normalidade". Finalmente, é por que percebe que o sofrimento psíquico neste estágio não é um sofrimento como os outros, que continua empregando termos como "sistema nervoso" ou "estado de nervos" para descrever a natureza de seus males.

De posse destas conclusões, resta-nos avaliar cada caso buscando entender que circunstâncias específicas provocam a ruptura no equilíbrio de identidade. E a partir disto, criar técnicas específicas capazes de permitir ao sujeito, emergir do estado de "natureza" sintomática, para o estado de cultura sem sintomas. Na sequência deste trabalho, procuraremos, na medida do possível, apontar pistas nesta direção.

2

UMA MEDICINA DE CLASSE MÉDIA:
IDÉIAS PRELIMINARES SOBRE A CLIENTELA DA
HOMEOPATIA.

MARIA ANDREA LOYOLA

UMA MEDICINA DE CLASSE MÉDIA: IDEIAS PRELIMINARES SOBRE A CLIENTELA DA HOMEOPATIA *

MARIA ANDRÉA LOYOLA **

RESUMO

Nesse trabalho são examinadas, de forma preliminar, a visão de saúde e doença e as práticas médicas dos clientes da homeopatia. Investiga-se também a relação que eles mantêm com essa medicina procurando explorar a influência dos fatores sociais, mormente da posição de classe, sobre a escolha desse tipo de tratamento e sobre o modo como essa clientela encara e utiliza a homeopatia.

INTRODUÇÃO

A homeopatia iniciou-se no Brasil com uma prática do tipo liberal que, em suas linhas gerais, se mantém até os nossos dias. Os médicos atendiam em consultórios próprios e, na maior parte dos casos, fabricavam eles próprios, de forma artesanal, seus medicamentos.

Paralelamente, e conforme os ventos lhes eram ou não favoráveis, os homeopatas desenvolveram também uma prática institucional em enfermarias ou em hospitais - como o da Ordem de São Vicente de Paula em 1850; da Santa Casa de

* Este trabalho é parte de um relatório preliminar da pesquisa que estamos desenvolvendo no IMS sobre a Homeopatia juntamente com Madel T.Luz e da qual participam ainda Bárbara Musumeci, Sergio Carrara e Pulo César, com financiamento da FINEP.

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

Misericórdia, para tratamento da cólera, em 1855; da Ordem Terceira de São Francisco de Penitência em 1958; do hospital São João de Deus da Sociedade Portuguesa de Beneficência em 1959; da Santa Casa de Misericórdia em 1880, desta feita para o tratamento da malária; do Hospital Central da Marinha em 1908 etc. - e também em associações como a dos Empregados do Comércio, em 1897, e em dispensários próprios ou como o da Caixa de Socorro D.Pedro V, no mesmo ano. A partir deste período até a segunda década deste século, o número de dispensários homeopáticos, tanto no Rio de Janeiro como em outros pontos do país (notadamente na Bahia, Pernambuco, São Paulo e Porto Alegre), foi bastante expressivo.¹ Até hoje os homeopatas mantêm no Rio de Janeiro, uma prática semelhante, tendo entretanto algumas dessas instituições e associações sido substituídas por outras, com destaque para os centros e associações religiosas espíritas kardecistas e as igrejas e associações protestantes, especialmente as do tipo histórico e as denominações não-pentecostais.

Bem recentemente, uma outra prática homeopática de tipo institucional teve início: o atendimento nos postos do INAMPS em Niterói, contemplada com uma investigação do tipo "estudo de caso" por esta pesquisa.

Em 1844, foi instalada, no Instituto Brasileiro de Homeopatia fundado pelo Dr. Mure, a primeira farmácia sobre a qual se tem registro no Brasil.¹ Em 15 de março de 1980, inaugurou-se, na rua da Quitanda 57, a Pharmacia Homeopática Araújo Penna, e dez anos depois, a 9 de dezembro de 1880, na rua Visconde de Inhaúma nº 29, o Laboratório

(1) Galhardo, J.E. Rodrigues. História da Homeopatia no Brasil. In **Livro do 1º Congresso Brasileiro de Homeopatia**, RJ, Instituto Hahnemanniano do Brasil, 1928.

Homeopático Almeida Cardoso & C. Em 1886, o governo imperial reconheceu a legalidade das farmácias homeopáticas e, ao que tudo indica, inaugurou-se, desde esta época, um outro tipo de prática que se tornou hoje, senão dominante, bastante significativa. Trata-se do que chamamos, em oposição às práticas de **consultório e institucional**, de **prática associada**: os médicos homeopatas atendem em consultórios cedidos pelos farmacêuticos, localizados próximos ou nos prédios das próprias farmácias onde, na maior parte dos casos, se situam os laboratórios. Essa prática, entretanto, não deixa de ser do tipo liberal (como também a maior parte da institucional), na medida em que os médicos estipulam e cobram eles próprios (ou através de secretárias ou recepcionistas) o preço de sua consulta. Apenas não fabricam mais os medicamentos, que são, em geral, adquiridos pelos clientes na farmácia onde se situa o consultório médico.

Essas práticas - de consultório, institucional e associada - não são, para um número significativo de médicos, excludentes. Muitos deles atendem em consultórios próprios, em uma ou duas instituições e em uma ou mais de uma farmácia. Parece haver uma tendência para a prática exclusiva de consultório, por parte dos jovens médicos homeopatas de orientação **unicista** e recém-ingressados na profissão, e um predomínio dos homeopatas tradicionais de orientação **pluralista** na prática associada.²

(2) Essa e outras hipóteses, estão sendo testadas e aprofundadas. Estão sendo examinados também aspectos como a origem diferencial (social e profissional) dos médicos e farmacêuticos homeopatas, suas relações com o mercado de trabalho e com a instituição médica como um todo, visão de saúde e doença e a relação com a clientela e com os médicos e farmacêuticos não homeopatas.

A CLIENTELA, UMA MEDICINA DE CLASSE MÉDIA *

Assim como a medicina popular (curandeirismo, cura umbanista, de candomblé e cura divina pentecostal) é, embora não exclusiva mas predominantemente, uma medicina do proletariado e subproletariado de urbanização relativamente recente dos subúrbios e da periferia das grandes cidades,¹ a homeopatia é, também não exclusiva mas predominantemente, uma medicina das classes médias urbanas.

Seus clientes habitam bairros tradicionalmente de classe média como Centro, Tijuca, Laranjeiras, Copacabana, Méier, Vila Isabel, Madureira ou similares em Niterói, embora locais como Ipanema, Leblon, Jardim Botânico, Gávea e Barra da Tijuca não estejam excluídos. Pertencem igualmente a famílias de classe média (comerciantes, militares, funcionários públicos, bancários, viajantes, professores de nível médio, empregados do setor de serviços) e, como veremos mais adiante, possuem uma visão do mundo e um estilo de vida característicos dos estratos médios da população brasileira.

Mas, se podem ser facilmente enquadrados na categoria mais ampla da classe média, os clientes da homeopatia não deixam de apresentar algumas especificidades. Uma delas é o fato de terem suas trajetórias marcadas por expectativas de mobilidade não satisfeitas ou por entraves e falta de horizontes para essas expectativas, donde seu discurso ser em geral marcado por um certo desencanto

* Os dados que serviram de base para esta análise estão incompletos (foram ouvidos principalmente os clientes da zona norte e do centro). Assim, as idéias aqui desenvolvidas devem ser vistas apenas como hipóteses preliminares de um trabalho em desenvolvimento.

(1) cf. Loyola, M.A. **Médicos e Curandeiros, Conflito Social e Saúde**. São Paulo, Difel, 1984.

que toma a forma ora de ressentimento, ora de contesta
ção difusa face às instituições dominantes da sociedade,
entre as quais a medicina oficial assume uma posição de
destaque.

Uma outra particularidade da clientela homeopática dire
tamente relacionada à primeira é o fato de aderirem a re
ligiões que ocupam na sociedade brasileira posições su
balternas à religião oficial - o catolicismo romano. A
proximadamente um terço (30,8%) das 26 pessoas cujas en
trevistas foram analisadas se declarou católica e apenas
uma, católica praticante. A maior parte professa o espi
ritismo kardecista (38,5%), e o restante são adeptos de
várias igrejas ou denominações protestantes não-pentecos
tais (19,2%), ou de religiões e seitas como o Budismo,
Perfeita Liberdade, Igreja Messiânica, etc.(11,5%).

As mulheres (80,8%) predominam largamente sobre os ho
mens (19,2%), e parece que, de fato, aderem à homeopatia
mais facilmente do que eles. Entretanto, como em geral
cabe às mulheres a tarefa de procurar assistência médica
para os membros da família ¹ e como as entrevistas foram
realizadas nas salas de espera dos consultórios homeopá
ticos, é difícil avaliar a real adesão dos homens à ho
meopatia. Por indicações dadas pelas mulheres a propô
sito de seus maridos e pelo apego maior dos homens às
instituições dominantes, é possível inferir que, a ní
vel do consumidor, a aceitação da homeopatia é, de fato,
maior por parte das mulheres do que dos homens. De
qualquer modo, essa hipótese deve ser testada.

(1) cf. Loyola, M.A. Médicos e Curandeiros, op. cit.

No que se refere à idade, podemos dizer que a homeopatia atinge todas as faixas etárias, dos 20 aos 78 anos de idade, com a seguinte distribuição, em nossa amostra: de 20 a 30 anos, 34,6%; de 31 a 40 anos, 30,8%; e de mais de 40 anos, 30,8%, sendo 3,8% sem informações quanto à idade.

ADESÃO À HOMEOPATIA, UMA MEDICINA EM DOIS TEMPOS

Segundo a forma de adesão à homeopatia, a clientela estudada divide-se em dois tipos bem característicos, que agregam diferencialmente os elementos já apontados e refletem dois momentos distintos do desenvolvimento sócio-econômico do país e de sua atenção médica e, correlativamente, de expansão e/ou retração da homeopatia. Um desses tipos é formado pela clientela a que chamamos **tradicional**, isto é, pessoas que se tratam com a homeopatia "desde crianças", tendo aderido a ela no primeiro quartel deste século, período áureo dessa medicina, segundo Galhardo.¹ Encontram-se entre essa clientela as pessoas mais idosas, com mais de 40 anos - 60,6% da categoria (18,2% têm entre 31 e 40 anos e 18,2% menos de 30) - e principalmente com mais de 60 (45,4% da categoria), que começaram a tratar-se com a homeopatia através dos pais, avós ou familiares e a maior parte mantém a tradição com relação aos filhos e netos:

"Desde que nós éramos pequenos, lá em casa, mamãe sempre usou remédio de homeopatia. Não conhecíamos antibiótico, não conhecíamos nada disso. Depois que minhas crianças nasceram, eu adotei também o tratamento nelas. Quer dizer, desde que eu me entendo por gente que eu tomo homeopatia." (L. - professora municipal, 35 anos)

"Bom, isso foi desde criança. Desde criança que eu lido com homeopatia. Meus pais, meus irmãos, todos usaram a homeopatia; nosso médico

(1) Galhardo, J.E. Rodrigues. **História da Homeopatia no Brasil**, op. cit.

era o Dr. D.C. Depois que ele faleceu, me tratei com outros médicos até que cheguei aqui com o Dr. J.L. Estou com ele há mais ou menos uns seis anos talvez, sou cliente dele." (N. - engenheiro da TELERJ, 74 anos)

"O meu primeiro contato com a homeopatia foi quando eu era pequeninha; minha mãe começou a dar e eu fui acostumando. Tratei de doenças infantis, sarampo, catapora, e depois a gente continuou, minha mãe, meu pai, eu, minhas filhas." (V. - esposa de comerciante, 32 anos)

Os clientes tradicionais pertencem a uma classe média também tradicional, a famílias onde predominam, pela ordem, funcionários públicos, comerciantes, bancários, militares e pequenos industriais, sendo que todas as mulheres deste grupo que exerceram ou exercem alguma profissão são professoras primárias ou do segundo grau. Tratam-se com médicos também tradicionais, isto é, que exercem a homeopatia há longos anos, sendo alguns já falecidos, e, em sua quase totalidade, professam o espiritismo kardeísta (uma pessoa era budista, e a única católica deste grupo tratava-se com médico espírita).

Aliás, o grande número de médicos espíritas, é uma característica da homeopatia. Existem mesmo algumas obras, destacando-se entre as mais recentes a de Lauro S. Thiago¹, que defendem as afinidades doutrinárias entre o espiritismo e a homeopatia e conclamam os adeptos do espiritismo a aderirem à homeopatia: "Aí estão, portanto, as idéias de Hahnemann nitidamente espiritualistas, senão espíritas, e dignas de serem partilhadas pelos adeptos do espiritismo." ²

O segundo tipo de clientela a que denominamos **moderna** é formado pelas pessoas que aderiram à homeopatia nos últi

(1) Thiago, L.S. **Homeopatia e Espiritismo**. Rio de Janeiro, Federação Espírita Brasileira, 1972.

(2) Idem, *ibidem*, p.38

mos dez anos. A maior parte dessas pessoas tem menos de 30 anos (60%) ou entre 31 e 40 anos (40%) e são estudantes e/ou exercem atividades mais modernas: economia, psiquiatria, administração de empresas, engenharia, biologia etc. Algumas mulheres desse grupo também exercem o magistério de ensino médio.

Inversamente à clientela tradicional, nenhuma pessoa de religião espírita enquadrou-se na categoria dos modernos. Aí predominam os católicos (60%), os protestantes e os membros de outras igrejas, sendo que, entre estes últimos, a relação homeopatia/religião parece ser também bastante acentuada. Tudo indica que entre essas pessoas o recrutamento para a homeopatia se dá, com muita frequência, através dos agentes religiosos:

"Cheguei até a homeopatia através de um pastor da igreja que se trata com homeopatia, porque eu sempre gostei da ciência homeopática, mas não conhecia ninguém de confiança." (C. - protestante, 24 anos)

"Me dei muito bem logo na primeira receita. O problema era uma alergia na pele, entendeu? Fiquei assim dois meses sem saber mais o que fazer. Estava já me preparando para uma biópsia; fui então buscar uma orientação na Igreja Messiânica, pois eu sou de lá e a orientadora que estava de plantão me indicou ele; eu fui, acreditando mesmo; joguei tudo, acreditando que realmente ele ia me curar, que eu ia ficar boa." (D. - Igreja Messiânica, 36 anos)

Já entre os católicos, e também para os modernos em geral, o mais comum é a indicação de amigos, vizinhos ou colegas de trabalho:

"Eu comecei quando o meu filho mais velho (...) O menino estava com uma anemia horrorosa. E daí é que uma vizinha do meu prédio insistiu muito para que eu levasse o menino a um homeopata. Ela me deu vários nomes de médicos. Eu fui num velhinho lá pertinho de casa, não sei se você conhece, Dr. C.V. Aí foi limpando, não é? Sei lá o que foi que houve, ele foi dando remédio para alergia e para anemia para fortalecer. Aí ficou normal, ficou legal." (R. - católica, 37 anos)

"Procurei a homeopatia e eu cheguei ao conhecimento desse médico, a través de uma menina lá do banco." (M. - católico, 21 anos)

Finalmente, uma última categoria a que chamamos cliente intermediária, por reunir elementos das duas outras, pode ser ainda identificada. Essa clientela é formada por pessoas que têm entre 31 e 50 anos; inclui católicos (25%), espíritas (25%) e outras religiões (50%) e profissões como instrumentadora, professora primária, funcionário público e militares. Essas pessoas têm em comum o fato de terem aderido à homeopatia nos últimos dez anos, mas por indicação de parentes que são até hoje, ou foram no passado, clientes do tipo tradicional:

"Minha prima e a filha dela pequena se tratavam com esse médico; ela se trata com homeopatia há muito tempo. Aí ela marcou para mim e eu fui." (M. - espírita, 31 anos)

"Vim através da minha tia, que se trata com o Dr. J.P. aqui mesmo, há mais de trinta e seis anos; porque minha prima tem trinta e seis anos e minha tia, antes de minha prima nascer, já se tratava com ele. Minha tia tem quarenta de casada, então há quarenta anos ela se trata com homeopatia, também por influência da família do marido; e ela se deu muito bem. Tenho pouca experiência no campo da homeopatia, mas tenho o exemplo dessas pessoas da família que se tratam e que se dão muito bem." (T. - testemunha de Jeová, 35 anos)

Quanto aos motivos que levaram essas pessoas a procurar o tratamento homeopático, a clientela tradicional em geral aponta a influência de parentes ou a mera tradição:

"Por que eu não sei; minha mãe gostava muito de homeopatia e desde aí que eu me trato." (C. - espírita, 78 anos)

"Herdei essa filosofia de homeopatia do meu pai. Meu pai primeiro, depois minha mãe; meu pai fez a cabeça dela e depois a minha. E os outros também influenciaram, meu pai inclusive tratava com o Dr. V. lá na rua Marechal Floriano, muito antiga, sabe? E depois fui vendo, as pessoas foram me passando as informações, me dei bem e estou nela." (N. - espírita, 40 anos)

Alguns modernos aludem ao aspecto natural da homeopatia como tendo influenciado sua opção por esta medicina:

"Cheguei à homeopatia porque sempre ouvi falar, um pouco de curiosida

de também; sempre procurei transar as coisas mais naturais, quer dizer, alimentação, procuro transar uma coisa natural, e acho que a medicina tradicional que a gente tem é muito agressiva; ela atende bastante, ela é, de uma certa forma, agressiva. E o que eu reparava é que havia um abuso na medicação. Qualquer coisa, toma um remédio, quando as ervas e a própria homeopatia podem resolver. (K. - católica, 30 anos)

A maior parte dos modernos e tradicionais, entretanto, escolhem essa medicina após um insucesso anterior com a medicina alopática:

"Cheguei até a homeopatia porque eu me tratava com alopacia. Mas com a alopacia eu ia muito ao médico de pele, ao médico de intestino, ao médico para tudo e não via resultado satisfatório, porque enquanto eu tomava um remédio melhorava, e depois, com o tempo, surgia uma outra coisa." (C. - cliente moderno, 24 anos)

"Eu tinha um problema enorme de circulação, sabe, meus pés inchavam tanto que pareciam sapos, de tão inchados. Fiz um tratamento homeopático de quatro meses e fiquei boa, sabe, boa mesmo. Com os outros remédios eu gastei mais de duzentos mil, e atacaram uma porção de coisas em mim. E esse dinheiro eu gastei em menos de quinze dias, para não melhorar nada. E o F., meu filhinho, ele tinha muitos problemas de vômitos, de fígado, e também não melhorava. Tomava antibióticos e tudo. Depois comecei a fazer com ele o tratamento que eu faço [homeopático], ele melhorou completamente." (V. - cliente tradicional, 40 anos)

Como veremos no decorrer deste trabalho e já pode ser observado nos trechos de entrevistas acima, a comparação quase sistemática, entre as práticas alopática e homeopática constitui uma característica marcante da clientela homeopática - não só dos clientes modernos e intermediários, mas também dos tradicionais - quando se trata de avaliar sua própria prática ou as estratégias que adotam em matéria de saúde e doença.

VISÃO DA HOMEOPATIA, UMA MEDICINA EM OPOSIÇÃO

O conhecimento que a clientela homeopática possui desta medicina é apenas rudimentar ou parcial. Ele é constituído a partir de sua própria experiência terapêutica ou da

de familiares e amigos, através de recomendações ou explicações fragmentadas dadas pelos médicos, ou daquelas do tipo "ouvi dizer", que circulam em sua rede mais ampla de relações (vizinhos, agentes religiosos, companheiros de fé ou de trabalho etc.). E, embora com influência aparentemente menor, também da consulta de manuais do tipo Nilo Cairo. Apenas dois clientes apresentaram um esboço de teoria ou forneceram elementos explicativos, alguns contraditórios, sobre a homeopatia:

"É o que todos dizem, que o semelhante cura o semelhante, o princípio é este. É extraído de ervas e produtos que provocam aquela doença no teu organismo, e que você ingerindo em quantidade pequeníssima, em doses fraquíssimas desses produtos o organismo vai pegando uma resistência tal que então se torna nula aquela doença. O que me explicaram e o que eu entendi é mais ou menos isto." (L. - cliente moderno, 22 anos)

"Pelo semelhante ela cura o semelhante. É essa a base de toda a homeopatia. A homeopatia faz uma ação, ela procura reagir ao contrário do que você sente, para curar. Para que teu organismo faça uma reação que cure. O negócio bom da homeopatia é esse, quer dizer, ela remedia, como diz o outro, não dá remédio. Ela justamente aumenta a doença para que seu organismo reaja." (P. - cliente tradicional, 62 anos)

Mesmo uma cliente que é filha de médico homeopata recente revelou não possuir um conhecimento minimamente elaborado sobre esta medicina:

"Eu acho que a homeopatia não vai fazer mal, não é, se não fizer bem também não vai fazer mal. Não tem nada que prejudique a pessoa." (I. - cliente moderna, 29 anos)

O desconhecimento dos princípios terapêuticos da medicina não é, entretanto, uma especificidade da clientela homeopática. Ele é próprio da condição de "leigo" em geral e válido também, acreditamos, para a clientela da medicina alopática, mesmo para aquela composta pelos estratos sociais mais altos da população.¹ A relação que

(1) Com relação aos estratos de renda mais baixos, este fato já foi observado. cf. Loyola, M.A. **Médicos e Curandeiros**, op. cit.

as pessoas mantêm com a medicina oficial (como com o conhecimento científico e erudito em geral) é, numa larga medida, uma relação de "crença" ou de "fé". Suas dúvidas e desconfianças dirigem-se comumente para o médico de quem exigem competência no diagnóstico e na indicação terapêutica, pois o agente curador, de fato, é o medicamento. O mesmo parece ocorrer com a clientela da homeopatia, tanto assim que o medicamento constitui o principal elemento para avaliar ou descrever essa medicina:

to para avaliar ou descrever essa medicina:

"porque esses remédios que andam por aí, anti-inflamatórios, antibióticos, arrasam qualquer criança. E o pior é que não curam. É sempre aquilo, na hora passa, daqui a pouco volta de novo. E o remédio da homeopatia cura." (C. - cliente moderna, 30 anos)

"Em que se baseia? Acredito que seja à base de ervas, produtos naturais que deram origem aos remédios." (C. - cliente moderno, 24 anos)

O que parece ser específico da clientela homeopática é o fato de não poder pensar essa medicina em si, a mão ser por oposição à alopatia ou medicina oficial. E isso está, sem dúvida, ligado à posição subalterna que até o momento a homeopatia ocupa no campo médico. Ela não é considerada ciência pelo núcleo duro dos médicos oficiais que costumam chamar os homeopatas de "charlatães" e/ou "enganadores"; os menos radicais reconhecem-lhe apenas a faculdade de minorar certos males de origem psicossomática:

"Bem, a primeira coisa que ele [médico alopata] me disse foi 'você pode, eu acho que se você tem vontade de procurar a homeopatia, procure. Não acredito que tenha resultado absolutamente nenhum. Mas, também, mal não vai fazer.' Mas hoje ele admite que faz bem, ele reconhece que para certas doenças crônicas, como a asma, por exemplo, a homeopatia é muito importante, por esse lado não-agressivo ao organismo. E você fica tratando a longo prazo sem prejuízo para coisa nenhuma. E vai obtendo respostas das pessoas." (C. - professora aposentada, 60 anos)

"Eu não podia trabalhar porque fiquei toda inchada, manchada, umas placas. Aí eu fui à Biometria para pedir licença. O médico me olhou e

perguntou o que eu estava tomando. Ele era dermatologista. Aí eu disse que estava tomando homeopatia. E ele disse: ' Olha, eu não vou lhe dar licença porque você está brincando com isso, sabe? Você está seriamente doente. Eu vou lhe dar somente quatro dias porque você vai ter que ir ao dermatologista para fazer a receita para eu poder lhe dar a licença.' Aí eu briguei com ele, e disse: ' O senhor está pensando o quê? Que homeopatia é charlatanismo? Não é não.' E ele: ' Eu sou médico e especialista em pele.' Aí meu marido disse: ' Não vamos voltar para a Biometria; arranjamos outro médico e você volta para a sua homeopatia.' E assim eu fiz." (O. - esposa de funcionário público, 75 anos)

"O médico alopata não valoriza a homeopatia. Quando ele sabe que a gente deu um remédio da homeopatia para a criança antes de procurá-lo, ele debocha, zomba da gente. Já o homeopata não, ele respeita a alopatria." (L. - professora municipal, 35 anos)

Assim é que a homeopatia é definida basicamente não por sua positividade, mas pelo que **não é**, como uma medicina que **não faz mal**, em oposição à alopatria, que também cura, mas o faz intoxicando, provocando efeitos colaterais, **fazendo mal**.

A reiteração do aspecto inofensivo da homeopatia é importante no sentido de tornar menos difícil ou menos dramática a adesão à homeopatia que nesse contexto de ilegitimidade, assume a forma de um ato de rebeldia, de afronta ao pensamento dominante e ao próprio meio social imediato:

"Quando tirei o garoto do hospital [para tratar com homeopatia], foi todo mundo contra mim. Minha mãe, minha sogra, todo mundo contra o tratamento, que eu estava querendo matar o menino, que não sei o quê." (R. - cliente moderna, 37 anos)

De fato, tudo indica que o emprego das noções de **bem** e **mal**, **puro** e **impuro**, condizentes com os habitus moralista e **ascético** das camadas médias para descrever as duas medicinas, assume aqui, nitidamente, o caráter de um julgamento moral, através do qual a clientela da homeopatia

contesta ou nega não só a medicina alopática, mas também, e sobretudo, as idéias e o estilo de vida que lhe dão su porte: o racionalismo, o anonimato, o artificialismo (an tinatural), a poluição, a urgência, o consumismo, a vio lência, a busca do lucro, a inflação, o custo de vida, enfim, a sociedade industrial de massa e seus impasses:

"Todo remédio é **química**, uma química criada. E parece que é isso: que nós temos a nossa natureza e que você toma uma coisa que é antinat ral, não está de acordo com o teu organismo, né, o teu organismo vai ter que sofrer alguma coisa, ou vai ter um efeito colateral, ou quan do você toma um remédio muito e muito tempo você tem, como no meu ca so, até uma intoxicação de remédio, da **poluição** que existe." (D.- cli ente moderna, 36 anos)

"Eu acho que a alopatia é um remédio **agressivo**. Melhora uma coisa, mas piora outra, às vezes piora outra. E eu acho que apenas melhora, não cura. E a homeopatia cura e é um remédio muito simples que você vai tomar por causa daquilo e não vai fazer mal a outra coisa." (C.- cliente moderna, 30 anos)

"Eu acho que há uma vantagem no tratamento com a homeopatia. Primeiro porque a **medicação é mais barata**. Num país pobre como o nosso, acho que é vantagem. Depois eu acho que é uma medicação que **não intoxica**, não 'conserta de um lado e estraga do outro'." (G. - cliente tradici onal, 54 anos)

"Ele não trata a doença, ele procura um remédio que atenda **aquele ser humano**, com as suas características, conforme ele é. Quer dizer, são tipos, são remédios que correspondem a uma tipologia. Vamos dizer, vo cê não terá o mesmo remédio que eu, mesmo que para a mesma doença. **Vo cê é uma coisa e eu sou outra.**"

A maior parte da clientela tradicional acredita que a ho meopatia pode dar conta de todas as doenças e normalmen te a utiliza com exclusividade, menos nas situações de e mergência ou de crise, quando o recurso à alopatia faz -se necessário:

"Eu acho que todos os tipos de doença são tratados com homeopatia, sendo que, em certas emergências, a homeopatia é muito lenta, não é ? Então, numa emergência a alopatia é mais indicada." (C. - cliente mo derna, 24 anos)

"Eu aconselharia [homeopatia] para qualquer tipo de doença. Agora tem, como eu te falei, as **emergências**. No caso de uma crise de bronquite como ele [filho] tem, aquelas crises fortes, tem que ser alopátia; a plicar injeções, que são de efeito rápido, né? A homeopatia não. De mora." (T. - cliente tradicional, 29 anos)

Como vemos, o aspecto enfatizado aqui é o **tempo**. E se essa clientela pode suportar o longo tempo de ação dos medicamentos homeopáticos para as doenças cujas manifes tações são menos dramáticas, mais brandas ou menos pertur badoras, quando estas se agudizam e se configura uma si tuação de crise, a manutenção do tratamento homeopático torna-se muito difícil. E, nos parece, o que conta nes ses casos em que o recurso à alopátia é acionado é menos a rapidez de ação dos medicamentos alopáticos do que a **insegurança** dos pacientes, mormente das mães que, face à limitação das crianças em comunicar adequadamente seus males, se sentem particularmente responsáveis e, portan to, mais inseguras:

"Bom, aí foi justamente quando ela [filha] passou para a alopátia. Ela apareceu com uma inflamação de garganta muito forte. Febre que não ce dia. Aí o próprio médico homeopata pediu que colhesse material da gar ganta e fizesse o exame de laboratório e deu que ela era portadora do, não sei se é vírus, da difteria. Ela era portadora. Ela não tinha, mas era portadora. Então ela podia contaminar todo mundo e podia, a qualquer momento, ter. Aí foi o problema, porque eu estava grávida da Ana e eu não aguentei a barra. Porque era preciso fazer um tratamento nela de antibióticos, de sulfa, não me lembro na época o que foi, e to dos tínhamos que tomar, também. O médico autorizou. Todo mundo tomou, em casa, a medicação porque não se sabia quem estava e quem não estava. O médico homeopata não ia fazer nada disso, ia apenas tratá-la. Mas eu fiquei **preocupada**, tinha minha mãe já idosa dentro de casa, tinha eu grávida, e **aí eu parti para a alopátia**. Mas depois disso eu tornei a usar a homeopatia, não tive assim um problema maior de deixar de u sar, não, depois disso tornei a usar e agora Antonieta usa para as cri anças, não é? (G. - cliente tradicional, 54 anos)

A mesma insegurança face a uma situação de emergência ou de crise está na base de outro argumento utilizado pela clientela tradicional (e também por parte da clientela moderna e intermediária) para recorrer à alopátia e diz

respeito à disponibilidade dos médicos homeopatas:

"Já me tratei com homeopatia algumas épocas e, em certas circunstâncias, pela alopatia. Na homeopatia, em situação de crise, a gente tem que ter um médico perto. Por exemplo, uma pneumonia, você pode tratar com homeopatia, mas o médico tem que estar por lá, porque ele manda dar remédio de 10 em 10 minutos, de 15 em 15, e ele é que sabe a dosagem. E o problema da homeopatia é o problema das farmácias, farmácias de plantão. Fica difícil a gente tratar com homeopatia assim seguido porque o médico alopatia, o pediatra da criança, deixa um monte de telefone, do consultório, da casa dele, não sei de onde, e a gente descobre onde o homem está. O médico homeopata é difícilimo a gente saber onde ele está nas horas que a gente precisa. Então, quando a criança tem crise de madrugada, a essa hora a gente não encontra ninguém. Então parte para alopatia por causa disso. É muito difícil poder tratar só com homeopatia. A não ser que o médico seja conhecido, amigo. Esse, por exemplo, estou vindo pela primeira vez, por indicação." (L. - cliente tradicional, 35 anos)

Findas a emergência e a crise, essa clientela tende a tratar-se exclusivamente com a homeopatia, e alguns, nessas situações, não abandonam aquela medicina, combinando os dois tratamentos:

"Nessas crises dele, várias vezes procurei o alopatia: fazer nebulização, remédios, mas sempre tomando homeopatia. Tomando os dois juntos, porque a homeopatia não tem contra-indicações como a alopatia." (T. - cliente tradicional, 29 anos)

Diferentemente dessas pessoas que recorrem à alopatia apenas nas emergências ou situações de crise, alguns clientes excluem totalmente a possibilidade de ação da homeopatia sobre as **doenças mais graves**, como as **inflamações** e, mormente, aquelas que exigem cirurgia:

"Então em relação à menopausa, eu tive uma melhora grande, sabe, uma porção de coisas, uma porção de sintomas realmente desapareceram. Mas quando chegou a parte da infecção urinária eu fiz o exame, a situação estava bem ruim, ainda deve estar, não sei porque ainda não fiz outro exame, tomei a medicação e não tive melhora." (G. - cliente tradicional, 54 anos)

Outros ainda, com base no tempo de ação da homeopatia, utilizam-na apenas para **doenças lentas ou longas** (doenças crônicas) e recorrem à alopatia para as **doenças rápidas**:

"Eu não faço assim para essas coisas rápidas, uma gripe e tal, não trato com homeopatia, que ela é um pouco lenta, demora a fazer efeito. Mas para casos agudos, coisas crônicas, que demoram a tratar também na alopátia, com antibióticos e tudo, injeções, esse tipo de coisa, quando é uma coisa crônica assim eu trato com homeopatia. Se é uma coisa passageira, como eu te disse, eu vou na farmácia e me medico mesmo." (V. - cliente tradicional)

Finalmente, alguns clientes tradicionais acreditam que a homeopatia está capacitada para dar conta de todos os tipos de doenças, em todas as situações ou fases, e tratam-se exclusivamente por essa medicina:

"Não tomo alopátia de jeito nenhum. Posso estar resfriada que não tomo nem Cibalena. Há pouco tempo deu aí um negócio na garganta, nariz entupido, telefonei para ele [médico homeopata] e ele mandou tomar dois remédios. Nem me lembro o que foi. Em duas semanas, pronto." (O. - cliente tradicional, 75 anos)

Para esses clientes a homeopatia só não funciona para as doenças incuráveis, para as quais o recurso à medicina alopática também se revelaria inútil, e alguns negam mesmo a ação lenta dos medicamentos, admitida pela maioria:

"Cura, porque ela [a homeopatia] tem a possibilidade. Quer dizer, as doenças curáveis. Não as incuráveis, que até hoje a medicina não chegou à conclusão. Não sabe nem como remediar as doenças. Há várias delas que você não tem cura, não tem jeito. Você pode remediar um pouquinho, tirar um pouco a dor, agora curar essa doença não." (P. - cliente tradicional, 62 anos)

"A homeopatia cura tudo. Cura tudo. As pessoas é que ficam pensando que a homeopatia cura assim, a longo prazo, mas na verdade cura rapídíssimo." (R. - cliente tradicional, 20 anos)

Esse tipo de relação é também característico de uma parte da clientela moderna que procurou a homeopatia em momentos de crise pessoal e que valoriza especialmente o fato de aquela medicina ter como alvo o aspecto emocional da doença:

"Então me disseram que o Dr. P. era muito bom, foi onde eu vim. Porque eu queria uma medicina que cuidasse de mim totalmente, desde a parte física, humana, tudinho, sem precisar ir assim, detalhadamente." (C.-cliente moderno, 24 anos)

"Porque eles procuram o interior do que você sente, né? Inclusive um tratamento assim, emocionalmente." (M. - cliente moderno, 21 anos)

"A homeopatia não vai tratar da dor que você está sentindo; o remédio que a pessoa precisa é um remédio para a pessoa em geral." (I. - cliente moderna)

De um modo geral, a adesão da clientela moderna à homeopatia parece, ao menos num primeiro momento, mais forte e mais definitiva do que a da clientela tradicional. Desvinculada de uma tradição familiar, ela aparece como uma opção individual que envolve, comumente, a adesão a um novo estilo de vida: através da ruptura com antigas crenças religiosas (a maior parte dessa clientela aderiu ao protestantismo e a outras seitas religiosas) ou com práticas tidas como consumistas e antinaturais da sociedade moderna, notadamente práticas alimentares:

"E eu me bandeiei mais definitivamente para a homeopatia por causa da minha filha. Com o nascimento dela. Porque ela tinha um médico alopatá. E eu tive um problema, isto é, se transformou num problema porque ela não soube lidar com o caso. A menina não estava ganhando peso nos primeiros dois meses e ela achava que o meu leite não estava dando conta. E eu, que estava num momento mais complicado, não lutei pelo direito de amamentar minha filha. Deixei que ela me influenciasse para introduzir a mamadeira e aí, naturalmente, o leite vai diminuindo e a criança também não vai ficar fazendo força. Aí a criança começou a ter problemas de alergia e ela começou a dar remédio e tal, e eu comecei a questionar isso. Comecei a questionar, ela teve um problema de cólicas muito fortes, com três meses, que ela não estava dando conta com a medicação normal, e eu resolvi buscar a homeopatia, que começou a surtir efeito muito mais... foi um negócio muito melhor. Aí eu fui definitivamente para a homeopatia, nunca mais levei essa menina ao alopatá, só cuido com homeopatia. Só me trato agora por homeopatia. De uma forma geral eu não tomo remédio. É muito difícil eu tomar remédio, eu faço dieta, ou espero meu organismo resolver." (K. - cliente moderna, 30 anos)

Assim os clientes modernos tendem a tratar-se exclusivamente com a homeopatia mesmo nas situações de crise. Uma única informante fez menção ao uso de medicamentos alopatáticos, mas receitados por médicos homeopatas:

"Ela só tomou antibiótico no mês passado porque teve um princípio de pneumonia e a própria médica, que é homeopata, cuidou. Fez a medic
ção que foi necessária. Só toma homeopatia. A menos que haja um caso como houve que eu já contei, mas a própria médica orientou. Eu não mis
turo orientações. Se alguém tem que ministrar é a própria médica."
(K. - cliente moderna, 30 anos)

Duas mulheres excluem os problemas ginecológicos da esfe
ra da homeopatia, e tal é visto como lamentável, pois o
briga o recurso a médicos alopatas:

"Ginecologia, eu nem sei se existe pomada, sabe, pomada vaginal, esses troços, eu nem sei. Acho que a homeopatia podia se aprofundar, podia ter ginecologista, essas coisas, eu achava uma boa. Também não sei se tem, eu já perguntei ao Dr. L ele disse que não. Eu ia achar uma boa se a gente pudesse tratar qualquer tipo de doença com a homeopatia. Eu já não dou remédio nenhum de farmácia para ele, só homeopatia. Lá em casa, ô, está assim de remédio na pia, para tosse, para febre, tudo assim. Eu gostei demais da homeopatia." (V. - cliente moderna, 22 a
nos)

Como vemos por esses exemplos, a relação que a clientela da homeopatia mantém com essa medicina depende também do médico (se ele é unicista ou pluralista, por exemplo) e, basicamente de sua experiência pessoal com a doença. A clientela moderna é, em relação à clientela tradicional, uma clientela jovem ou cuja experiência com a homeopatia se restringe em geral à doença dos filhos. Assim, como indica uma cliente moderna e outra tradicional nos tre
chos de entrevistas reproduzidas abaixo, a relação com a homeopatia pode alterar-se com a situação e/ou com o tem
po:

"Pelo menos até agora, as doenças que eu conheço podem ser tratadas pela homeopatia. Pode ser que tenha uma doença que ela não cure, mas eu e os meus em casa, felizmente, ainda não tivemos esse problema."
(C. - cliente moderna, 30 anos)

"Eu nunca deixei de usar [homeopatia], mas é que agora, nem sei, a pes
soa de idade tem uma dor... já tem que ter um médico [alopata] por per
to." (C. - cliente tradicional, 78 anos)

VISÃO DE SAÚDE E DOENÇA, UMA IDEOLOGIA DO EQUILÍBRIO

Semelhantemente à população de classe baixa que constitui o grosso da clientela da medicina popular, a visão que os adeptos da homeopatia possuem sobre a saúde e a doença reflete, em grande parte, sua **posição de classe**, isto é, o lugar que ocupam na estrutura social. Sujeitos a intensa utilização (profissional e utilitária) do corpo, único elemento que lhes oferece os meios de subsistência, os clientes da medicina popular definem a saúde, a partir das categorias **força/fraqueza**. A representação da saúde está intimamente ligada à idéia de força - força utilizável no trabalho - que a comida mantém e estimula; a doença é percebida como um estado de fraqueza que impede a utilização normal do corpo, isto é, para trabalhar. ¹

Já para os clientes da homeopatia, as categorias fundamentais, em torno das quais organizam suas representações sobre a saúde e a doença, são as de **equilíbrio / desequilíbrio**, categorias estas que reproduzem, no plano simbólico, sua posição **equilibrada e equilibrante** entre as camadas privilegiadas, de um lado, e as expropriadas de outro. Para esta clientela, a saúde é sinônimo de equilíbrio - orgânico e emocional - e a doença, independentemente de sua natureza - crônicas, agudas, por vírus, bactérias, degenerescência etc. - o rompimento deste equilíbrio por uma vida desequilibrada: má alimentação, nervosismo, stress, correria, agitação, preocupação, ódio, ressentimento, enfim pelos fatores que afetam ou advêm do estilo de vida dessas pessoas:

(1) Cf. Loyola, M.A. **Médicos e Curandeiros**, op. cit. principalmente Cap. 3.

"Para ter saúde eu acho que em primeiro lugar a gente tem que conse
guir manter a cabeça em bom estado, porque o resto..." (G. - cliente
tradicional, 54 anos)

"A saúde vem da boa alimentação, bem equilibrada. É alimentação rica
em minerais, nos principais aminoácidos, e se você der também as vita
minas, você tem a alimentação equilibrada." (P. - cliente tradicional,
62 anos)

"Aí restabelece a saúde porque vai drenando o organismo, vai limpando,
que é para amenizar todo o nosso organismo, para entrar tudo em equilí
brio, que está tudo assim descontrolado, sabe, e aí vai entrar tudo em
equilíbrio." (D. - cliente moderno, 36 anos)

"Saúde? É ter a cabeça boa, não é? Cabeça boa e coração bom. É o
seguinte, porque você tem que fazer o seguinte, pensamentos bons, cer
to? Pensamentos bons e elevados, espírito perdoador principalmente, por
que isso evita que você fique com mágoa, com rancor, certo? Do seu se
melhante, e beneficia você, porque volta para você. Saúde é o seguin
te, não abusar da saúde, fazer as coisas o mais naturalmente possível,
zelar pelo corpo, ginástica e tal, e principalmente ser grato a Deus
por tudo que ocorre, se você agradecer por tudo que ocorre, mesmo as
ruínas, os seus problemas vão se resolvendo e há uma liberação do poder
de Deus na sua vida. Entendeu? (L.E. - cliente moderno, 22 anos)

"O maior fator de gerar doenças é o stress, né? O nervoso." (I. - cli
ente moderno, 30 anos)

"Às vezes você está com um esgotamento mental, isso pode estar associ
ado a um mal funcionamento do fígado, associado à tensão que você vive
diariamente, essas coisas. Então você sente um esgotamento mas tem
coisinhas que podem trazer isso." (C. - cliente moderno, 24 anos)

"Para se ter saúde acho que uma boa alimentação, um bom sono, descan
sar bastante, procurar não esquentar muito, quando a gente se sentir
muito cansada, a gente procura relaxar, deita, fecha os olhos, tenta
descansar a mente, procurando tomar os remédios direitinho, tudo natu
ral, embora hoje em dia seja difícil até o natural, porque tudo está
contaminado." (V. - cliente intermediário, 40 anos)

"Eu acho que o que é fundamental para se ter saúde é o equilíbrio psi
cológico, me parece muito importante. O desequilíbrio psicológico cau
sa o desequilíbrio orgânico. O organismo todo se ressentido quando há
um desequilíbrio psicológico. Eu vejo assim.

- E qual é o principal fator de doença?

- Fator? Existem muitos. Fatores exógenos, que são os que nos agri

de fora, mas há os endógenos, são aqueles que nos agredem de dentro. Nós mesmos nos agredimos.

- E o que a senhora acha que se deve fazer para manter o que a senhora chama de 'equilíbrio psicológico'?

- Isso é difícil não? É difícil porque às vezes nos esforçamos para isso e a vida nos apresenta situação que nos fazem perder esse equilíbrio. Não é fácil, eu acho que essa fórmula de ouro ninguém tem."

(G. - cliente tradicional, 60 anos)

Os clientes da homeopatia têm em comum com os clientes da medicina popular o fato de negarem o dualismo corpo/espírito ou corpo/alma, objetivismo/subjetivismo e o mecanicismo orgânico da medicina oficial. Mas, enquanto os primeiros trabalham sobretudo com as categorias espírito/matéria e negam a existência da doença mental, identificada em seu universo simbólico como doença espiritual, de cunho religioso ou sobrenatural (espírito ou diabo incorporado, mediunidade não-desenvolvida), os clientes da homeopatia trabalham principalmente com as categoria corpo/cabeça. Eles não deixam de ter suas representações sobre a saúde e a doença marcadas pelas teorias desenvolvidas pelas religiões a que pertencem - o espiritismo kardecista, os clientes tradicionais, e o protestantismo, os clientes modernos - mas, como um todo, não mencionam nas entrevistas a categoria de doença espiritual. Quando levados a falar sobre o processo saúde/doença, eles enfatizam, quase sempre, a importância da cabeça e a participação, por esta via, do próprio indivíduo naquele processo, num tipo de voluntarismo característico das camadas que se orientam fortemente por uma conduta de mobilidade. A "cabeça" pode significar um conjunto de sentimentos e disposições mais próximas do universo religioso ("pensamentos bons e elevados, espírito perdoador") ou do universo psicanalítico ("relaxamento", "equilíbrio psicológico", "mente produtiva"), mas a centralidade dessa categoria, que quase nunca ou raramente é mencionada pela população de classe baixa, é que chama atenção na clientela da ho

meopatia, a ponto de uma informante considerá-la a parte mais importante do organismo:

"Olha, para mim , eu não sei se é porque sofro muito dessa parte, para mim a parte mais importante do organismo é a cabeça. Nós temos um potencial tão grande, tão grande que não havia necessidade da doença por que a doença é criada por nós mesmos. Pela mente mesmo. Tudo da cabeça da pessoa. Eu acho que noventa por cento. Porque se você tem a mente produtiva para coisas produtivas, para pensamentos positivos, e se fizer mentalizações, não precisa criar forças para isso. É só mentalizar, apenas. Vai para o subconsciente, e o subconsciente vai te devolver, no decorrer da vida, tudo que você pediu, aquilo que você mandou para o subconsciente. É a gente mesmo que cria e a gente mesmo que descreia. Tá entendendo? A gente tem a vida que a gente criou, através do pensamento da gente. (D. - cliente moderno, 36 anos)

Tal representação está sem dúvida relacionada ao habitus ¹ da classe dessa clientela com esperanças de galgar posições na estrutura social, que extrai seus meios de subsistência menos da utilização do corpo - da força corporal - do que da cabeça, isto é, da capacidade de assimilar e utilizar atitudes, técnicas e conhecimentos, mais ou menos especializados, que são transmitidos e legitimados pela escola. O acesso ao mercado de trabalho e as chances de mobilidade social para os membros dessas camadas, geralmente desprovidos ou com baixa acumulação de capital econômico e social, passam pela escola ou pelo mito da escolaridade, tanto assim que a incapacidade do mercado de trabalho em absorver toda ou a maior parte da população universitária é seguidamente mencionada nas entrevistas ou por nossos informantes:

"Eu estudei até onde eu tive condições de estudar. Mas depois as condições financeiras não permitiram que eu fizesse faculdade. Não, eu cheguei à porta da faculdade, mas faculdade particular. E, na época, eu só podia fazer faculdade do governo. E os pontos que eu tinha feito no vestibular não deram para eu fazer uma faculdade do governo. Depois eu tirei da cabeça fazer faculdade, fiz a estética, gostei muito.

(1) P. Bourdieu, *Le Sens Pratique*, Paris, Mouton, 1978

Agora me deu na cabeça de fazer um curso de farmácia, mas não de faculdade, não. Nível médio. Se houver um curso técnico, eu prefiro. Que eu não quero faculdade, que eu já tive cabeça para a faculdade, agora não tenho mais. Tenho vários amigos que estão com canudinho em baixo do braço atrás de emprego e outros exercendo funções totalmente diferentes do que eles são qualificados. Então, eu acho que atualmente faculdade não está bom. Acho que os cursos técnicos são bem melhores, são profissionalizantes. Mas eu não tiro da cabeça de ninguém fazer faculdade. Eu só acho que tem que fazer um curso profissionalizante para se definir na sua profissão, ter o seu ganha-pão, que o que tem de médicos, engenheiros, advogados atrás do balcão... Tem o esposo de uma cliente minha que é engenheiro e que está exercendo a função de fiscal do governo. Engenheiro químico. Tem o problema dos estágios, isso tudo desalenta, dificulta a pessoa de fazer uma faculdade. Você tem que trabalhar mas não tem experiência, então não é aceito. As firmas só aceitam quem tem três, cinco anos de experiência, e como você vai ter essa experiência se sai do estágio e não consegue emprego, não é? A vida está cada vez pior, a inflação tá aí te sufocando, você tem que fazer coisa que seja prática." (N. - cliente tradicional, 35 anos)

A busca de visões do mundo alternativas - da qual a adesão à homeopatia é parte - que marca a trajetória de vida da clientela investigada parece estar fortemente relacionada à falácia do mito escolar, ou melhor, do mito da sociedade aberta em que as chances de ascensão social são tidas como igualmente distribuídas e dependentes apenas do esforço próprio, do qual a idéia do selfmade man é o melhor símbolo. Os informantes que descrevem sua ruptura com o catolicismo ou sua adesão a outros credos religiosos põem em relevo, geralmente, os sentimentos de impotência e desamparo que marcam a situação de "crise" - ou de reconversão de um sistema a outro - e os elementos do novo credo religioso que "resolveram" ou aplacaram aqueles sentimentos: basicamente uma explicação do mundo que, sem pôr em xeque a organização social, transfere do indivíduo para o sistema transcendental (vontade divina, provação, karma, purificação etc) a culpa pelas dificuldades pessoais, das quais a doença é, senão um dos efeitos, uma dimensão:

"Desde criança fui católica; depois, com os sofrimentos abatendo, a gente vai andando para um lado e para outro, querendo ser aliviada. Frequentei centro espírita, até que fui para a Messiânica, que eu gostava, acredito que é aquilo mesmo, sabe, dali a parte da espiritualidade é o mais alto, o potencial é o maior e muito fácil de ser entendido. Porque na medida em que existe reencarnação e que a gente que é espírito e é matéria e a gente vem para esse mundo, procedendo da maneira que a gente deve proceder, você vai ter uma vida boa, mas se você passa a proceder de uma maneira que está tudo errado, está tudo descontrolado, está tudo fora do equilíbrio, você vai ser uma pessoa também desequilibrada, em dinheiro, em conflito, sabe." (D. - cliente moderno, 36 anos)

"Eles têm realmente uma idéia de reencarnação, não sei se existe ou não. Mas é uma idéia. E através dessa idéia, eles explicam as coisas que se passam, porque elas já vêm determinadas, têm uma razão de ser para que nós nos aperfeiçoemos em tais escalas ou outras encarnações passadas, porque a pergunta que nos fazemos é a seguinte: porque eu estou passando isso? Você não lembra de ter feito nada. A explicação é que em outra encarnação você teria feito determinadas coisas que, nesse caso, você está pagando. Justamente para haver a recuperação do seu espírito." (G. - cliente tradicional, 60 anos)

"A doutrina nos dá a explicação de que, quando existe essa afinidade, nós já fomos muito amigos em outra encarnação. Amigos ou inimigos. Você vê crianças que nascem com lesões fisiológicas, defeitos, aleijões, e os pais são totalmente sadios, como no caso desse cantor, esse pequenininho... Nelson Ned. Os irmãos são todos altos, nunca houve um problema desse na família, então isso é uma provação que ele tem que passar. Quando encarna, você vem resgatar alguma coisa ou vem em uma missão de trazer alegria para alguém, vem resgatar alguma coisa. O mundo de hoje está muito violento. Acho que o homem está voltando àquele instinto de caverna, a maioria das pessoas não se respeita, ou são muito egoístas, vivem mais para si, querem se projetar, crescer, mas pisando os outros, e com muita violência, muita ambição, tem que acontecer alguma coisa, uma reviravolta." (N. - cliente tradicional, 35 anos)

Também como a população de classe baixa ou a clientela da medicina popular, a clientela da homeopatia valoriza a alimentação como fonte de saúde e como elemento importante na prevenção das doenças. Mas enquanto para aqueles - cujas representações sobre saúde e a doença se organizam em torno da idéia de força que o alimento mantém e repõe

e que são submetidos a uma dieta alimentar qualitativa e quantitativamente mínima ou muito limitada (quando não passam fome) e permanentemente inseguros quanto às suas chances de assegurarem mesmo esse baixo padrão - a ali mentação ocupa um lugar central na descrição do proces so saúde/doença; para os clientes da homeopatia, ela pa rece derivada de um estilo de vida ou de sociedade - co mer alimentos inadequados, dieta desequilibrada, alimen tos poluídos, industrializados, antinaturais etc - e em nenhum momento como **carência**. Ao contrário, o excesso alimentar, o "abuso" de certos alimentos, faz parte, jun tamente com a diversificação alimentar, da idéia de ali mentação equilibrada, esta sim, fundamental para os cli entes da homeopatia:

"Eu acho que o mínimo com a saúde é uma alimentação boa, razoável, e quilibrada, sem abuso de coisas salgadas, enlatadas, bebidas, dentro de um limite sem sofrimento também, né?" (G. - cliente tradicional, 60 anos)

Mesmo para uma cliente da homeopatia que considera, co mo os clientes da medicina popular, a alimentação o "carvão da locomotiva da vida" e o sangue seu veículo no or ganismo, aquela é avaliada em função do seu artificia lismo e vista como influenciando não somente sobre o corpo mas também sobre a cabeça, gerando ou não bons pensamen tos:

"Então, acho fundamental que a pessoa se puder, se desligue de muí tas preocupações, leve uma vida calma, uma vida higiênica, uma alimen tação saudável, não tão industrializada, porque o que está matando o homem moderno é a alimentação industrializada. Dificilmente a pessoa come uma comidinha feita em casa, com temperinho caseiro, né? O pes soal gosta é de ketchup, pimenta, maionese, tudo isso é alimentação ar tificial. As gerações futuras vão ter muito mais problemas do que nós. Porque a alimentação está cada vez pior. Isso é o fundamental, porque você é o que você come. O que você come é o que vai fazer os teus músculos, o teu sangue, então isso passando no nosso corpo todo não vai gerar bons pensamentos, boa disposição." (V. - cliente tradi cional, 53 anos)

Por outro lado, enquanto a preferência alimentar da clientela da medicina popular recai sobre os alimentos classificados como **fortes ou pesados** (pois "pesam no estômago": feijão, carne, massa etc.) que tornam o **corpo forte** (corpulento e resistente) e proporcionam a sensação de saciedade (ter matado a fome) e também de satisfação ter comido bem, ou seja, muito), a preferência alimentar dos clientes da homeopatia recai sobre os alimentos que os membros das camadas populares classificam como **fracos e leves** (que "alimentam sem no entanto pesarem no estômago": verduras, carnes brancas etc.):

"Como comida mesmo eu prefiro as coisas naturais. **Soja, arroz integral, almoço em restaurante natural**, e dentro da minha casa procuro comer determinados tipos de alimentação, preferindo **carnes só as brancas, peixe ou galinha.**" (V. - cliente moderno, 22 anos)

Se de um lado, o gosto dos clientes da homeopatia incorpora as recomendações da dietética médica oficial (consumo equilibrado de vitaminas, sais minerais, proteínas e aminoácidos), por outro lado busca dietas alternativas em outros sistemas, como o vegetarianismo e a **macrobiótica**, nem sempre referendados pela medicina oficial, mas nos quais a idéia de equilíbrio (cósmico, biológico, energético etc.) é básica e/ou primordial:

"- Na sua opinião, o que é fundamental para uma pessoa manter a saúde?

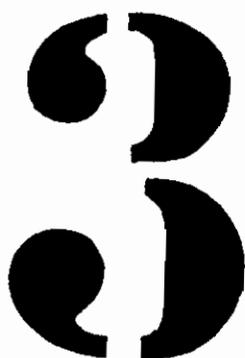
- Boa alimentação, bem equilibrada.

- E o que é alimentação equilibrada?

- É alimentação rica em minerais, nos principais aminoácidos, e se você der também vitaminas, você tem a alimentação equilibrada.

- O senhor, pessoalmente, tem algum cuidado especial com a sua alimentação?

- Mas aí você tem que ver mais a questão médica, não é mais o meu caso, não é. A pessoa tem que fazer, ver pelos sintomas quais são as suas deficiências. E procurar orientar uma alimentação de acordo, para poder equilibrar as deficiências da pessoa. Tem gente que come só macarrão... A vida toda. Chega a um determinado tempo que ele está com uma porção de coisas alteradas. **A macrobiótica é uma alimentação equilibrada**, você tem tudo ali." (P. - cliente tradicional, 62 anos)



EFICIÊNCIA NO SETOR SAÚDE;
O IDOSO EM QUESTÃO.

RENATO PEIXOTO VERAS

EFICIÊNCIA NO SETOR SAÚDE: O IDOSO EM QUESTÃO.

Renato Peixoto Veras *

RESUMO

O crescimento da população idosa e o aumento dos custos do setor saúde criaram as condições para o surgimento de um novo campo de interesse e de investigação na área de saúde pública: Economia da saúde da terceira idade. Este artigo discute alguns dos principais conceitos utilizados na Economia da Saúde, tais como eficiência, custo-benefício, custo-efetividade, análise marginal, entre outros. A aplicação deste método é demonstrada utilizando-se do clássico estudo de Mooney em Aberdeen sobre alocação e utilização mais eficiente de recursos no tratamento do idoso.

UNITERMOS: Economia da Saúde, Idoso, Análise Marginal.

INTRODUÇÃO

Economia da saúde é uma ciência relativamente nova. Mas já provou ser um bom instrumento auxiliar no planejamento e nas decisões quando existem várias opções de procedimentos alternativos na saúde pública.

Este texto pretende discutir algumas questões relativas à avaliação da eficiência no setor saúde. Para atingir

* Professor do Departamento de Epidemiologia do IMS/UERJ

esse objetivo, usará como base as características e os conceitos essenciais da abordagem da economia da saúde e debaterá algumas deficiências e armadilhas desse método. A última parte desse estudo consiste de uma análise concreta - usando como modelo a população idosa - que tentará responder a pergunta de como aperfeiçoar o uso dos recursos da saúde pública levando em conta a adequação desses cuidados.

HISTÓRICO

Os serviços médicos modernos são caros, e nenhum país do mundo tem recursos para atender plenamente às necessidades de suas populações em crescimento (Barker, 1984). A experiência com diferentes sistemas de saúde na maioria dos países depois dos anos cinquenta está associada a um grande aumento do custo dos serviços médicos. Em 1969, o Canadá, os Estados Unidos e a Suécia gastavam cerca de 7% dos seus recursos nos serviços de saúde (Abel-Smith, 1983). Entre 1973 e 1975, o aumento proporcional ao Produto Interno Bruto gasto com serviços de atenção médica foi de 1,7% na Bélgica, 1,6% na Alemanha, 1,6% na Irlanda e 1% na Inglaterra (Abel-Smith, 1979). As razões para esses aumentos de custos são várias: Goes (1980) salientou a transformação dos aspectos científicos e tecnológicos da prática da medicina nos últimos vinte anos. Houve um aumento de uma enorme quantidade de equipamentos para diagnóstico e tratamentos, uma subdivisão das especialidades médicas, uma maior utilização dos hospitais, novos medicamentos, etc. Nos países europeus o custo dia dos hospitais tem aumentado, e uma das razões para isso deve-se a renovação e a melhora da qualidade das instalações hospitalares com equipamento novo e mais conforto para os pacientes. Na verdade, os serviços especializados e de diagnóstico dos hospitais vem sendo a

razão principal do aumento dos custos durante o período que vai de 1966 a 1975 (Abel-Smith, 1978).

Nestes países está se implantando uma política para diminuir o número de estudantes de medicina. Muitos acreditam que um aumento no número de médicos resulta no encarecimento dos serviços médicos independente dos gastos com a remuneração dos profissionais - devido aos custos que eles geram com suas receitas de remédios e, principalmente, devido as autorizações para testes diagnósticos, internações e procedimentos terapêuticos, (Abel-Smith, 1978).

Uma consequência da introdução de novas técnicas foi um aumento da demanda das populações urbanas, que esperam mais cuidados de saúde. Além disso em muitos países, o crescimento da população idosa tem aumentado muito de pressão e os idosos consomem muito mais dos serviços médicos e seus recursos do que pessoas jovens (Rice, 1983).

O padrão da alta de custos, apesar de ser uma tendência generalizada, varia de país para país, dependendo das características associadas a estrutura de financiamento do sistema de saúde, a organização dos serviços e as características epidemiológicas da população. Por exemplo, esquemas diferentes de pagamento estão associados a diferentes níveis de utilização dos serviços médicos (Abel-Smith, 1978, Manning, 1984).

Por isso o debate dessas questões teve na última década, muito destaque.

Para alguns autores, tal crescimento nas despesas com serviços públicos em geral e na medicina em particular é considerada como um importante contribuidor para a cri

se do capitalismo, já que esses gastos reduzem a capacidade de investimento no setor produtivo (Navarro, 1978).

Os que concordam com esse ponto de vista (1), argumentam que é por isso que os países capitalistas têm um grande interesse em controlar os discutíveis custos médicos "fora de controle". Não é ao acaso que em todos os países do Ocidente se estão tomando medidas, numa tentativa de fiscalizar o aumento desenfreado dos custos médicos.

Por outro lado, existem alguns autores, especialmente nos países de língua inglesa, que estão mais preocupados com a operação dos serviços médicos no dia-a-dia e em como escolher entre métodos alternativos de cuidados de saúde. Utilizam o princípio básico e talvez óbvio da economia: "Se não puder fazer tudo, faça o máximo possível".

Em mercados privados, o consumidor usa preços como sinais ou indicadores da parcela de renda da qual terá de se privar para obter certos bens ou serviços. Portanto, os preços são importantes indicadores da economia das preferências dos consumidores. Sem preços - como é o caso da saúde pública - surgem certas dificuldades, especialmente na questão de como avaliar os serviços públicos de saúde e quais os valores mais apropriados. Isso torna mais difícil o problema de tentar aproveitar ao máximo os recursos disponíveis.

Mas o objetivo dessa tese não é discutir a teoria do pre

(1) Existe uma vasta bibliografia de autores brasileiros sobre o efeito dos gastos nos serviços sociais e médicos na crise do capitalismo; ver Cordeiro (1981, 1982), Donangelo (1975, 1979), Goes (1981), Possas (1981).

ção na economia (1). Apesar de os serviços da saúde pública serem "vendidos" a preço zero, existem técnicas econômicas que podem ajudar a decidir a melhor forma de determinar as prioridades relativas a de alocar recursos para políticas diferentes.

A escolha é necessária porque os recursos disponíveis são limitados e a demanda é insaciável. Desse conceito surge a idéia do custo-oportunidade. Esse conceito simples mas importante reconhece que: ao alocar recursos a um serviço em particular, ocorre um sacrifício no sentido de que se perde a oportunidade de se obter algum outro benefício (Mooney, 1985).

No entanto, apesar das concepções diferentes, todos os envolvidos no planejamento ou administração da saúde pública concordam que os recursos disponíveis são escassos e que a demanda desses recursos parece às vezes quase insaciável. Por isso, medidas controladoras de ampliação dos custos e a introdução de políticas de racionamento passa a ser uma preocupação importante no setor saúde.

A ABORDAGEM ECONÔMICA NA SAÚDE PÚBLICA

Hoje em dia, muitas decisões sobre a quantidade de benefícios que um cliente recebe dos serviços de saúde não tem relação apenas com as decisões individuais do médico. Existem outros fatores envolvidos (2). Mas o que está claro é que métodos analíticos são úteis na tomada de decisão. Como Logan (1984) disse: "Métodos analíti

(1) Ver os três clássicos de Arrow (1963), Culyer (1971) e Lindsay (1969).

(2) Ver: Cordeiro (1980), Donnangelo (1979), Luz (1979), Machado (1978).

cos podem ajudar quando se toma decisões no setor saúde que se transformou numa organização cada dia maior e mais complexa".

O objetivo do serviço de saúde é fornecer o melhor atendimento médico. No entanto, "o melhor atendimento médico" não é exatamente o "melhor" mas o "melhor possível". Para se chegar ao "melhor possível" é necessário escolher entre possibilidades alternativas.

Uma vez aceita a definição de oportunidade, não há nada que seja "absoluto"; todos os valores são relativos. Diferentes objetivos requerem valores relativos diferentes. Pesos relativos devem ser relacionados com rendimentos diferentes (1). Se os recursos são usados sem eficiência, no sentido de que resultados similares podem ser obtidos a custos mais baixos ou em maior quantidade, então ocorre um "desperdício", ou perda na saúde pública. Assim, o preço da ineficiência é menos saúde.

O conceito de eficiência significa encorajar o tratamento do paciente certo, no lugar certo, na hora certa, com as técnicas e os recursos certos (Logan, 1984). Na prática, isso envolve a avaliação das alternativas da saúde pública através do cálculo de quanto os benefícios gerados excedem os custos (2).

Duas outras definições importantes da economia da saúde são custos e benefícios. Drummond diz que os custos de

(1) Rendimento (output): As medidas de utilização relativas aos recursos e as suas atividades (Logan, 1984).

(2) Eficiência pode não ser o único critério de julgamento para as alternativas no atendimento médico. Equidade é uma sugestão frequente como outro critério relevante (ver Drummond, 1984 e Mooney, 1985).

um tratamento específico estão relacionados com o sacrifício de recursos em que ele implica. Assim, custos de vem ser considerados de forma mais ampla do que simples dinheiro, ou, em outras palavras, os custos dos tratamentos não recaem todos sobre os serviços de saúde. Caem também nos pacientes (que usam seu próprio tempo se locomovendo para obter tratamento), suas famílias (que podem ter de aplicar tempo cuidando dos pacientes em casa), e outros serviços públicos (especialmente os serviços sociais).

O efeito pretendido para os tratamentos médicos é a evolução das doenças se modificando para melhor e/ou a cura. Isto é, o prolongamento ou a melhoria da qualidade de vida. Todas essas mudanças representam benefícios.

Pode ser concluído, da definição acima, que por princípio o economista de saúde tem uma visão muito ampla dos custos e benefícios dos tratamentos médicos. As dificuldades relativas a esses conceitos serão estudadas mais tarde, mas nesse estágio, o mais importante é saber como lidar com essa amostra tão diversificada de informações.

Como Williams (1974) disse: "Estudos de custo-benefício reforçam a verdade simples de que a decisão, seja ela para chegar a um curso específico de ação ou não, depende tanto dos custos quanto dos benefícios". As técnicas econômicas que abordam essa avaliação são a análise de custo-benefício e a análise de custo-efetividade, ambas importantes mas com funções bem diferentes".

Como Drummond (1984) diz, quando se faz a pergunta: "Qual é a maneira mais eficiente de tratar um caso específico?", se está considerando que o caso será tratado. Isto é, fica automaticamente decidido que vale a pena

atingir o objetivo do tratamento. Isso simplifica o objeto do estudo e pode-se usar a análise custo-efetividade. No entanto, a pergunta "Vale a pena fazer o tratamento?" logicamente precede a questão da maneira mais eficiente de fazer o tratamento. Isso sugere que um exame mais sofisticado deve ser feito, e o tipo de avaliação usado é geralmente uma análise custo-benefício.

A diferença essencial entre as duas é que na análise custo-benefício se faz uma tentativa de expressar todos os custos e benefícios citados na mesma unidade de contabilidade (Klarman, 1982). A unidade escolhida é geralmente o dinheiro.

A análise custo-efetividade oferece um método de escolha entre alternativas que geram os menos benefícios para a saúde usando aplicações diferentes (1) com custos diferentes. Se a escolha recair sobre o menos dispendioso quanto a eficiência, ou em termos de custo-efetividade, então um número maior de pacientes pode ser tratado com o orçamento disponível (Culyer, 1976). A análise custo-efetividade está profundamente relacionada com o "como" da política, e pode ajudar nas decisões quanto as técnicas de atendimento. Este método considera como, pelo menos no que diz respeito ao custo, atingir um objetivo dado; ou, com um orçamento fixo para atingir um objetivo específico, qual a melhor forma de distribuir este orçamento (Mooney, 1985).

Custo efetividade é, portanto, uma ferramenta muito útil, e seu valor não deve ser subestimado, apesar de suas li

(1) Aplicações (Input) - recursos de mão-de-obra, tempo, material ou dinheiro (Logan, 1984).

mitações. O ponto fraco da análise custo-efetividade é que ela só pode ser usada para comparar opções que ofereçam um resultado similar - idealmente idêntico (1). Outro problema que mina a análise custo-efetividade é a dificuldade de medir certos custos associados com a implementação da opção. Em alguns casos, a medição de alguns custos será muito difícil ou até impossível de se obter. Por exemplo, se uma opção envolve cuidados domiciliares, pode ser que alguns custos recaiam sobre a família do paciente, custo estes que não podem ser quantificados, pelo menos em termos de dinheiro. Mesmo assim, uma descrição a mais detalhada possível sobre a natureza e a extensão de tais custos intangíveis deve ser incluída na análise custo-efetividade. Dessa forma, quem toma a decisão saberá da existência desses custos, mesmo que a avaliação deles fique por conta do seu julgamento subjetivo.

Uma complicação importante no custo-efetividade é a dificuldade de assegurar que tratamentos comparados têm os mesmos efeitos no funcionamento físico e social. A complexidade do corpo humano é tanta que resultados idênticos de tratamentos diferentes não são previsíveis com certeza, e a avaliação pode ter de esperar os resultados de acompanhamento a longo prazo de pacientes (Florey, 1983).

Qualquer avaliação de progresso na saúde em termos de dinheiro é mais complexa do que outras estimativas. Isso pode ser a maior deficiência da análise custo-benefício. Por exemplo, a abordagem para demonstrar os benefícios

(1) Resultado (outcome): o efeito agregado de mudanças no status dentro da saúde pública dos indivíduos (Logan, 1984).

do transplante de coração sobre os custos em dinheiro (Haberman, 1980). A análise se fundamenta na avaliação de uma volta do paciente ao trabalho, em termos de seu salário, contribuição para a previdência e impostos. A abordagem do trabalho produtivo é que o valor da vida de penderá das características pessoais do indivíduo e de sua contribuição líquida para o resto da sociedade (em termos de dinheiro). Nesse cálculo tão frio, os velhos e os desempregados teriam valor menor que os outros.

No entanto, a avaliação em termos monetários da própria vida ou de outras dimensões de saúde continua a ser uma raridade comparativa em estudos de custo-benefício. A maioria dos economistas argumentaria que um exercício custo-benefício é considerado de maneira mais apropriada como uma maneira de estruturar a avaliação de opções, em vez que ser um mecanismo para a escolha da opção preferi da. Deve-se notar que o verdadeiro passo final na deci são da escolha será político, envolvendo julgamentos de valor para comprometer os recursos necessários para op ção selecionada.

UM ESTUDO: TRATAMENTO DOS IDOSOS

A abordagem econômica para o estudo do cuidado do idoso é considerado uma área importante na saúde pública. O rápido crescimento deste grupo etário da população ocor re em todo o mundo (Periodical on Ageing, 1985), aliado a significativa escassez de recursos, e ao grau de frag mentação da responsabilidade pelos cuidados entre o go verno, os serviços de saúde e sociais e a família, suge rem a necessidade do desenvolvimento deste campo de co nhecimento.

Existem alguns estudos econômicos que dizem respeito ao tratamento dos idosos (1). Para essa tese, a escolha foi feita de um estudo que pode responder a pergunta de quão extensivo um serviço específico deveria ser, ou, em outras palavras, um estudo que permite a identificação das partes do serviço que provavelmente serão afetadas por um aumento ou uma diminuição dos recursos. Esse tipo de estudo é chamado de análise marginal. O estudo clássico foi feito por Gavin Mooney em Aberdeen em 1978, chamado "Planning for balance of care of the elderly" (Planejamento para ajustar o tratamento dos idosos).

Mooney e seus colegas (1984) exemplificaram essa abordagem analisando um exemplo hipotético da prevenção de escaras: o objetivo da autoridade de saúde é o de reduzir as escaras no leito de um hospital ao custo mínimo. As quatro opções disponíveis são: camas normais com movimentação regular dos pacientes pelas enfermeiras, camas de ar, camas de água e camas de balanço. O custo das diferentes opções e a efetividade de cada uma estão no Quadro 1.

QUADRO 1: PREVENÇÃO DE ESCARAS I

Opção	Custos * (\$)	Efetividade
A	500	Ausência completa de escaras
B	400	Ausência completa de escaras
C	200	Ausência completa de escaras
D	80	Ausência completa de escaras

* Esses são os custos adicionais, além dos outros custos do tratamento.

FONTE: Mooney, G., Russel, E. & Weir, R.
Choices for health care. Macmillan, 1985. p. 45

(1) O estudo efetuado por Wager (1972) oferece um ponto de partida muito útil para a discussão sobre as políticas para o atendimento aos idosos.

Com base no Quadro 1, a escolha óbvia é a opção D, que produz o mesmo resultado que as outras, com o custo mais baixo. Mas esse é um exemplo muito simplista. Nos serviços de saúde, é muito raro haver uma análise tão direta quanto esta.

Em geral, pode acontecer que haja diferenciais na efetividade das diferentes opções. Como resultado, deve-se levar em consideração os custos por unidade de tratamento, isto é, quanto custa eliminar as escaras em comparação com níveis diferentes de redução de escaras. Um exemplo, baseado num número inicial de 10 escaras é apresentado no Quadro 2.

QUADRO 2: PREVENÇÃO DE ESCARAS: II

Opção	Custo (\$)	Número de escaras existentes	Número de escaras evitadas	Custo médio por escara evitada
E	600	8	2	300
F	300	6	4	75
G	425	5	5	85
H	900	0	10	90

FONTE: Mooney, G., Russell, E. & Weir, R.
 Choices for health care. Macmillan, 1985. p. 46

Agora a melhor opção pode parecer a F (redução de 40% das escaras e custos médio de apenas \$75), mas as opções G e H também resultam em menos escaras, embora tenham custos totais e médios mais elevados. Será que se deve preferir a opção F, G ou a H? Considerando a opção G contra a opção F, o custo médio de \$85 por escara evitada não é o número relevante. Para reduzir escaras de 6 para 5, ou escolher a opção G em vez da F, temos um custo de \$425 contra \$300. Assim a "escara marginal" evitada cus

ta \$125 e não \$85. Da mesma forma, comparando a opção F com a opção H, 6 escaras extras são evitadas ao custo de \$600, ou \$100 por escara marginal evitada. (O Quadro 3 mostra a combinação de opções).

O ponto importante, portanto, é considerar o custo marginal da eliminação de escaras, em vez do custo médio por escara.

QUADRO 3: PREVENÇÃO DE ESCARAS: CUSTOS MARGINAIS

Opção	Número de escaras evitadas	Custo total (\$)	Diferença de escaras evitadas	Diferença de custo (\$)	Custo marginal (\$)
(1) F	4	300	-	-	-
G	5	425	1	125	125
(2) F	4	300	-	-	-
H	10	500	6	600	100

FONTE: Mooney, G., Russell, E. & Weir R.
Choices for health care. Macmillan, 1985. p.47

As questões que surgem para quem tem de tomar uma decisão do Quadro3 são: em vez que implementar a opção F, serã que vale a pena:

- a) implementar a opção G para prevenir mais uma escara ao custo adicional e marginal de \$125, ou
- b) valerá a pena implementar a opção H para evitar 6 escaras adicionais a um custo total adicional de \$600 e a um custo marginal de \$100?

A análise custo-efetividade não pode responder a essas perguntas, mas, apresentando a informação desta forma, fornece uma ferramenta muito útil para que os responsáveis pelas decisões visualizem a melhor opção.

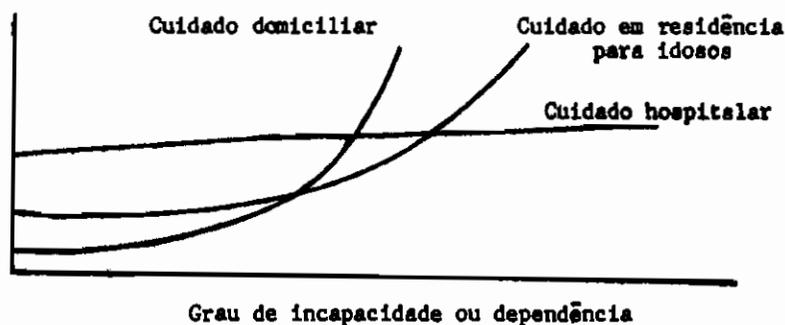
Depois dessa resumida revisão do uso da análise marginal, voltemos ao estudo específico. Por causa do interesse e da extensão desta apostila, só será possível analisar os resultados marginais do estudo de Mooney. Por isso, não é objetivo dessa tese fazer um resumo de todo o estudo, e alguns aspectos serão omitidos.

A meta da pesquisa elaborada por Mooney era apresentar a utilização mais eficiente dos recursos no tratamento dos idosos em relação com o equilíbrio dos cuidados entre três localizações: a comunidade, o lar para idoso (asilo) e o hospital. Mais explicitamente, os objetivos são:

- a) descrever o nível de dependência;
- b) calcular os custos de tratamento dos grupos de idosos que podem ser afetados por um deslocamento de recursos de uma facilidade para outra ou um aumento ou uma diminuição geral dos recursos; e
- c) com base nessa informação, melhorar o equilíbrio entre eles.

Esse estudo é baseado no estudo de Wager (1972), que analisou como a acomodação domiciliar afetava os custos e mostrou que a influência mais importante nos níveis de custo parece ser o nível de incapacidade ou dependência da pessoa idosa (Figura 1).

Figura 1: Formas alternativas de cuidado para com o idoso: a variação do custo com o grau de capacidade.



FONTE: Wagner R., 1972. Care of the Elderly.

No estudo de Mooney, a informação necessária foi obtida pela visitadora de saúde e enfermeiras durante visitas de rotina. Usaram dois questionários: o primeiro fornecia informação sobre as características da dependência (por exemplo: incontinência, mobilidade, condições de vida) e sobre a frequência das visitas de serviços assistenciais (funcionários da saúde pública, clínicos gerais, voluntários de lares para idosos, etc.) aos idosos. O segundo questionário, contém o lugar no qual o entrevistador recomendaria, considerando que houvesse vagas, para onde o idoso poderia ser transferido. Ou seja, para onde os clientes poderiam ser removidos para acompanhamento e/ou tratamento sem prejuízo do seu cuidado social e de saúde. Estes, na verdade, são os "clientes marginais" segundo a equipe que cuida deles.

Para permitir a comparação entre os lugares, fez-se uma estimativa dos custos. O objetivo de estimar os custos era poder indicar os custos relacionados com locações diferentes para os grupos relevantes. Por exemplo, para populações comunitárias, informações sobre o custo unitário de visitas dos serviços de atendimento domiciliar foram estimadas e multiplicadas pela frequência das visitas registradas no estudo para se chegar a um custo anual de tais serviços. Para um asilo, os custos totais foram obtidos adicionando custos de capital, custos de "não-tratamento", custos de tratamentos e dos serviços de atendimento (Quadro 4).

QUADRO 4: CUSTO ANUAL POR RESIDENTE NOS ASILOS

	População Idosa		
	Na margem da comunidade (\$)	Fora da Margem (\$)	Na margem hospitalar (\$)
Equipe médica	430	490	1500
Outros	1150	1150	1150
Capital	900	900	900
Serviços aux.	70	70	70
Total	2520	2610	3620

FONTE: Mooney, G., "Planning for balance of care of the elderly". Scottish Journal of Political Economy, 25, 2 (1978), p. 149-64.q

O custos anuais por lugar de uma unidade geriátrica com 60 leitos foram estimados para internação hospitalar.

O resumo das conclusões do estudo é o seguinte: embora os dois profissionais da saúde (visitadoras de saúde e enfermeiras) tivessem tipos diferentes de demanda, eles identificavam populações marginais similares (Quadro 5).

QUADRO 5: NÚMERO DE CLIENTES ALOCADOS NAS MARGENS POR TIPO DE EQUIPÊ

Equipe	MARGEM			Número total da amostragem
	Comunidade	Asilos	Hospitais	
Enfermeiras	-	174	38	659
Visitadoras de saúde	-	241	42	500

FONTE: Mooney, G., "Planning for balance of care of the elderly". Scottish Journal of Political Economy, 25, 2, (1978=, p. 149-64.

Quando os custos anuais foram estimados para as diferentes populações nos três lugares - comunidade, asilo e hospital (Quadro 6) - o que é de particular interesse na análise marginal, verificou-se que da população não-marginal na comunidade até a população marginal do hospital os custos tendem a aumentar (veja figura 1).

QUADRO 6: CUSTOS ANUAIS PER CAPITA DA POPULAÇÃO DE IDOSOS

Comunidade	(\$)	Asilos	(\$)	Hospital geriátrico	(\$)
(a) Fora da margem	1280 1440*	(a) Fora da margem	2610	(a) Menos dependente	5900
(b) Margem asilo	1770 1840*	(b) Margem comunidade	2520	(b) Mais dependente	7400
(c) Margem hospitalar	1490 1650*	(c) Margem hospitalar	3620	(c) Média	7200
(d) Média	1380 1530*	(d) Média	2790		

* Mais custos sociais não-quantificáveis (presente, porém em escala bem menor, nos dois outros lugares).

FONTE: Mooney, G., "Planning for balance of care of the elderly". Scottish Journal of Political Economy, 25, 2 (1978), p. 149-67-

Ao examinar esses custos, Mooney fez duas observações; primeira, que a estimativa dos custos não era tão precisa quanto possível e, segunda, que nem todos os custos relevantes foram calculados (não foi incluída a estimativa dos custos que recaem sobre os parentes e amigos dos idosos).

Com a informação das pesquisas das características das diferentes populações marginais e dos custos associados a essas populações, tornou-se possível começar a visualizar os padrões alternativos de tratamento. Os custos apresentados se basearam em unidades com 60 leitos ou vagas, já que os novos hospitais ou asilos geriátricos são geralmente desse tamanho. Os números dos custos são portanto específicos para esse aumento. Se acréscimos diferentes de 60 ou em múltiplos de 60 tiverem de ser considerados, então as estimativas de custos podem variar. Se houver diminuição, então serão necessárias estimativas diferentes de custos.

Da informação sobre os custos demonstrada no Quadro 6, pode-se afirmar que pelo mesmo custo (\$255.000 por ano) ao menos três opções são válidas para os responsáveis pelas decisões.

— Abrir 60 novos leitos geriátricos cada um a \$5900 a um custo total de \$354.000 e mudar 60 clientes da comunidade, cada um custando \$1650, para esses leitos; economizando na comunidade \$99.000: custo líquido total \$255.000.

— Abrir 86 novos leitos geriátricos, cada um a \$5900, a um custo total de cerca de \$507.000, e mudar 86 clientes de asilos, cada um custando \$3620, para esses leitos; economizando nos asilos cerca de \$311.000. Depois mudar 86 clientes da comunidade; economizando na comunidade, cerca de \$158.000 (\$1840 por cliente) para os asilos a um custo total de \$217.000: custo líquido total \$255.000.

— Abrir 375 novas vagas em asilos, cada uma a \$2520, a um custo total de \$945.000, e mudar 375 clientes da comunidade cada um custando \$1840; economizando na comunidade de \$690.000: custo líquido total \$255.000.

Apesar das limitações da informação de custos mencionada anteriormente, ela mesmo assim indica como a informação da análise marginal pode ser usada para mostrar as opções a disposição dos responsáveis pelas decisões. Esse estudo apresentou uma imagem do tipo de gente que estaria envolvida em tais mudanças, isto é, as populações marginais. Os responsáveis pelas decisões ficam assim mais bem equipados para julgar, a luz dessas imagens, que opção escolher, mas deve ser enfatizado que eles têm de fazer um julgamento dos benefícios relativos das diferentes opções.

CONCLUSÕES

Como Logan (1984) a define, eficiência é um termo usado na economia que mede o custo de estratégias alternativas, ou que maximiza os resultados de uma determinada ação. Então as medições de eficiência no setor saúde se relacionam com a avaliação das condições dos pacientes ao darem entrada e ao receberem alta do sistema, e as atividades executadas nos pacientes.

Devido a escassez dos recursos, o uso de uma medida de eficiência implica que as escolhas na saúde pública devem ser feitas de maneira a extrair um total máximo de benefícios a partir dos recursos a disposição da comunidade. Para uma ótima utilização dos recursos, todos os pacientes deveriam receber nem mais nem menos do que o tratamento apropriado. Demais significa desperdício e ineficiência e, portanto, menos atendimento para outros pacientes; de menos significa privar o paciente individual de benefícios médicos potenciais, negando o tratamento necessário.

Deste modo a medição da eficiência deveria ser bastante precisa para enfrentar a estrutura teórica, mas isso é apenas teórico, e na prática não ocorre.

É importante enfatizar que, apesar do desenvolvimento de certas técnicas para avaliação de eficiência (1), muitos aspectos ainda fornecem soluções precárias. A estimativa de custos não é precisa e, além disso, avaliar o benefício para os pacientes obtido com alguns tratamentos (por exemplo, o tratamento de pessoas idosas com demência senil) está longe de ser uma tarefa simples.

Concluindo, a avaliação econômica da saúde fornece uma visão generalizada na qual objetivos mais amplos e prioridades podem começar a ser debatidos. A abordagem pode ser usada, mas não deve ultrapassar suas próprias limitações.

(1) Existem outras técnicas, não mencionadas nesta tese, relativas a medição de eficiência, tais como os indicadores de desempenho, pesquisa operacional e algumas abordagens de DGS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Abel-Smith, B. (1979) The organization, financing and cost of health care in the European Community. Social Pol.Sen, (36), 1979.
- Abel-Smith, B. (1983) Value for Money in Health Services. London, Heinemann, 1983.
- Arrow, K. The Welfare Economics of Medical Care. Ame. Econ. R. 53: 941-73, 1963.
- Barker, D.J.P. & Rose, G. Epidemiology in medical practice. Churchill Livingstone Medical Text, 1984.
- Cordeiro, H. As Empresas Médicas; um estudo sobre as transformações capitalistas da prática médica no Brasil. São Paulo, 1983. (Tese de doutorado não publicada. Universidade de São Paulo).
- Cordeiro, H. Empresas Médicas. Saúde em debate. 14: 22-31, 1982.
- Culyer, A.J. Is Medical Care Different? Oxford Econ. Paper, 23: 189-211, 1971.
- Culyer, A.J. Need and the National Health Service. London. Martin Robertson, 1976.
- Donnangelo, M.C. Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro , Duas Cidades, 1979.
- Drummond, M. Principles of economic appraisal in health care. Oxford University Press, 1984.
- Florey, C., Etal. An Introduction to community medicine. London. CLMT., 1983.
- Goes, S. & Braga, J.C. (1980) Saúde e previdência: estudos de política social, São Paulo, CEBES-HUCITEC 1980.
- Klarman, H.E: The Road to cost - effectiveness analysis. Health Society , 60(4): 1982.
- Haberman, S. Putting a price on life. Health and Soc. Sci. J. July, 1980.
- Lindsay, C.M. Medical care and equality. Econômica , (144): 531-737, 1969.

- Logan, R. Health-systems; Concepts Preparatory to Evaluation. London, LSHTM, Dept. Community Health, 1984.
- Manning, W. G. et al. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. New Engl. 310: 1505-10, 1984.
- Mooney, G.H. Planning for balance of care of the elderly. Scottish J. Polit. Econ. 25(2): 149-64, 1978.
- Navarro, V. (1978) The Crisis of the Western of Medicine in Contemporary Capitalism. Inter. J. Health. Serv. 8(2): 179-211, 1978.
- Possas, C. Saúde e Trabalho; A crise da previdência social. Rio de Janeiro, graal, 1981.
- Rice, D. P. & Feldman, J.J. Living longer in the U.S ; demographic changes and health needs of the elderly. Health Society, 61(3): 362-96, 1983.
- Schwartz, W.B. The regulation strategy for controlling hospital costs. New Engl. J. Med. 305(21), 1981.
- Wager, R. Care of the elderly; an exercise in cost benefit analysis commissioned by Essex Country Council. London, IMTA, 1972.

4

UM VÍRUS SÓ NÃO FAZ DOENÇA

SÉRGIO CARRARA
CLÁUDIA MORAES

UM VÍRUS SÓ NÃO FAZ DOENÇA ¹

SÉRGIO CARRARA *

CLÁUDIA MORAES **

RESUMO

O presente artigo apresenta uma primeira abordagem de alguns aspectos de modo como a AIDS " se faz ", sobrevoando instâncias fundamentais para a sua construção enquanto problema social: a medicina, os meios de comunicação de massa, em especial a imprensa escrita. Não se pretendeu proceder uma análise em profundidade, quisemos, antes, apresentar uma panorâmica dos tópicos e questões mais evidentes, privilegiando a investigação das associações simbólicas para as quais a doença se oferece como suporte. Nesse sentido, procuramos perceber as representações sociais que se explicitam através da AIDS em torno de temas como a homossexualidade, o anonimato do cidadão nas grandes cidades, as relações entre o primeiro e o terceiro mundos, a sexualidade, a morte, etc. Ao que nos parece, é justamente a carga simbólica, a felicidade das novas relações que estabelece entre elementos significativos da cultura, que faz o enredo da AIDS suscitar tanto interesse.

INTRODUÇÃO

É bastante fácil, quando se trata da AIDS, rememorar as pestes medievais ou os judeus acusados de serem responsáveis pela degeneração racial e pela propagação da sífilis na Alemanha Nazista, colocando-se em foco a maneira como a doença pode ser politicamente apropriada e usada

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

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

** Mestranda em Antropologia - Museu Nacional

contra grupos minoritários, marginalizados, e a favor da dominação capitalista etc. etc. Muito também já se tem dito do papel histórico do discurso médico como moralizador das "classes perigosas" (isto é, as classes trabalhadoras urbanas), disciplinando-as para o capitalismo e controlando-as através das metáforas da doença e da patologia. Também é fácil, por exemplo, demonstrar como o discurso higienista de fins do século XIX se constitui em prática disciplinar. Porém, ao tentarmos acompanhar um pouco a questão da AIDS que se coloca entre nós como um problema médico atual, o caminho para uma possível análise fica bastante mais acidentado. Duas razões em particular vão dificultar o nosso trabalho.

Primeiramente, ao acompanharmos uma discussão que nos é contemporânea, torna-se bem mais claro que o processo histórico não é fruto de uma única e obscura razão ou intencionalidade. Seria simplista reduzir o que diz respeito à AIDS a uma contra-revolução sexual, por exemplo. Na verdade, os discursos e práticas em relação a esta nova e já tão famosa "doença" são produzidos em diferentes instâncias, atendendo aos mais diferentes interesses, indo desde os laboratórios dos "grandes cientistas" até os offices das organizações gays americanas, passando, é claro, pelas páginas dos jornais, pelos sermões de religiosos e pela pena dos sociólogos e antropólogos. Vemos ser armado em torno do "mal" um campo de relações políticas determinadas, no qual vários grupos se esforçam por impor suas opiniões e seus interesses. Enquanto tal campo se mantém aberto, qualquer tomada de posição não acarreta nem consequências necessárias nem previsíveis. O que acontecerá será um resultado possível entre outros. Devemos ter consciência, ao tentarmos abordar esta questão, de estarmos nós mesmos fazendo parte deste jogo ainda aberto e correndo riscos que isso implica.

A segunda dificuldade é o fato de o que está acontecendo nos dizer respeito diretamente. Somos contemporâneos da AIDS e do discurso médico que a delinea enquanto "ameaça geral". Queremos dizer com isso que, quando tratamos analiticamente de idéias e teorias médicas que floresceram há algum tempo (como a eugenia, com suas previsões de degeneração ou loucura causadas pelo alcoolismo, casamentos inter-raciais e outras mesalianças), a análise pode fluir e revelar o caráter ideológico dos pressupostos desses discursos, talvez (ou principalmente) porque eles já caíram em descrédito no mundo científico. Porém, a crença em vírus, bactérias, linfócitos, anticorpos está presente em nós a ponto de não considerarmos uma crença, mas uma descrição precisa do real. Em vários momentos, ao questionarmos as idéias médicas sobre a AIDS, tínhamos a impressão de profanar um universo sagrado. Contestando suas regras, parecia que corríamos o risco de ver desabar sobre nossas cabeças a maldição de contrair a doença. Não é fácil olhar criticamente um discurso que se apresenta como "salvação" para uma "ameaça mortal". Ficamos divididos entre criticá-lo ou nos proteger sob suas asas, adotando os procedimentos que prescreve.

Devido a estas dificuldades, não é possível separar os acontecimentos em verdadeiros e imaginários, não é possível dar a "razão oculta por trás do processo", pois esta seria uma razão entre várias, e destacá-la seria já uma tomada de posição e não uma análise imparcial. Não é possível, tampouco, avaliar a verdadeira dimensão dos fatos. O futuro nos dirá se o dragão que combatemos é um tigre de papel. O que podemos, então, é ver alguns aspectos do modo como a AIDS "se faz", sobrevoando instâncias fundamentais para sua construção enquanto problema social, como a medicina e os meios de comunicação de massa, em especial a imprensa escrita. Embora sejam múl

tiplas e contraditórias as idéias que se apresentam sobre a AIDS nestes níveis, vamos constatar que o processo de construção social da doença deixa de qualquer maneira um "resíduo" que vai formando, pouco a pouco, o que se poderia chamar de sua face visível. Enquanto os conflitos e debates em andamento vão definindo atitudes, medidas, comportamentos, de outro lado temos uma constituição substantiva da doença, uma presença quase física, que vai se impondo como que independente das teorias e opiniões. É como se neste turbilhão fluido as partículas mais pesadas fossem baixando e se sedimentando, dando origem a fortes associações simbólicas que vão formando a imagem da doença propriamente dita.

Neste artigo não se pretendeu uma análise em profundidade que exigiria conhecimentos específicos (desde uma epistemologia das ciências médicas até uma sociologia de imprensa); quisemos antes apresentar uma panorâmica dos tópicos e problemas mais evidentes que aí se configuram.

VISITA AOS MODELOS MÉDICOS

A AIDS surgiu inicialmente enquanto fato médico. Se os mesmos fenômenos que foram isolado e agrupados nessa síndrome houvessem ocorrido em uma ou outra época ou fossem enfrentados por outras formas culturais de intervenção terapêutica, eles poderiam ter passado despercebidos, ou então seriam interpretados de forma diferente, ganhando outra significação e outro tipo (se algum) de significação social.

Para que uma série de fenômenos percebidos enquanto perturbações de um "estado normal de saúde" venham a constituir o que entendemos por doença, é preciso que tais fatos sejam agrupados em um modelo que determina quais as

"as perturbações" relevantes, a relação que mantêm entre si, o que as causa (quem ou o que é responsável por elas) e de que modo essa causa atua. É a partir dessa ordenação de acontecimentos até então desconexos que a instância ordenadora poderá interferir no sentido de acabar com as perturbações e restabelecer uma situação de equilíbrio. Note-se que equilíbrio e perturbação são estados definidos pelo modelo que simultaneamente estabelece os problemas e o caminho para resolvê-los.

Este processo está longe de ser um privilégio da medicina oficial. Considerando o campo da saúde, é também o que fazem todas as práticas terapêuticas alternativas a ela, sejam as ligadas à religião, sejam as que aspiram a um status científico, como a acupuntura e a homeopatia. Na medicina dita oficial, mais que em qualquer outro sistema de compreensão da doença, há uma tendência em ignorar esse processo de constituição do real através dos modelos que se tornam como que uma voz emanada diretamente da realidade dos fatos sem intervenção de pressupostos de qualquer tipo.

Nas páginas que se seguem, gostaríamos de chamar atenção para esse lado da medicina enquanto construção, abordando alguns aspectos dos modelos que vêm sendo elaborados para dar conta da AIDS.

O artigo que David Black escreveu para o jornal Rolling Stones (1) é uma das raras reportagens que se preocupam em devassar os bastidores da cena pública onde aparece a AIDS. Entrevista, para tanto, médicos envolvidos na pes

(1) "The Plague Years", in Rolling Stones, 25/04/85.

quisa da doença e líderes de organizações gays que se dedicam ao amparo dos doentes, a campanhas de prevenção e a batalhas cívico-jurídicas contra a discriminação e o preconceito. Aponta ele que, desde longa data, no estudo das doenças infecciosas, trava-se na medicina um confronto entre as teorias que enfatizam a ação de um fator único, enquanto agente etiológico provocador da doença, e outras que preferem ressaltar a importância de uma conjugação de fatores, de um meio sem o qual esse agente seria inoperante. Tal debate ocorreu, por exemplo, no caso da tuberculose. Enquanto uns se dedicavam a identificar o agente causador e um modo eficaz de combatê-lo toda uma outra corrente pensava em termos de um ambiente que propiciava a doença. Os sanatórios representaram aí uma tentativa de criar artificialmente um meio salutar, freando o avanço e conduzindo à regressão da doença: clima escolhido cuidadosamente, alimentação farta, repouso, horários regrados etc. Com os progressos da microscopia e o desenvolvimento da virologia e infectologia, as teorias que enfatizam a existência de um único agente etiológico na gênese das doenças (chamadas aqui de unifatoriais) têm adquirido cada vez maior destaque. Curar uma doença hoje em dia é antes de tudo identificar seu agente causador e combatê-lo por meio de medicamentos. Na tuberculose, a cura sanatorial caiu em desuso, suplantada pelo tratamento por antibióticos que atacam o bacilo de Koch. As teorias que enfatizam o meio (que chamaremos de teorias multifatoriais) ainda estão bastante presentes, por exemplo, no estudo do câncer e das doenças cardíacas. Com a AIDS, o debate entre teorias uni e multifatoriais também ocorreu. No período entre o seu aparecimento enquanto síndrome e a identificação de um vírus causador, houve entre ambas as vertentes um certo equilíbrio. Depois da "descoberta", a balança pendeu acentuadamente para o lado da unifatorialidade, que, através de

um complicado jogo político - que só poderemos aqui des
enhar em largos traços - acabou por se generalizar. No
Brasil, a imprensa irá basicamente publicar as idéias de
pesquisadores e médicos que enfatizam o vírus. Olhemos
rapidamente cada uma dessas teorias e suas consequências.

Ao se debruçarem sobre a AIDS, os defensores da multifa
torialidade investigaram o que poderia haver na história
das pessoas atingidas que as "predispusessem" à doença.
Esta foi por eles relacionada a um certo estilo de vida,
mais precisamente a um gay-life-style. Gay não qualificava
apenas uma certa preferência sexual; denotava todo um
conjunto de comportamentos e atividades. Entre elas: fre
quência a saunas, viagens ao Haiti, um número "alto" de
relações sexuais, prática do sexo anal, alta rotativida
de de parceiros sexuais, relações anônimas, uso de subs
tâncias excitantes nas relações sexuais como os poppers,
sendo que o fato mais enfatizado era um passado indivi
dual de repetidas doenças infecciosas. "O problema", di
zia o dr. Sonnabend a D. Black, um dos defensores da mul
tifatorialidade, "não é como adoecer num ambiente como
este, é como permenecer saudável". O que os médicos pon
deravam é que o estilo de vida que levavam as pessoas
atingidas já era em si debilitante, colocando em foco o
papel de cada um dos fatores acima descritos enquanto
imunodepressores do organismo humano.

Também a vida levada pelos haitianos, grupo que de início
parecia particularmente afeito à doença, seria debilita
dora: a pobreza levaria à subnutrição e ao enfraquecimen
to do organismo. Fala-se muito em promiscuidade, neste ca
so não só relacionada exclusivamente ao sexo, mas signi
ficando também condições sanitárias precárias, falta de
hábitos higiênicos, muitas pessoas vivendo apertadas sob
o mesmo teto etc. Igualmente, no caso dos hemofílicos,

o tratamento com hemoderivados a que devem se submeter periodicamente traria consigo corpos estranhos cujo combate continuado acabaria enfraquecendo o sistema inumológico.

Assim, os indivíduos ou grupos que adoecem não o fazem apenas por terem tido mais chances de entrar em contato com um provável agente causador da doença, e sim por estarem qualitativamente predispostos a ela, que viria apenas coroar desequilíbrios na saúde já existentes.

Além de se colocar, como já dissemos, em uma área de indagações médicas considerada hoje sm dia de científicidade duvidosa, desde o início a aceitação de tal modelo encontrou a resistência de diversos setores que se envolviam com a questão. Nos EUA, era impopular entre as organizações gays, que viam nele uma intromissão em seu estilo de vida, configurado como direito adquirido através de um longo processo de lutas políticas. O modelo multi, foi lido assim como moralizador (é a vida que você leva que faz adoecer), normatizador e intervencionista ("homossexuais, higienizem-se, evitem as saunas, com ou sem a AIDS a promiscuidade acaba com a saúde"). O fato de colocar em foco a miséria e a pobreza, como no caso dos haitianos, não o tornou exatamente simpático às autoridades políticas. Também para algumas autoridades médicas ele trazia problemas: a multifatorialidade abre o campo para fatos que escapam ao controle direto da medicina ou são a ela periféricos, tais como a exploração econômica ou a degradação da qualidade de vida em geral. A solução para o problema não seria estritamente médica, mas passaria necessariamente pelos meandros da política e da moral.

É claro que, ao caracterizar o "meio ambiente" propício à doença, este modelo acabava por agregar muitos estereótipos, preconceitos e hipóteses sobre o que seria o comportamento sexual dos homossexuais ou a miséria promíscua dos haitianos, elevando tudo isso ao estatuto da realidade objetiva.

Entretanto, a teoria da multifatorialidade tem um mérito: ela relativiza o perigo do contágio, pois a saúde ou a doença não são percebidas como diretamente determinadas pelo contato com um vírus, mas sim por uma série de fatores que predisporiam a uma ou a outra. O alarme fica assim circunscrito, tornando menos imperiosas as medidas de contenção da doença, que já seria contida pelas próprias particularidades das condições de vida e saúde dos indivíduos.

Se as teorias multifatoriais são uma conversa entre médicos e doentes, na unifatorialidade o diálogo é predominantemente entre os médicos e o agente causador da doença. Enquanto os multi esquadrinhavam saunas e refletiam sobre a miséria no Haiti, os uni, em seus laboratórios anti-sépticos, debruçavam-se sobre seus microscópios eletrônicos numa espécie de "gincana laboratorial". Esta culminou na identificação do provável vírus causador da doença por cientistas franceses (que o chamaram de LAV) e americanos (que o batizaram de HTLV III). A "chave do flagelo" (maneira como o vírus foi apresentado pela imprensa em 1984) não acabou, como sabemos, com os problemas, mas tornou a doença mais clara e visível. O vírus pôde ser nomeado, isolado e fotografado, e assim, momentaneamente, a situação pareceu estar sob controle, e através da "descoberta" consagrou-se esta linha de investigação, que passou a ganhar maior destaque público e levar a parte do leão nas verbas destinadas à pesquisa,

principalmente nos EUA.

Pelo ângulo da unifatorialidade, ou se tem o vírus ou não. As práticas sexuais e transfusões de sangue são encaradas como meios mecânicos e transmissão. Não se particularizam as relações sexuais - ou seja, homo ou hetero, todas têm chances equivalentes de espalhar o vírus - nem se qualificam possíveis vítimas - ou seja, todos estão igualmente expostos à doença, quaisquer que sejam suas condições prévias de saúde. Como se explicaria então a maior incidência da doença em alguns grupos sociais?

Unicamente por uma maior probabilidade estatística. Entre hemofílicos e viciados em drogas injetáveis, a constante troca de substâncias sanguíneas daria conta do recado. No caso do grupo mais atingido, os "homossexuais", considerou-se que o fato do vírus ter se introduzido em uma comunidade bastante fechada quanto aos parceiros sexuais explicaria por que o maior número de vítimas se fez inicialmente nesse grupo. Por outro lado, o elevado número de parceiros e sua grande rotatividade (tidos como hábitos sexuais característicos desta "comunidade") atuariam como efeito multiplicador do risco, dando conta da rápida propagação da doença. A prática do sexo anal, considerada "traumática", permitiria o contato direto do esperma com o sangue ou a troca sanguínea facilitando ainda mais o contágio. Note-se que os mesmos elementos que a multifatorialidade alocava como imunodepressores vão ser alocados aqui como transmissores.

Se a exposição ao vírus é o que determina imediatamente a doença, o contágio transforma-se em conexão matemática.

De um lado, tal visão parece menos discriminatória e mais democrática: não importa quem você é. Além disso, com a ênfase no vírus, a doença passa a ser encarada como um ataque sofrido pela sociedade por algo que lhe é exterior. Tais razões tornam a unifatorialidade mais simpática tanto a autoridades quanto a grupos afetados. Não se trata aqui, em tese, de mudar comportamentos sociais, impor uma nova moral sexual. O problema é combater um inimigo comum.

A vacina ou o tratamento definitivo seriam o acabamento final desse modelo. Dando-lhe todo sentido, livraria a sociedade de uma "grande ameaça" e também de discussões e tensões sociais indesejáveis. O caráter democratizante do modelo somente se realizaria plenamente se à descoberta do vírus seguisse imediatamente o desenvolvimento de um meio eficaz de combatê-lo. Porém isso não aconteceu no caso da AIDS, gerando um impasse cujas consequências passamos a abordar.

A unifatorialidade, ao democratizar o risco da doença, democratizou também o pânico. O perigo se multiplicou e assumiu proporções muito maiores. Todos estão vulneráveis, e onde quer que se encontre o vírus (lágrimas, saliva, etc.) se encontra também o perigo do contágio. Temos um inimigo mas não os meios para derrotá-lo; sabemos como se espalha, mas os recursos para conter seus avanços são limitados, reduzindo-se apenas a medidas preventivas. E assim as ameaças intervencionistas que parecia terem sido evitadas com a recusa das teorias multifatoriais voltam agora com força total: impõe-se a necessidade de um controle geral, agora o único possível.

Parte-se para um mapeamento de onde o vírus se encontra na sociedade através de estudos estatísticos e aplica

ções de testes que, localizando a sua presença, possibilitariam o controle da contaminação através de transfusões de sangue ou consumo de hemoderivados, eliminando-se as amostras infectadas. Infelizmente, para alguns, o que é possível no caso do sangue não pode tão facilmente ser reproduzido com as pessoas, controlando outras formas de contaminação, como por exemplo a via sexual. A medicina pode fiscalizar diretamente o sangue através de técnicas laboratoriais; já quanto ao sexo, ela pode apenas "aconselhar" para que cada um exerça sobre si mesmo esta fiscalização. Parte-se então para uma educação dos grupos primeiramente atingidos para que evitem os riscos individuais e não contaminem o resto da sociedade. Na verdade, a partir da democratização do contágio, tais grupos atingidos e ameaçados se tornaram muito mais ameaçadores.

É sobre este modelo, queira ou não a medicina, que irão se justificar aos olhos de muitos medidas extremas. Medidas que vão desde a adoção compulsória do teste para que se localizem os possíveis transmissores do vírus até a montagem de uma rede de separação e confinamento, e que culminam com propostas de eliminação não só de portadores como daqueles mais propensos à doença. Um jornal da grande imprensa baiana chegou a advogar a eliminação de todos os "homossexuais" para a contenção do avanço da AIDS, citando como exemplo o abate de porcos realizado para erradicar a peste suína (1). Também não são raras as cartas de leitores tão "bem informados" por revistas como Isto é e Veja que propõem coisas semelhantes. Além disso, a discriminação entre prováveis portadores e não-portadores do vírus passou a afetar toda espécie de práticas sociais, transcendendo muito o domínio do sexual. Bombeiros recusam-se a realizar respiração boca-a-boca, dentistas passam a se esconder atrás de luvas e máscaras

(1) A Tarde, 14/01/85.

ras, administram-se os beijos de Hollywood através de especificações contratuais, equipes e TV recusam-se a transmitir as imagens de suspeitos, abandonando os estúdios, a melhor defesa da mulher torna-se um estojo de manicure pessoal, os cabeleireiros se preocupam em exibir publicamente testes negativos, o Exército vasculha bares e boates atrás de seus membros "desgarrados" etc. etc.

Ainda que superficialmente, podemos ver (e isso foi mais fácil por tratarmos de um processo recente) a plurivocidade daquilo que chamamos grosseiramente de medicina pela qual estão em jogo, mesmo se tratando da configuração geral da doença, vários modelos do que seja a realidade da AIDS. Se esses modelos ligam e ordenam idéias que querem refletir com exatidão alguns aspectos da sociedade, comportamentos e hábitos sociais, eles também colocam em jogo alguns ideais, fazendo com que recorramos ao que podemos chamar de imaginário social.

É ao que parece o caso do sexo anal. Transformado em prática diferenciadora e exclusiva dos homossexuais, sua realização é vista como fonte dos mais nefandos efeitos. É apresentada como debilitante, pois a presença constante de um antígeno (esperma) provocaria o desgaste progressivo do sistema imunológico; mas também se afirma que é devido justamente ao fato de se concentrar no reto uma grande quantidade de células do sistema imunológico encarregadas de proteger o organismo de seus próprios detritos o que tornaria o sexo anal propício à contaminação pelo vírus. Excessivamente protegido ou, ao contrário, excessivamente desprotegido, o sexo anal parece ser antes de qualquer investigação conclusiva o locus ideal para a transmissão da doença.

Nunca pareceu ter sido muito grande a distância que separa o moralmente reprovável do higienicamente desaconselhável; eis novamente o sexo anal configurado como uma prática contra a natureza. Dom Eugênio Sales (que afirma em um artigo no *Jornal do Brasil* (1) ser a AIDS a resposta da natureza ultrajada à homossexualidade) tem aí a "comprovação" de que, mais uma vez, a Bíblia tinha razão (como cita um leitor de *Veja*: "E, semelhante, também os varões, deixando o uso natural da mulher, se inflamaram em sua sensualidade uns para com os outros, varão com varão, cometendo torpeza e recebendo em si mesmos a recompensa que convinha ao seu erro". Romanos, I, 27). A medicina não faria senão caminhar pelos "mistérios revelados", esclarecendo-os pelo conhecimento da verdade objetiva, tornando-os mais palatáveis ao nosso gosto positivista. O que explicaria mais esse outro milagre da fé? Não estariam por trás das hipóteses médicas e das explicações religiosas alguns fantasmas pertencentes a um mesmo imaginário social que já prefiguravam a sodomia como prática contra a natureza? Tendemos a pensar que sim. Veremos que tanto na raiz dos pressupostos científicos como na do pânico leigo estão elementos comuns, como por exemplo noções de perigo, contaminação e promiscuidade, que nos remetem ao campo das associações simbólicas atualizadas pela discussão da AIDS.

ASPECTOS DO IMAGINÁRIO SOCIAL EM TORNO DA AIDS

Falamos, na introdução, que o simbólico seria uma espécie de resíduo mais pesado que vai se depositando ao longo do processo. Paradoxalmente, aquilo que se deposita é o que já estava ali anterior e virtualmente, servindo de

(1) *Jornal do Brasil*, 27/07/85

agente catalisador das relações e ligações que, ao se estabelecerem, dão corpo à doença. O que o processo todo faz é experimentar novas ligações e oposições entre peças-chave do imaginário social.

O mundo da doença sempre foi rico em simbolismo. Ele é tanto uma fonte de criação de metáforas (a AIDS usada como "língua" que expressa tensões políticas e fobias sociais) como também fartamente descrito por metáforas (a língua da guerra para descrever a penetração e alastramento do vírus no sangue: eles invadem e tomam os linfócitos T-4, que fazem parte do exército das defesas do organismo. É a carga simbólica, a felicidade das novas relações que estabelece, que faz o enredo da AIDS suscitar tanto interesse.

Enquanto operação particularmente bem sucedida de conjugação de campos de significado, a AIDS supera as temáticas da sífilis e do câncer, ao mesmo tempo em que guarda com elas elementos comuns: a ligação entre sexo, doença e morte da sífilis, os termos do definhamento, do corpo invadido e tomado do câncer. É interessante notar que as doenças mais rendem enquanto metaforizantes e metaforizáveis quando ainda não se sabe tudo sobre elas, e elas aparecem então como um enigma: decifra-me ou devoro-te, constituindo um campo aberto de fabulação. Esta parte obscura é justamente a garantia de seu poder significativo, algo assim como a categoria pclinésia de mana, que, segundo Lévi-Strauss, tanto significa por não significar precisamente coisa alguma (1). A aura sagrada que envolve a palavra se ligava a este poder de sentido: não só

(1) Lévi-Strauss, C., "Introdução a Obra de Marcel Mauss", in Mauss, M., Sociologia e Antropologia. São Paulo, EPU & EDUSP, 1974.

"mana" pode designar muitas coisas como as coisas designadas por "mana" são aquelas ainda não inteiramente conhecidas, classificadas, as que ainda guardam em si algum mistério. O poder da AIDS se liga então tanto àquilo que ela evoca como também ao que deixa obscuro. O movimento de vai e vem das notícias dos jornais não se deve apenas ao desconhecimento puro e simples, e tampouco é um mero recurso para aumento de vendas das publicações: é o próprio processo de experimentação de possíveis associações simbólicas. Para isto, é tão importante saber que a AIDS é provocada por um vírus identificado e nomeado como não saber ao certo suas origens, perdidas na África Central - o coração das trevas.

Quando a charada de uma doença é resolvida e se firma um modelo eficaz de compreensão e intervenção, como aconteceu com a tuberculose e a sífilis, o frenesi associativo se cristaliza em uma "solução final". A doença, conquistada (embora longe de estar erradicada), perde o interesse. A tuberculose produziu metáforas por cerca de cem anos; a AIDS prova ser uma doença da era espacial: em quatro anos já criou um vasto universo de associações significativas. Vejamos algumas das constelações deste universo.

A AIDS aparece como metadoença: não se trata, ao nível do imaginário social, de uma doença definitiva, mas de várias em uma só. Os doutores dizem que ninguém morre propriamente de AIDS, já que a imunodeficiência em si não mata: a morte é causada por outras doenças que invadem o organismo, aproveitando sua falta de resistência. Ela é um coringa que vale por qualquer carta. Nela estão representadas as "doenças do peito", com sua tosse e falta de ar; através do Sarcoma de Kaposi e da lógica invasora do propício vírus causador, nela se representa a "doença

maligna" ou câncer; a sífilis, através da ligação entre a doença e o ato sexual; a peste, por sua presença no centro da polis, atacando velhos e moços, ricos e pobres, e por sua interpretação como castigo divino; a lepra, pelo horror ao contágio que evoca e pelos movimentos de segregação de doentes e suspeitos que suscita. Sem contar com os estados que evocam a idéia de doença, em geral: febre, emagrecimento, fraqueza.

Mesmo entre médicos, as idéias populares sobre contágio parecem muitas vezes emergir com mais força do que as informações de cunho científico que são exaustivamente veiculadas. Embora as campanhas repitam inúmeras vezes que a AIDS não "pega" em aperto de mão ou copo de bar, há um prazer mórbido de reportar a presença do vírus na saliva, em lágrimas, em nota de dinheiro. As idéias de contágio sobre a AIDS distinguem entre o mundo público e o privado, apontam para o medo do contato anônimo das grandes cidades: quem bebeu neste copo, sentou neste banco, ou usou a tesourinha da manicure antes de mim? Há uma contaminação metonímica que faz com que o medo da doença transforme-se no medo do doente ou suspeito e se espalhe por tudo aquilo que ele haveria tocado. Como no caso em Araguari, onde a piscina do Clube Pica-pau permanecia deserta, por ter o cabeleireiro Aldo Marques, suspeito de AIDS, nadado em suas águas. Estamos no mesmo mundo da magia por contato descrito por Frazer. O doente ou suspeito (e neste jogo do contágio a suspeita já é a doença, como o hemofílico do Rio Grande do Sul e o cabeleireiro de Sertãozinho) não é só um mero veículo transmissor do "mal" (como são os objetos tocados por ele): é também um sujeito intencionalmente causador da doença. São fartas as histórias e boatos de inconformados, que ao saberem de possibilidade de estarem com AIDS, passam a manter contato sexual com o número possível de pessoas, na lógica do

MUITA AIDS =
MUITO RUA /
PROMISQUIDADE

ela
Circulação
Relações
públicas
medo
que
público

se
re
"parigois"
transform.

"eu vou, mas comigo vão muitos". Também no episódio de Araguari acusavam o cabeleireiro de cuspir nas frutas da feira para espalhar a doença (1). Acusação muito próxima, aliás, daquela que se faz às empregadas domésticas que aborrecidas com os patrões cuspiram na sopa antes de servi-la, e também com a lenda de que se um leproso mordesse sete pessoas sãs, ele transmitiria a lepra a estas pessoas e ficaria curado.

A "contaminação" do dinheiro pelo vírus da AIDS e outros vírus (curiosamente, a pesquisa que detectou a presença do vírus em notas de vários países do mundo, descobriu que o dólar é a única nota "pura") é outro episódio que revela o medo a tudo que é público, comum, anônimo, tido como impuro. E as medidas de evitação da AIDS visam justamente acabar com o anonimato e a mistura sem controle que ele provoca. Assim, a recomendação é evitar o sexo anônimo: conheça o seu parceiro. Se possível, no caso de transfusões, receba sangue de pessoas conhecidas. O modelo máximo de prevenção do contágio é o indivíduo isolado: ele não mantém relações sexuais, ou se mantém com preservativos (evitando assim a mistura de fluidos), guarda seu próprio sangue estocado para autotransfusão, carrega seu copo para bares e festas, suas agulhas de acupuntura para o médico, e também sua própria tesourinha, se costuma fazer as unhas fora de casa. Se dentista, usa luvas de borracha, para não entrar em contato com o sangue e a saliva do cliente. O movimento de individualização e isolamento é duplo: dos sãos por um lado, dos suspeitos ou doentes por outro. Estes são proibidos de entrar em aviões (Austrália), escolas, expulsos de empregos e até de prisões. Isolados literalmente nos hos

(1) Veja, 04/09/85.

Handwritten notes:
A contaminação do dinheiro
é uma forma de
contaminação
pública
O modelo máximo de prevenção do contágio é o indivíduo isolado
Prevenção
dos indivíduos
sãos do
contato
Tepencate
dos e das
contaminados
Administrativos

pitais, em quartos individuais, podem ser vistos através de uma janela de vidro. É fartamente descrito também o isolamento psicológico: sozinho na morte, condenado a guardar para si o segredo de sua doença, sob pena de sofrer rejeição ainda maior.

O perigo do contágio aparece na impureza, na mistura do que deveria ficar separado: mistura de fluidos (sangue, esperma, saliva), mistura de raças (URSS). A mistura do eu com o outro (da qual a grande cidade é a cena prototípica: todos igualados e homogeneizados na multidão anônima) é sempre perigosa. E a relação sexual é o símbolo-chave desta união: dois tornados um só. Assim é que o sexo anônimo é o mais perigoso: duas (ou mais?) pessoas inteiramente distintas e desconhecidas que subitamente entram em uma proximidade total. E naturalmente o sexo entre um casal monogâmico é o que apresenta menos riscos. Pois, na verdade, não se trata mais de duas pessoas, mas de uma entidade una: o casal, o par, o lar. Em termos gerais, só não há risco no contato com os iguais você, que de certo modo são você mesmo, parte de você: sua família, seus amigos.

A problemática do contágio e isolamento da AIDS parece levantar um pesado clima social, uma preocupação com a vulnerabilidade a ataques externos, um fortalecimento entre grupos sociais, cada vez mais espessos e definidos. Susan Sontag, em seu livro *A doença como metáfora* (1), denuncia o uso de metáforas militares para a descrição de doenças (o câncer invade, domina o organismo, as defesas imunológicas contra-atacam ...). No caso da AIDS, as metá

(1) Sontag, S., *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

foras militares não são apenas uma forma (in)conveniente de tratar a doença: exprimem também um certo clima no ar de fobias sociais e nacionais. O processo de individualização/substantivação que a AIDS promove não permite meias-cores: é preciso estar de um lado ou de outro. Divide-se a sociedade em blocos idealmente homogêneos: homossexuais de um lado, heterossexuais de outro; as pessoas sãs e as doentes (que englobam os suspeitos); o mundo entre capitalismo e comunismo (EUA versus URSS), ou Primeiro Mundo versus Terceiro Mundo (já que a lógica que parece reger a doença nos Estados Unidos e na Europa não é a mesma da África e Haiti). Separa-se o mundo entre nós e os outros, sendo que os outros são desconhecidos. Os africanos, homossexuais, drogados são vistos como habitando ou devendo habitar um "outro mundo" perigoso, desregrado, promíscuo, sem higiene, sem moral.

A questão da homossexualidade parece configurar uma situação feita de encomenda para reunir todas estas questões em uma só. Os homossexuais são vistos como seres que estão dentro da sociedade e ao mesmo tempo fora dela, formando uma "sociedade" à parte. São diferentes mas podem passar despercebidos (Rock Hudson e toda uma série de outros que "nem mesmo a família sabia"), e ao mesmo tempo são iguais (nos Estados Unidos, cidadãos como você). Polemizar a separação entre os sexos, homens e mulheres, e também as duas coisas juntas (Roberta Close: o travesti sempre fascinante). Tematizam sobre a revelação e a ocultação ("ficar no armário" versus "assumir"). Essa ambiguidade, o conhecer os dois lados, parece estar na raiz da idéia de que a profissão por excelência do homossexual é artística: costureiro, cabeleireiro, artista plástico, ator. A homossexualidade suscita ainda a ligação sexo e morte. Os crimes envolvendo relações homossexuais (como o assassinato de Pasollini) causam sempre

fascínio e evocam a idéia de um universo cercado de perigo: um submundo arriscado de ruas escuras, antros. O sexo anal é visto como uma perversão. Na verdade, ele coloca em contato regiões do corpo carregadas de significação e valores opostos em nossa cultura: de um lado, o falus, o princípio gerador de vida, de força masculina, fecundante; de outro o anus, que se liga àquilo que deve ser eliminado, que em nós mesmos representa o que está morto e é cercado de ritos de separação e evitação. O corpo masculino é representado como um "corpo fechado", íntegro - a destruição dessa integridade pode facilmente ser vista como fonte de todo o enfraquecimento e de todo o mal. Pois é apenas o sexo anal homossexual que é problematizado. Uma via invertida que dá origem a uma doença invertida, já que a AIDS se usa das defesas do organismo para atacar.

Homossexualidade /
para a pureza
e a proibição
do prazer

Além de sua ligação com a morte, os mitos sobre o que seja o sexo homossexual se ligam também à idéia de um prazer desenfreado, sem nenhum revestimento ou disfarce, ao puro sexo, só possível no completo desconhecimento dos parceiros, que evitam qualquer outro laço social; evitam mesmo se ver: o célebre quarto escuro no fundo das saunas - o gozo incessantemente renovado pela exacerbação (as drogas para aumentar o prazer: os poppers) e pela multiplicação (o maior número de parceiros). É montada a idéia de um sexo enlouquecido, agônico, onde a AIDS aparece avivar os contrastes. Susan Sontag fala que as boas metáforas são aquelas capazes de expressar ao mesmo tempo idéias contraditórias. A mística da homossexualidade vai se constituir na viga-mestra por onde passam a maioria das associações simbólicas criadas pela AIDS.

AIDS =
prazer
desenfreado

Para a lógica reinante do contágio, uma tal situação é intolerável. O isolamento deve justamente neutralizar

as misturas perigosas que a categoria de homossexual evoca. Surgem duas estratégias: ou cortá-la da sociedade como insinuam os atos discriminatórios (como despedir do emprego aqueles julgados homossexuais) que afirmam abertamente os propósitos de confinamento e extermínio, ou então "colonizar" a homossexualidade, acabando com suas ambiguidades. A homossexualidade seria então definida, esquematizada, quantificada e posteriormente disciplinada. Conta-se o número de parceiros, visita-se o gueto; a arma contra a ambiguidade é aqui o conhecimento esclarecedor. Enquanto a primeira "vomita" a homossexualidade para fora da sociedade, a segunda a engole e digere, penetrando no seu universo e, dentro dele, definindo o que seria o "bom" e o "mau" sexo. Ao tornar uma prática sexual como definidora de um grupo social, tanto uma como a outra substantivizam a categoria em uma espécie de terceiro sexo.

A rotulação e estereotipificação da sociedade em grupos (drogados, hemofílicos, homossexuais, bissexuais, heterossexuais - estes últimos o resíduo que não cabe em nenhum outro rótulo) fazem um mapeamento das zonas de perigo a serem evitadas, mapeamento este que acaba por recobrir o mundo todo. Surge uma geopolítica simbólica, construída a partir dos mitos de origem e das explicações da doença. Algumas divisões são englobadoras, não discriminam entre países, continentes, civilizações, como a teoria do castigo divino, o qual (teoricamente, pelo menos) só distinguiria entre justos e pecadores. A versão mais materialista de uma natureza ultrajada em revolta, num contra-ataque ecológico, coloca a humanidade como um todo. Também as teorias escatológicas do final dos tempos: sinal do apocalipse ou da realização das profecias de Nostradamus, a doença mata cegamente, sem atentar para detalhes de nacionalidade. A interpretação dos estra

gos da AIDS como uma prévia dos efeitos de uma hecatombe nuclear não deixa de constituir uma moderna versão do final dos tempos.

Enquanto as teorias de, digamos, cunho místico-moral são englobadoras e envolvem a idéia de punição merecida, as que envolvem relações políticas especificam nacionalidades e configuram a AIDS como agressão indevida, não mais o mundo julgado: temos agora países e culturas em conflito. Como na hipótese de que o vírus teria sido criado pela CIA para acabar com Cuba ou com os homossexuais (o que faz sentido, uma vez que os "comunistas", "homossexuais" e "artistas" muitas vezes são tomados como sinônimos por forças de direita), ou inversamente: o vírus seria uma criação da KGB para dizimar o Ocidente devasso. Há aqui uma polarização capitalismo/comunismo.

Mais complexo é o nexu estabelecido nas versões que opõem Terceiro Mundo e mundo civilizado. A doença viria do primitivo coração da África para dizimar Nova Iorque, a capital do mundo: é a revanche dos oprimidos. O vírus teria vindo dos macacos (que configuram um estado pré-humano), teria sido transmitido aos negros africanos (que, no imaginário comum do Ocidente, são vistos como estando no limiar da civilização, próximos à selvageria e à animalidade), passaria por movimentos de tropas cubanas (simultaneamente comunistas-bárbaros e ferozes comedores de criancinhas, e latino-americanos, isto é, "cucarachos") e chegaria ao Haiti (visto como um dos mais miseráveis países da América Latina, com uma população predominantemente negra, que para sobreviver vende seu sangue e se prostitui para homossexuais americanos em férias; a mais perfeita exploração e miséria) para daí atingir o setor mais avançado da decadência ocidental (os homossexuais de Nova Iorque). Os extremos acabam por se encontrar no

Brasil. Chega-se ao delírio de ver na presença da doença entre nós um sinal de distinção, de civilização. Quando Manchete publica em primeira página o título "AIDS: Brasil já é vice-campeão", não se trata apenas de uma piada macabra: junto vai também uma certa dose de orgulho. A AIDS torna-se uma prova de que entre nós está presente também o estilo de vida das grandes metrópoles americanas, que somos "avançados", e também aqui houve uma "revolução sexual". A situação tem suas semelhanças com aquela de que nos fala Gilberto Freyre: "... das doenças venéreas, de que particularmente se gabavam os rapazes brancos e de famílias senhoris das áreas agrárias, numa afirmação não só de virilidade precoce como da superioridade de classe e de raça: a classe e a raça donas, desde cedo, das mulheres" (1).

No imaginário ocidental, nada parece ser mais definidor que a morte. Sua certeza é a temida hora em que o indivíduo fica só consigo mesmo, desfeitos todos os vínculos que o ligam a este mundo. A morte da AIDS é a morte a rigor, o isolamento é literal. Ela começa por antecipação, a partir da hora da revelação da doença, que significa uma luta já perdida: o doente já foi vencido, e agora quem vive não é ele, é a doença nele. O caso diagnosticado é um caso encerrado. Rock Hudson, no tempo que decorreu entre a confirmação da doença e seu fim, era um morto-vivo, a quem a morte veio dar um carimbo final de confirmação. Salienta-se sempre na imprensa, quando se entrevista pessoas com AIDS, que o entrevistado pode já estar morto quando o leitor estiver lendo a entrevista. Seu depoimento é o de alguém que já se encontra em outro

(1) Freyre, G., *Sobrados e Mocambos*. Rio de Janeiro, J. Olympio Ed., 1981, p. 396.

AIDS = MORTE
Morte
como
morte

mundo (e que muitas vezes exprime o desejo de voltar para este mundo, como espíritos em sessão mediúmica). Fotos de revistas mostram doentes na fase final, num estado de profunda magreza, que os torna parecidos com as figuras medievais que representam a morte como uma caveira, prenúncio do que os aguarda; neste quadro, o suicídio (também recorrentemente noticiado) deixa de ser descabido. Ele se torna, aliás, a única atitude belicosa possível frente à doença, o único meio de livrar-se dela e de todo o seu peso: matar-se é a única forma de matá-la. Métodos apresentados por médicos franceses parece basear-se exatamente nessa idéia, uma vez que consistia em deprimir o sistema imunológico para impedir a propagação da doença, pois o corpo já deixou de ser o do doente. Processo semelhante ao imaginário do câncer, mas neste ainda é possível separar áreas "invadidas" e "áreas sãs". Com as defesas vencidas, o corpo escancara para ser "tomado" por agentes de fora. Isolado da vida e aberto para a morte, o doente é despojado de sua personalidade: nos jornais, as vítimas aparecem caracterizadas apenas com os traços que se ligam à doença: **homossexual, tantos parceiros, começou a sentir tais e tais sintomas**. Quando se trata de alguém famoso, como Rock Hudson, Flávio Império, Markito, a reportagem é dividida em duas partes: uma que fala de sua vida passada, e outra, em separado, que descreve a doença e a morte. Além do despojamento social, há o físico: lentamente o corpo vai desaparecendo com a perda de peso, vai se apagando com a falta de energia. Despido do seu passado, com a morte pela frente, também esta é a imagem dos leprosos medievais, mas que expulsos da sociedade formavam uma outra própria, de mortos-vivos onde inversamente a decomposição das carnes começa antes do túmulo. Porém, isolada, rejeitada, confinada, a pessoa com AIDS deve também isolar-se como única arma para escapar às infecções oportunistas.

Esta desconstrução da pessoa e isolamento do indivíduo na morte está longe de ser algo provocado pelo processo físico da doença. Ela acontece ao nível de sistemas de crença, como nos mostram os frequentes casos de definhamento, queda de produtividade, afastamento do emprego e dos amigos, sensação de perseguição; emagrecimento, crises depressivas e tentativas de suicídio daqueles que acreditam ter a doença, embora não apreentem nenhum sinal. O efeito simbólico, no caso da AIDS, se apresenta muito mais devastador do que os estragos físicos propriamente provocados pela síndrome, fato que Susan Sontag já apontava com relação ao câncer. O horror à AIDS não é tanto da síndrome médica como das associações simbólicas que ela traz à tona.

Marcel Mauss, em um artigo (1) que merece ser lido na íntegra, para o caso da AIDS, mostra como em várias sociedades da Austrália, Nova Zelândia e Polinésia, indivíduos definham até a morte, por se julgarem atingidos por alguma espécie de magia ou pela consequência fatal de algum pecado. O que ressalta aí é a força com que as convicções sociais da moral e da religião podem atuar sobre a condição física e psíquica de um indivíduo. "Esse medo pânico que desorganiza tudo na consciência, até aquilo a que chamamos de instinto de conservação, desorganiza sobretudo a própria vida. O elo psicológico é visível e sólido: a consciência. Mas não é um elo forte: o indivíduo encantado ou em estado de pecado mortal, perde todo o controle sobre sua vida, toda escolha, toda a independência, toda a sua personalidade" (2). Mauss se referia,

(1) Mauss, M., "Efeito Físico no Indivíduo da Idéia da Morte Sugerida pela Comunidade", in *Sociologia e Antropologia*, Vol. II. São Paulo, EPU & EDUSP, 1974.

(2) *idem*, p. 207.

neste texto, aos povos ditos "primitivos". Entre nós, ao contrário dos australianos e outras culturas descritas pelos antropólogos, a crença parece se deslocar dos sistemas religiosos para os sistemas de explicação ditos científicos. As palavras de Marcel Mauss, porém, dificilmente poderiam ser mais adequadas para descrever a idéia de morte que as representações sociais em torno da AIDS vão elaborando.