

**CADERNOS DO IMS.** Rio de Janeiro: Instituto de  
Medicina Social/UERJ, 1989.

---

---

**Comissão Editorial:**

**Sérgio Carrara (coordenador)**

**Joel Birman**

**Luis Antonio Castro Santos**

**Maria Lucia Fernandes Penna**

---

---

**Diretor do Instituto de Medicina Social**

**Maria Andréa Loyola**

---

---

**Secretária da Editoração:**

**Regina Marchese**

---

---

**Cadernos do IMS, V. 3, nº 1 (1989), RJ,  
IMS, 1989.**

v. ; 31 cm

Irregular

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

---

---

**Capa: Paulo Crown**

**Diagramação: Graça Borges**

**Apoio: UERJ/CEPESC/INAMPS**

---

---

**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 3 - NÚMERO 1

|  |     |
|--|-----|
| <b>Apresentação</b> .....  | 5   |
| <b>Representação de saúde e doença mental na prática psicoterápica</b><br>Jurandir Freire Costa.....                                   | 9   |
| <b>Entre o simbólico e o imaginário</b><br>Joel Birman.....  | 19  |
| <b>Resposta a Joel Birman</b><br>Jurandir Freire Costa.....  | 61  |
| <b>Casos e acasos: o crime de um certo Custódio e o surgimento do manicômio judiciário no Brasil</b><br>Sérgio Carrara.....            | 71  |
| <b>A AIDS no Brasil Urbano</b><br>Richard Parker.....  | 109 |
| <b>Patentes e a produção de medicamentos no Brasil: contradições do debate Brasil-Estados Unidos</b><br>Cid Manso de Mello Vianna..... | 149 |
| <b>Ideologia, normas médicas e racionalidade epidemiológica: o caso do câncer genital feminino</b><br>Eduardo Faerstein.....           | 173 |
| <b>O atendimento de emergência no município do Rio de Janeiro - subsídios para um debate</b><br>Estela Maria Leão de Aquino.....       | 187 |

Os textos de Richard Parker e Sérgio Carrara (antropólogos), e Eduardo Faerstein (epidemiólogo), tomando caminhos e objetos muito distintos, acabam incidindo sobre um mesmo ponto: a importância de variáveis culturais e ideológicas para a compreensão de processos tão distintos

se aplica.

dos indivíduos ou grupos sociais sobre os quais vos coincidem com os interesses e necessidades relativa e regionalizada, desde que seus objetivos não se recusa o reconhecimento de uma eficácia, despida de qualquer caráter "absolutista", subordinada à ética e à intervenção psicoterápica do "humanamente útil" na qual a ciência aparece via". Assim, pragmaticamente, esboça-se a linguagem, jurandir experimenta uma "terceira camada orientadas", apoiado na filosofia das modalidades de intervenção social científica. Frente a esse dilema (pertinente, aliás, a questões de saúde/doença mental e de subjetividade. gam com o psicoterapeuta das mesmas representações terapêuticas às camadas sociais que comumente datado, apenas aplicável com alguma etimologia, que vêem a psicanálise como saber histórico, ou construtivistas como prefere o autor, trans-culturalmente; de outro, concepções relacionadas, seria aplicável trans-histórica e saber psicanalítico, fundado na objetividade da temos concepções universalistas para as quais o termos em que se coloca o debate. De um lado, de Joel Birman - apresenta-nos claramente os Freire Costa - sob os olhos atentos e críticos dos psicoterapeutas? Nesse sentido, jurandir

(\*) A tese de Freire Costa já foi publicada em livro: COSTA, J.F., Psicanálise e contexto cultural - Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1989.

Em primeiro lugar, temos três trabalhos interessantes e de legitimidade da utilização da prática psicoterápica em contextos sociais diferentes do setting psicanalítico tradicional. Seria possível, teórica e praticamente, uma **psicanálise de grupo** especialmente dirigida às **classes populares**, cujas representações de saúde, de doença e de subjetividade nem sempre se assemelham às

ta. Como se depreenderá diretamente da leitura, o **móvel** da discussão diz respeito aos limites e à legitimidade da utilização da prática psicoterápica em contextos sociais diferentes do setting psicanalítico tradicional. Seria possível, teórica e praticamente, uma **psicanálise de grupo** especialmente dirigida às **classes populares**, cujas representações de saúde, de doença e de subjetividade nem sempre se assemelham às

Apesar de não termos introduzido quaisquer subdivisões que agregassem os diferentes artigos a partir do que têm em comum, alguma discriminação é possível.

Com este número, abrimos o terceiro ano de existência dos **CADERNOS DO IMS**. Diferentemente do último **CADERNO** - composto quase inteiramente de artigos de profissionais de outras instituições - o exemplar que o leitor tem em mãos traz somente trabalhos de professores e pesquisadores do IMS, apresentando uma parte significativa do amplo espectro de temas e de problemáticas mobilizadas nos últimos anos.

## APRESENTAÇÃO

tos quanto o surgimento de uma instituição, o desenrolar de uma epidemia ou o estabelecimento de uma causalidade em epidemiologia.

O trabalho de Parker é especialmente bom exemplo de uma reflexão que procura compreender o modo pelo qual processos biológicos são condicionados por certos aspectos da cultura específica dos grupos onde ocorrem. E, nesse sentido, o autor demonstra o quanto é importante conhecermos a "cultura sexual brasileira" para podermos prever os caminhos que a AIDS percorrerá entre nós, os grupos que atingirá e o tipo de intervenção mais eficiente a ser adotada frente à doença. O artigo de Eduardo Faerstein indica como as representações sociais em torno da sexualidade funcionam como pressupostos para os epidemiologistas quando constroem as séries causais relativas ao câncer genital feminino. Através de um estudo de caso, Carrara, por seu lado, demonstra que o surgimento dos manicômios judiciais deve ser compreendido a partir do estudo do impacto de certas categorias ou representações (as de monomania, degeneração e criminalidade nata) sobre a prática jurídico-penal característica das sociedades liberais.

Finalmente, os artigos de Estela Leão de Aquino e Cid Manso de Mello Vianna abordam questões de interesse bastante imediato e que vem mobilizando os profissionais da Área de Saúde. Para Estela, o que está em questão é o atendimento de emergência, tipo fundamental de atenção, dado o perfil dos problemas de saúde enfrentados ho

je no Rio de Janeiro. A partir de um breve histórico da evolução dos serviços de emergência no município, a autora lança algumas propostas para a reorganização desse atendimento, tendo em vista a reforma em curso no setor saúde e a perspectiva de municipalização. O problema de Cid Manso é de interesse nacional e diz respeito à crescente tensão nas relações Brasil/ Estados Unidos. O foco da controvérsia gira em torno da patente para medicamentos. Analisando as argumentações de ambas as partes ao reivindicarem (no caso dos Estados Unidos) ou negarem (Brasil) o estabelecimento desse tipo de patente, Cid Manso reflete sobre a atitude mais sensata a ser tomada pelo governo brasileiro, levando-se em conta principalmente a atual estrutura de produção de medicamentos no país.

Com este novo número dos **CADERNOS DO IMS**, esperamos colocar à disposição dos leitores significativas contribuições a algumas das discussões que, no campo da Saúde Coletiva, nos parecem estar na ordem do dia.

**COMISSÃO EDITORIAL**

# 1

REPRESENTAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL  
NA PRÁTICA PSICOTERÁPICA

JURANDIR FREIRE COSTA

## REPRESENTAÇÃO DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL NA PRÁTICA PSICOTERÁPICA \*

---

JURANDIR FREIRE COSTA

A anedota é conhecida. Diz-se que Einstein, combatendo os defensores da teoria quântica no seu pressuposto da indeterminação ou indeterminabilidade, teria dito: "Deus não joga dados!" A resposta embora em outra ocasião e em outras circunstâncias veio da parte de Planck: os novos conhecimentos se estabelecem não porque os opositores sejam convertidos, mas porque acabam morrendo!

A questão da representação da saúde e doença mental na prática psicoterápica, parece não escapar do dilema que, de longa data, persegue a história das teorias científicas. De um lado, os defensores das teorias universalistas das estruturas psíquicas afirmam que as representações histórico-culturais de saúde e doença mental são irrelevantes para a prática psicoterápica; de outro lado, os partidários das teorias construtivistas da noção de subjetividade afirmam que toda qualquer prática psicoterápica é uma variável dependente das representações de saúde e doença mental, vigentes numa determinada época histórica.

O problema está longe de ser resolvido. No entanto, acreditamos que, para ser convenientemente abordado, precis

(\*) Prova de Habilitação à Livre Docência no Departamento de Instituições e Políticas de Saúde na Área de "Saberes e Práticas de Saúde" realizada no dia 08.09.1988, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

sa, no mínimo, de ser discutido dentro de parâmetros su  
ficientemente claros. Ou seja, precisa ser de  
composto, nos elementos que dão origem à dissens  
ão, e que são res  
ponsáveis pela pluralidade dos pontos de vista sobre o  
assunto. Estes elementos são os quadros conceituais que  
funcionam como solo epistemológico para a diversidade de  
opiniões. Dada a extensão do campo problemático, esco  
lheremos como ponto de apoio da análise que propomos, um  
item, que reputamos central na explicitação do debate, a  
noção de sujeito ou subjetividade.

Do ponto de vista da teoria universalista (empregaremos,  
a partir de agora, por comodidade didática, esta expres  
são para designar a primeira corrente de pensamento), o  
eixo central da argumentação pode resumir-se da seguinte  
maneira: em qualquer latitude ou longitude histórico-cul  
tural as estruturas subjetivas fundamentais são as mes  
mas. Independentemente das definições contingentes que  
se venha a dar do sujeito, existe sempre uma singularida  
de X, portadora de um certo conjunto de predicados X, que  
é denominada por este termo. Este sujeito, por sua vez,  
apresenta uma certa interação com o meio ambiente, que  
pode existir sob a forma de equilíbrio ou desequilíbrio,  
em função das finalidades adaptativas propostas pelas  
circunstâncias. No caso da saúde e doença mental, o que  
se percebe é que o critério para se definir um ou outro  
termo, é a maior ou menor capacidade de lidar com os  
conflitos oriundos da complexidade do universo simbóli  
co, que é o seu meio cultural. A doença nada mais seria  
que a impossibilidade de adaptar-se de maneira crítica  
ao ambiente, pela dificuldade ou impossibilidade de apro  
priar-se de modo eficaz dos ítems ou objetos socializa  
dos, postos à sua disposição pela cultura.

Esta constatação dizem os universalistas, nada tem de apriorística ou essencialista, ela é heurística e empírica. Deve-se a observação do fenômeno nas mais diversas culturas, sejam elas históricas ou etnológicas. Desta forma, a variabilidade cultural das representações de saúde e doença não alteram a constância da relação **sujeito x meio cultural**, esta sim, relevante para a teoria e prática psicoterápicas dos distúrbios mentais. O fato da noção de doença mental ser historicamente construída ou datada, não abole a evidência transhistórica de sujeitos que, sempre e em todas as épocas, apresentaram padrões idiossincráticos e ineficientes de adaptação crítica ao meio cultural circundante.

Nesta corrente de pensamento incluir-se-iam tipos de teorias bastante diversificadas, que compartilham o mesmo pressuposto. Citariamos entre elas o **organicismo psiquiátrico**, fundado no pressuposto da universalidade neurofisiológica das estruturas psíquicas; a **etno-psiquiatria** ou **etno-psicanálise**, fundada no estudo comparativo dos chamados "diagnósticos primitivos e modernos"; a **fenomenologia** (jasperiana, wirschiana ou binswangeriana), fundada nas categorias intuitivas do ser-no-mundo; e, por fim, certas vertentes do **pensamento psicanalítico**, fundadas em interpretações, mais ou menos elaboradas, das noções de inconsciente, sexualidade etc.

No pólo oposto ao universalismo, encontram-se as teorias relativistas, que passaremos a designar pelo termo genérico de construtivismo. Os construtivistas argumentam que os universalistas derivam suas teorias de premissas estabelecidas como **dados**, mas que, no fundo, são "**construtos**". Assim, por exemplo, as premissas da existência de **um sujeito**, **um meio** e a escolha do **critério adaptação** como critério universal para julgar o que é saúde e

doença, não são fatos naturais, e sim inferências de pressupostos teóricos, previamente construídos. Quando se elege um critério do tipo "adaptação", parte-se do pressuposto de que existe uma teleologia implícita no convívio do homem com seu meio, ou seja, o sujeito "quer seu equilíbrio", e para tanto tem que curvar-se às injunções de um meio que também funciona como um dispositivo homeostático. Ora, esta concepção está permeada de interesses prático-éticos, onde a moral do bem ou do bem-estar funciona como contexto ou pano de fundo pré-cognitivo. Ética e moral não são fatos de natureza nem constantes essenciais na evolução histórica. São elementos do mundo dos valores e, portanto, sujeitos a variações em função de determinados paradigmas sócio-culturais. O "sujeito" e "o meio adequado" ao "critério de adaptação", não são entidades universais, irredutíveis às experiências históricas concretas. O "sujeito da adaptação" é por conseguinte um "construto".

Deste enquadre epistemológico geral, decorre toda uma série de teorias que questionam a universalidade do sujeito da psicoterapia. Encontram-se nesta família conceitual teses como a da **antropologia do indivíduo ou da pessoa**; da **arqueologia e genealogia da categoria do sujeito**; ou da filosofia da linguagem, em especial em sua **vertente wittgensteiniana**. Para estes autores, a questão da representação da saúde e da doença mental é importante na medida em que só se concebe a existência de práticas psicoterápicas, quando estabelecemos previamente como válidos um certo quadro representacional do que seja saúde ou doença mental. Sem o critério da "função indivíduo" em sociedades simbolicamente complexas; sem o critério da função sujeito em sociedades normativo-disciplinares; sem o critério de uso público dos termos como "sentimento privado", "indivíduo psicológico", "sujeito do incons

ciente" etc. seria impossível e impensável, segundo estas teorias, conceber-se a prática das psicoterapias.

Neste painel de idéias, acreditamos, que uma terceira posição possa ser defendida, a título de hipótese teórica, passível de ser aprofundada. Referimo-nos a posição pragmática sustentada por Rorty<sup>1</sup>, e que nos parece lançar uma certa luz no emaranhado discursivo que permeia o problema. Com Rorty, diríamos que ambas as posturas no fundo, partilham uma mesma convicção de base, a esperança de encontrar um critério único e supra-histórico, que garanta ou inversamente que condene de uma vez por todas, a legitimidade de certas práticas culturais, no caso, da prática psicoterápica. No caso do universalismo, o critério é o da racionalidade capaz de superar as aparências empíricas e aceder, através da auto-reflexão, não só à essência do sujeito e do seu meio, como à **própria natureza dos interesses pré-cognitivos que determinam**, os limites históricos de seus julgamentos normativos. Exemplo típico desta postura, embora não diretamente ligada a questão das psicoterapias é o pensamento de Habermas.

No caso do construtivismo, a tendência ao voo metafísico, embora mais escondida, nem por isso é menos atuante. O construtivismo ou relativismo, explicitamente (como em Thomas Kuhn ou Feynabendol) ou implicitamente (como em Foucault, por exemplo), admitem o princípio da incomensurabilidade das teorias, já que afirmam a historicidade ou regionalidade, para falar como Bachelard ou Canguilhem, dos modelos epistemológicos. Ora, como mostra Bourdieu, para afirmar a incomensurabilidade de teorias múltiplas, descartando a idéia de uma razão onisciente, é preciso

---

(1) Rorty, Richard, *Consequences of Pragmatism*, Brighton, Essex, The Harvester Press, 1982.

situar-se num ponto teórico, ele próprio não relativista e não-construtivista.<sup>1</sup> Do contrário, não haveria como afirmar que as teorias analisadas são incomensuráveis. Para dizer que o modelo X não tem comum medida com o modelo Y é preciso que o modelo a partir do qual a asserção é enunciada situe-se fora da contigência histórica criticada. Fora disso, o que se tem é a regressão ao infinito, no círculo vicioso de se afirmar "a priori" a existência da possibilidade transcendental de uma metateoria formal, cujo único predicado é afirmar sobre as outras que elas são incomensuráveis.

Para evitar este escolho, Rorty propõe que aceitemos o paradigma pragmático, que, em outras palavras, foi proposto por Wittgenstein, sob a expressão do "humanamente útil". Com isto, queremos dizer que a demarche teórica subordina-se à demarche ética. Num dado contexto, e em função de certas características sócio-culturais, um grupo social interessado na resolução de um problema histórico X, cria um paradigma teórico Y, que vai ou não se revelar adequado a solução do problema. Este paradigma, sujeito a discussão e revisão dos circunstantes interessados no problema, abre mão das **universalizações teóricas**, em favor das **generalizações metodológicas**. Métodos são postos em prática, com seus respectivos artefatos conceituais, em função de objetivos previamente aceitos pela comunidade implicada na questão. Desta forma, a eficiência epistemológica é garantida, dado que os eventos singulares são passíveis de interpretação e intervenção com vistas a mudança, sem que se tenha que recorrer a pressupostos metafísicos e universalistas.

---

(1) Bouveresse, Jacques, *Rationalité et cynisme*, Paris, Minuit, 1984, p. 85.

É neste quadro teórico mais geral, que propomos a abordagem da questão da representação da saúde e da doença mental, frente à prática psicoterápica. Postulando, pragmaticamente que no contexto socio-cultural presente, o problema do desequilíbrio psíquico existe e coloca-se como questão para um certo número de indivíduos, admitimos que a questão da psicoterapia pode ser melhor abordada se dispusermos de uma teoria capaz de afirmar metodologicamente a invariância de certas estruturas psíquicas, como a do **sujeito**, e a variação de outros elementos do mesmo psiquismo como a configuração da identidade egôica. Evita-se assim, o "parti-pris" do universalismo e do relativismo, com suas ressonâncias metafísicas mais discutíveis, e convida-se a comunidade interessada no problema a discutir sua resolução, pondo à mostra os fundamentos éticos que fazem deste problema um "problema a ser resolvido".

Afinal, como diz Rorty, se dispomos de uma chave quadrada para abrir uma porta cujo buraco da fechadura é redondo, temos pouco interesse em saber quais os elementos físicos que, em última instância, entram na composição da chave e da fechadura.<sup>1</sup>

---

(1) Rorty, Richard, op. cit. p. 201.

2

ENTRE O SIMBÓLICO E O IMAGINÁRIO

JOEL BIRMAN

# ENTRE O SIMBÓLICO E O IMAGINÁRIO

---

---

JOEL BIRMAN \*

## RESUMO

Analisaremos aqui alguns dos comentários elaborados por ocasião da defesa de tese de Livre-Docência do professor Jurandir Freire Costa, intitulada "Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias" e defendida em setembro de 1988 no Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Nesta leitura, procuramos desarticular as idéias de formalismo e de transcendência do registro simbólico, assim como situar a concepção de natureza no discurso freudiano sobre a cultura enquanto inserida na ordem do narcisismo.

### I. O AUTOR E A PERSONAGEM

Antes de mais nada, queria agradecer ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelo convite para participar da banca examinadora do concurso de Livre-Docência do prof. Jurandir F. Costa. Laços afetivos nos vinculam há muitos anos, propiciando comentários trocados com relativa frequência sobre as nos

---

(\*) Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

sas inquietações teóricas. Assim, experimentei a participação em sua banca examinadora como continuação de um diálogo cotidiano.

Além disso, apesar do seu caráter solene, esta discussão deve ser colocada nos seus devidos termos. O reconhecimento teórico das pesquisas de Jurandir F. Costa está acima de qualquer dúvida. A relevância do seu percurso transparece nas múltiplas investigações que empreendeu nos campos da história da psiquiatria,<sup>1</sup> da história da medicina,<sup>2</sup> da psicanálise<sup>3</sup> e no campo epistemologicamente limítrofe das ciências sociais e da psicanálise.<sup>4</sup> A pesquisa que ele ora oferece à discussão representa apenas mais um passo na trajetória renovadora que sempre o caracterizou, investindo seu potencial criador num novo campo de estudos.

Portanto, se minha posição face a esse debate acadêmico fica assim explicitada, o que resta é transformá-lo numa salutar troca de idéias nesse campo complexo da pesquisa que é definido pelo seu objeto teórico como estando situado na **intercessão** da psicanálise com as problemáticas da linguagem e da cultura. Por isso mesmo, não pretendo realizar uma arguição propriamente dita, mas apenas formular alguns comentários sobre como realizei a leitura da tese e sobre as indagações a que ela conduziu.

- 
- (1) Freire Costa, J. História da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Documentário, 1976, 1ª edição.
  - (2) Freire Costa, J. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979, 1ª edição.
  - (3) Freire Costa, J. "Psicoterapia breve: uma abordagem psicanalítica" In: Figueira, S. (Coordenador). Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro, Campus, 1978.
  - (4) Freire Costa, J. Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

## II. CIÊNCIA, ÉTICA E POLÍTICA

Desde o seu início, a tese se apresenta como um trabalho politicamente engajado com o destino de certos grupos sociais ativamente marginalizados na sociedade brasileira. A modalidade de engajamento revelado pela pesquisa define um estilo bastante preciso de produção científica e que esboça a figura do intelectual com traços bem delineados.

Antes de mais nada, o engajamento com certos grupos sociais não se realiza no sentido lato, mas num recorte específico delineado pelo trabalho teórico e pela prática clínica do autor, que é o campo da assistência psiquiátrica no espaço público. Nessa perspectiva, o autor exige uma consequência social para a sua pesquisa, e a escolha desta já revela tal engajamento, pelo compromisso político e ético com esses segmentos sociais. Então, o autor se distancia de uma posição teórica onde possa existir uma suposta **neutralidade** científica em relação ao seu campo de pesquisa, posição defendida por alguns teóricos do discurso científico.

Se essa pretensa neutralidade realmente existe, é uma questão bastante discutível em qualquer discurso científico, principalmente no campo das ciências humanas, onde o **sujeito do conhecimento** científico e o seu **objeto teórico** se identificam em diferentes níveis de complexidade. Por isso mesmo, a constituição dos objetos teóricos nas ciências do homem é necessariamente marcada pela **problemática dos valores**, na medida em que se realizam escolhas cruciais que revelam os compromissos éticos e políticos do teórico.

Essa antiga problemática do campo da filosofia das ciências foi retomada nos últimos anos por Habermas, que designou a incidência dos compromissos do teórico na constituição do seu campo de investigação com a categoria de interesse.<sup>1</sup> Dessa maneira, não existiria ciência desinteressada, pois qualquer discurso científico implica a realização de escolhas decisivas no processo de constituição do seu objeto teórico. Evidentemente, a existência de interesse não retira absolutamente de um discurso a marca de cientificidade.

Essa exigência de uma neutralidade científica absoluta é a resultante de uma perspectiva positivista no campo da epistemologia, na qual a denominada neutralidade científica é o correlato de uma representação do objeto da ciência como o da **ordem do absoluto**. Vale dizer, esse objeto é definido como uma essência fechada em si mesma, transcendente, que se mantém então como uma invariante imutável ao longo do tempo, sem sofrer a incidência da história das sociedades e dos mais variados códigos de linguagem.

Foi a introdução de uma reflexão histórica no campo da epistemologia e da história das ciências que permitiu a crítica rigorosa dos postulados da filosofia positivista da ciência. Dessa maneira, o objeto da ciência perdeu a aura de ser uma essência transcendental, passando a ser definido por coordenadas sustentadas pela história e pelas potencialidades entreabertas através da linguagem, que funcionariam então como as **condições de possibilida**

---

(1) Habermas, J. Connaissance et Intérêt. Paris, Gallimard, 1976.

(2) Sobre isto, vide: Bachelard, G. La Formation de l'Esprit Scientifique. Paris, Vrin, 1975, 9ª edição; Canguilhem, G. "L'objet de l'histoire des sciences" (1966). In: Études de Histoire et de Philosophie des Sciences. Paris, Vrin, 1968.

de de qualquer discurso científico.

Porém, essa relatividade histórica e lingüística do objeto teórico das diferentes disciplinas científicas não implica a inexistência de diferenças entre ciência e não-ciência, pois tais discursos são regidos por regras distintas. A diferença entre essas modalidades discursivas não implica também uma hierarquia no **valor de verdade** entre os discursos científicos e não-científico, pois os critérios de verdade de ambos são incomparáveis e regidos por exigências diferentes. Enfim, como seria possível estabelecer qualquer hierarquia entre o valor de verdade das diferentes formas de religião e a verdade fundada nos diversos discursos científicos?

Assim, nos diversos discursos científicos existem regras epistemológicas bastante rigorosas que definem a produção de seus conceitos, o campo metodológico para as suas operações e a exigência de verificação de suas hipóteses.<sup>1</sup> O processo de verificação experimental das hipóteses teóricas não precisa ser enunciado em linguagem quantitativa, como já se postulou anteriormente numa perspectiva positivista sobre a cientificidade, pois é o próprio discurso teórico que deve definir internamente quais são as suas condições de verdade, como uma das exigências fundamentais para o seu rigor enquanto teoria.

Neste final de século, após a hegemonia absoluta dos valores do cientificismo que desde o século XIX se estabeleceu definitivamente na tradição do Ocidente, anunciando-se desde a revolução científica do século XVII, a suposta neutralidade científica está em descrédito crescen

---

(1) Bourdieu, P., Chamboredon, J.C., Passeron, J.C. Le Métier de Sociologie, 3ª parte. Paris, Mouton, 1973.

te. Para esse descrédito, a crítica dos pressupostos positivistas que fundavam essa concepção de ciência ocupa um lugar importante. O correlato dessa crítica é a constituição de um discurso sobre o saber científico que exige a sua contextualização pela realidade social, mas de uma forma em que a ciência não é dissolvida nessa realidade como um mero epifenômeno, tal como se afirmou durante muito tempo numa certa tradição do marxismo de caráter nitidamente mecanicista.

Assim, desde os anos setenta formula-se a exigência de que a produção do saber se inscreva num projeto mais abrangente de transformação de um campo específico da realidade social, onde o intelectual participa e se insere somente com o que lhe autoriza a sua competência teórica.<sup>1</sup> Dessa maneira, a figura do intelectual tal como foi constituída numa outra conjuntura histórica é reformulada em alguns dos seus traços fundamentais.

Com efeito, a figura do intelectual se deslocou de um lugar sagrado e onipotente, no qual era representado como aquele que conhecia todos os campos do saber e da realidade, podendo, por isso mesmo, falar sobre qualquer coisa. A consequência necessária dessa representação era a atribuição, ao intelectual, do direito de definir o que o comum dos mortais deveria fazer nas suas práticas sociais.

Constituído no século XIX, esse modelo sofreu posteriormente transformações em alguns de seus traços secundários, mas se manteve intacto em sua estrutura fundamental. No entanto, essa estrutura passou a ser demolida progressivamente desde o final dos anos cinquenta, quando a figura do intelectual foi então deslocada de sua posição no Olimpo para ser inserida no cotidiano da realidade

---

(1) Foucault, M. "Verdade e Poder". In: Microfísica do Poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

de social, entre os demais homens. Assim, o que o diferência agora é apenas a sua competência num determinado campo do conhecimento, o que o fará participar, com outros, num projeto coletivo que a todos interessa. Por outro lado, esse projeto coletivo perde também a marca de uma exigência necessariamente partidária, como também se caracterizava a prática dos intelectuais engajados nas décadas passadas, pois a coletividade que tende a definir agora as linhas de ação e de reflexão sobre a realidade são os chamados **movimentos sociais**.

No entanto, essa exigência de engajamento não se contrapõe absolutamente à demanda de produção de um saber rigoroso. Então, não existe nessa leitura que estamos realizando a oposição entre saber e política, mas a afirmação de que qualquer modalidade de saber implica escolhas fundamentais que se inserem no universo axiológico, valores estes que direcionam a produção conceitual e a montagem das provas experimentais dos saberes.

É nesse perfil do trabalho teórico que se delinea esta tese e que se esboça a figura do intelectual que o seu autor pretende realizar. Assim, desde a introdução do trabalho o autor desfralda as suas bandeiras e revela a perspectiva de sua investigação, indicando para ela uma dupla motivação, quando destaca as "razões da razão" e as "razões do coração".<sup>1</sup>

As "razões da razão" remete a um desafio intelectual. A indagação do autor configura a seguinte problemática: seria teoricamente possível a existência da prática psicanálitica num outro contexto que não se circunscrevesse ao

---

(1) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Introdução. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ, 1988, p. 4.

seu espaço tradicional? Assim, numa metáfora curiosa - retirada diretamente de Laplanche quando pensa a questão da denominada psicanálise "aplicada"<sup>1</sup> -, já que a proposta seria examinar as condições de exercício da psicanálise num ambulatório psiquiátrico, o autor se pergunta: seria possível a psicanálise "extramuros"?<sup>2</sup>

Então, as "razões da razão" se articulam com o desenvolvimento das condições de possibilidade da psicanálise em grupos, empreendendo-a portanto no exterior do espaço analítico onde se fundou e se desdobrou com maior rigor em sua tradição histórica. A questão colocada é a de pensar os fundamentos da teoria e do método analíticos, criticando a possível restrição da psicanálise ao setting tradicional delineado pela relação analista-analisando.

A demonstração exige do autor a crítica das formas através das quais a transposição da psicanálise para os pequenos grupos foi realizada nos anos sessenta e setenta. Nesse contexto, a concepção central criticada é a que formula a existência de um grupo inconsciente e de um pequeno grupo no inconsciente,<sup>3</sup> que pode virtualmente se desdobrar na identificação deste grupo com as figuras do universo familiar.

Nessa perspectiva, diferentes discursos sobre os pequenos grupos são devidamente criticados, assinalando-se a inexistência de uma grupalidade inconsciente. O seu desdo

---

(1) Laplanche, J. Nouveaux Fondements pour la Psychanalyse. Paris, Press Universitaires de France, 1987.

(2) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Introdução, Op. cit.

(3) Idem, capítulo III.

bramento é a demonstração realizada no capítulo seguinte de que no pensamento de Freud não existe uma teoria da cultura e do social,<sup>1</sup> segundo afirmaram vários dos autores que formularam a hipótese da existência de uma grupalidade inconsciente como fundamento de sua prática com grupos.

As "razões do coração" são de ordem política, em que o autor sustenta a posição de que o saber tem de ser engajado na transformação da realidade social, o qual em sua pesquisa se representa pelo campo assistencial das práticas psiquiátricas realizadas para as denominadas populações carentes.<sup>2</sup> As condições em que se realizam essa prática assistencial são aterradoras, da mesma maneira como o descaso das instituições e de parcela significativa de seus profissionais.

Nesse contexto, critica com justeza tanto a posição política dos intelectuais que esperam a modernização do Estado brasileiro para que então possam ser transformadas as formas de assistência a essas populações quanto a posição dos que esperam a mudança na correlação de forças na sociedade brasileira para que a nova hegemonia política possa oferecer perspectivas assistenciais às populações marginalis. Porém, critica principalmente os intelectuais conservadores para quem a psicanálise não tem nada a dizer sobre tudo isso, pairando acima desta crua realidade.<sup>3</sup>

Entretanto, transcendendo essas diferentes vertentes que evitam a pesquisa desse campo empírico, o autor sustenta que existe um estilo específico na maneira através da qual um segmento dessas populações ordena o seu mal-estar

---

(1) Idem, capítulo IV.

(2) Idem, introdução, p. 10-17.

(3) Idem.

psíquico e fala sobre as suas perturbações mentais. Assim, para delimitar esse estilo, a perspectiva relativista da Antropologia poderia oferecer alguns instrumentos críticos para situar a escuta psicanalítica.<sup>1</sup>

A categoria de **doença dos nervos**, já estudada pelo autor num outro trabalho e na tradição antropológica brasileira,<sup>2</sup> é caracterizada então como a **linguagem** pela qual um segmento deste grupo social ordena o seu mal-estar psíquico, exigindo portanto uma escuta específica para essa modalidade de discurso.

No entanto, essa forma particular de escuta precisa ser articulada nas categorias universais da teoria psicanalítica para nesta ser fundada de maneira rigorosa. Para tal demonstração, o autor precisa realizar a crítica de algumas representações correntes em torno da teoria e da prática analíticas, assinalando certos **obstáculos epistemológicos** que permeiam essas representações.

Assim, a leitura crítica indica a existência, nestas representações, de certos **códigos semânticos de interpretação da subjetividade** à exclusão de outros. Nos códigos existentes destacam-se os valores éticos das classes médias urbanas. Assim, o autor pode postular que a escuta psicanalítica pode se realizar de fato e de direito, transcendendo a particularidade desses códigos semânticos predominantes, admitindo legitimamente a existência de outros códigos possíveis.<sup>4</sup>

---

(1) Idem, capítulo II, tópico 1, p. 27-47.

(2) Freire Costa, J. "A consciência de doença enquanto consciência do sintoma: a 'doença dos nervos' e a identidade psicológica". In: Cadernos do Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1(1):4-5, março/abril, 1987.

(3) Duarte, L.F. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

(4) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Capítulo II. Op. cit.

Situada aqui ao nível da prática da psicanálise, destacando como a palavra circula no espaço analítico entre as figuras do analista e do analisando, a discussão se desdobra na pesquisa no nível estrutural da teoria psicanalítica. Nesse contexto, a demonstração se realiza pelo postulado de que existem **variantes e invariantes** na estrutura psíquica e que se representam portanto nas categorias da teoria psicanalítica.<sup>1</sup> A dimensão imaginária do psíquico e o conceito de ego narcísico serão o cenário dessa demonstração.<sup>2</sup>

Assim, mediante as diversas linhas de indagação, as "razões da razão" e as "razões do coração" se articulam neste trabalho, estabelecendo o campo empírico da pesquisa e delimitando seu objeto teórico. Enfim, é a dialética entre estas diferentes ordens da razão que revela as linhas mestras que orientam o autor na sua investigação.

### III. DO CAMPO DE INTERLOCUÇÃO AOS JOGOS DE LINGUAGEM

A pesquisa é rica em sugestões e em ensinamentos, e as suas formulações teóricas apresentam-se de forma multifacetada e em diferentes níveis de complexidade.

O estilo do texto não é descritivo, o que dificulta a leitura do trabalho, exigindo muita atenção da parte do leitor para a variação dos seus argumentos. O autor pretende ser demonstrativo na apresentação de suas hipóteses e na formulação de suas críticas do começo ao fim do seu trabalho.

A estrutura do texto foi desenhada como uma discussão crítica

---

(1) Idem, capítulo V.

(2) Idem.

tica que se desenvolve em torno de certas problemáticas centrais, de forma que a figura retórica que se apresenta com mais regularidade no escrito é a oposição insistente entre argumentos e contra-argumentos. Mesmo conhecendo as grandes referências teóricas do autor, psicanálise, antropologia e filosofia da linguagem, este estilo de escrita transforma a leitura do texto numa tarefa árdua e, às vezes, difícil em decorrência de sua argumentação cerrada.

Além da dificuldade estilística, ainda uma outra bastante importante se coloca na sua tematização. Assim, a questão do estilo se desdobra na matéria-prima do texto, que são os dialogantes a quem o autor se refere ao longo de suas argumentações. Então, se as diferentes problemáticas que a pesquisa percorre são bastante evidentes, nem sempre fica patente com quem o autor está discutindo, isto é, quais são os seus **interlocutores**, e, para explicitá-los, faz-se necessário um trabalho de interpretação do texto.

Evidentemente, e em função da dimensão evocativa da linguagem, a interpretação do texto faz parte de qualquer leitura, de maneira que não existe propriamente a leitura de um escrito que seja destituída de um trabalho de interpretação.

Além disso, há também um outro tópico importante com referência aos interlocutores: a sua variação e multiplicidade ao longo do escrito. Então, os interlocutores centrais se transformam no decorrer das diferentes problemáticas, como se fossem personagens de um drama que são colocados em cena num único ato.

Assim, nos dois primeiros capítulos, o interlocutor fundamental é uma modalidade de discurso psicanalítico bastante difundida, na qual a psicanálise é representada como uma essência universal, situada além de qualquer referência sócio-cultural e, por isso mesmo, transformando-se num discurso formalista e ingênuo. A decorrência dessa representação é que a psicanálise acaba inserida numa concepção que a coloca em relação de exterioridade com a história e com a linguagem. A psicanálise assim representada não dispõe, portanto, dos instrumentos para pensar os fundamentos que fazem dela uma experiência epistemologicamente possível, ou seja, o perfil antropológico singular da individualidade,<sup>1</sup> que constitui a sua clientela e as formas precisas de seu enquadramento sócio-linguístico.

No terceiro capítulo, o interlocutor é uma certa tradição psicanalítica que, nos anos sessenta e setenta, se voltou para a prática clínica no contexto dos pequenos grupos. Apesar de suas origens inglesa e norte-americana, essa modalidade de discurso psicanalítico se difundiu muito na América Latina, principalmente no Brasil e na Argentina, que universalizou essa forma de assistência com justificativas de ordens social e econômica. A decorrência desse modelo teórico, que o autor não explicita no seu texto, é que algumas de suas tendências ideológicas pretenderam, mediante o referencial do grupo, "psicanalisar" diferentes instituições sociais, como se a instituição fosse um contexto epistemologicamente legítimo para a escuta psicanalítica.

---

(1) Dumont, L. O individualismo. Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna. Rio de Janeiro, Rocco, 1985; 23. Mauss, M. "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do eu". In: Mauss, M. Sociologia e Antropologia. Volume 1. São Paulo, E.P.N., 1974.

A fim de basear teoricamente a psicanálise em pequenos grupos, este discurso analítico pretendia fundar a existência de um grupo originário no inconsciente e trabalhar, portanto, com a concepção da existência de um inconsciente do grupo. O autor indica, com muita felicidade e rigor, a inexistência de qualquer fundamento teórico nessa concepção. A psicanálise não sustenta teoricamente qualquer grupalidade inconsciente. O que não implica afirmar que o pequeno grupo não possa ser um contexto para a prática psicanalítica e para a circulação da palavra do sujeito do inconsciente, mas seria uma escuta do inconsciente dos indivíduos no grupo, e não do inconsciente do grupo.

Além disso, o autor destaca com pertinência que a produção teórica mais importante sobre os pequenos grupos, em psicanálise, foi o trabalho de Bion.<sup>1</sup> Nesse contexto, retoma a leitura de Pontalis sobre a investigação clínica de Bion, para assinalar a inexistência de uma grupalidade inconsciente, pois a produção imaginária que os pacientes fazem sobre o grupo é que constitui o material clínico oferecido para a escuta e a interpretação do psicanalista.<sup>2</sup>

O quarto capítulo tem como interlocutores iniciais os teóricos do capítulo precedente e nele o autor destaca a impossibilidade de fundar a idéia do grupo no discurso freudiano, seja esta idéia de grupo delineada no registro do inconsciente, seja no registro do social. Porém, a problemática do capítulo transcende em muito essa formulação inicial e se desdobra na crítica contundente de alguns au

---

(1) Bion, W. Experiências com grupos. Rio de Janeiro, Imago, 1970.

(2) Pontalis, J.B. Après Freud. Paris, Gallimard, 1968.

tores que pretendiam fundar no discurso de Freud uma teoria da cultura e da ordem social.

Nessa perspectiva, a pesquisa retoma criticamente as formulações de dois autores que realizaram "os mais completos inventários sobre o assunto".<sup>1</sup> Os autores são Enriquez, na sua gigantesca tese de doutoramento intitulada Da Horda ao Estado,<sup>2</sup> e Moscovici, que publicou um livro importante denominado A Idade das Massas.<sup>3</sup> De diferentes maneiras, esses autores indicaram a relevância fundamental das temáticas da cultura e do social no discurso freudiano, destacando Freud como um teórico importante da modernidade para explicar as origens e o funcionamento do social. Se Moscovici baseia a sua interpretação principalmente na leitura de Psicologia das Massas e Análise do Ego,<sup>4</sup> o percurso de Enriquez é mais pretensioso, pois atravessa os diferentes textos onde Freud trabalha a temática da cultura para empreender uma reflexão sobre o poder e o Estado nas sociedades modernas.

Ora, o que é justamente contestado na pesquisa que ora comentamos é que exista uma teoria de origem e do funcionamento do social no discurso freudiano, carecendo então essas interpretações de fundamento tanto do ponto de vista da psicanálise quanto do ponto de vista das ciências sociais e da filosofia política. Assim, a passagem epistemológica de categorias teóricas formuladas no nível do psiquismo individual para o nível social não é teoricamente legítima no discurso freudiano e não consegue dar conta das instituições sociais. Por isso mesmo, não existe

---

(1) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias.

Op. cit., p. 39.

(2) Enriquez, E. De la Horde à l'État. Paris, Gallimard, 1983.

(3) Moscovici, S. L'Âge des Foules. Bruxelles, Éditions Complexe, 1985.

(4) Freud, S. "Psychologie des foules et analyse du moi" (1921). In: Freud, S. Essais de Psychanalyse. Paris, Payot, 1981

no discurso freudiano uma teoria da cultura e da ordem social.

No entanto, o "rendimento" teórico possibilitado pela leitura crítica dos denominados escritos sobre a cultura e sobre o social em Freud resultou na redescoberta de uma rica produção sobre o imaginário e o ego narcísico, que o autor tematiza no último capítulo do seu trabalho.

Finalmente, no quinto capítulo, é a problemática do imaginário que ocupa a cena do debate, onde o autor pretende restaurar os direitos de existência da categoria de imaginário em psicanálise face à investida de Lacan e de alguns de seus discípulos, que procuravam eliminar o valor desse registro fundamental do psiquismo. Nesse contexto, o autor vai percorrer as marcas impressas pela categoria da imaginação na história da filosofia e na filosofia da linguagem, destacando principalmente a interpretação de Aristóteles, São Tomás de Aquino, Hume, Kant e Sartre<sup>1</sup> para delinear os destinos assumidos pela problemática da imaginação em psicanálise. A possível filiação teórica existente entre a problemática da imaginação em Sartre e a problemática do imaginário e do simbólico em Lacan aparece indicada no texto,<sup>2</sup> quando é apresentada a formulação sartreana sobre a imaginação e o ego transcendental, mas o autor não realiza essa articulação, que é evidente.

Assim, é o discurso lacaniano que ocupa a posição de interlocutor fundamental do autor, que procura restabelecer a importância da dimensão imaginária no psíquico. Para

---

(1) Sobre isso, vide: Sartre, J.P. L'Imaginaire, Paris, Gallimard, 1940; Sartre, J.P. La Transcendance de l'Ego. Paris, Vrin, 1966, Sartre, J.P. A Imaginação, São Paulo, Difel, 1982.

(2) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Op. cit., p. 200-212.

isso, a filosofia da linguagem na versão teórica inaugurada por Wittgenstein<sup>1</sup> funciona, na economia interna do trabalho, como o instrumento fundamental que orienta as argumentações do autor, para situar os conceitos de imaginário, simbólico e sujeito em psicanálise.

A referência à filosofia da linguagem de Wittgenstein nos indica um último comentário para complementar o inventário estilístico, remetendo ao tom que permeia a totalidade do escrito. Além disso, tal comentário nos introduz nas considerações de ordem metodológica, que indicarei em seguida.

Assim, o estilo demonstrativo da tese é perpassado também por uma grande ironia, que funciona de maneira cortante, como contraponto permanente ao estilo demonstrativo. Essa ironia não me remete para a doce ironia socrática, mas ressoa nos meus ouvidos como a irônica gargalhada de Nietzsche, quando este realiza a crítica contundente das certezas estabelecidas e nos lança na inquietude da dúvida radical.

No entanto, a articulação do estilo demonstrativo do texto e da ironia cortante evoca o estilo argumentativo de Wittgenstein nas Investigações Filosóficas. Com efeito, são tão múltiplas as referências a Wittgenstein ao longo do texto e em momentos cruciais da argumentação (apesar de nenhum de seus livros estar incluído na bibliografia mas somente alguns de seus comentadores) que suponho ser o estilo intelectual de Wittgenstein a figura ideal do autor na construção do escrito, marcando o seu texto de maneira indelével.

---

(1) Wittgenstein, L. "Investigações Filosóficas". In: Os Pensadores. São Paulo, Abril Cultural, 1979.

Entretanto, refiro-me basicamente ao estilo intelectual de Wittgenstein, e não literário, pois mediante tal estilo, o autor introduziu na estrutura do seu texto a categoria de **jogo de linguagem**, que ocupa posição fundamental na filosofia da linguagem de Wittgenstein. Assim, a categoria de jogo de linguagem é a matriz que costura o estilo demonstrativo do trabalho e o tom irônico que perpassa o escrito do começo ao fim. Além disso, é a operacionalidade de dessa categoria na estrutura do texto que nos permite também interpretar a multiplicidade de problemáticas e de interlocutores, pois o que o autor realiza ao longo do seu trabalho é uma série de jogos de linguagem, em diferentes níveis de complexidade e de forma multifacetada, para articular os seus argumentos fundamentais.

#### **IV. O IMAGINÁRIO COMO PROBLEMÁTICA FUNDAMENTAL**

Examinemos agora a estrutura lógica, conceitual e metodológica da pesquisa, na qual já nos introduzimos através da referência ao lugar ocupado pela categoria wittgensteiniana de jogo de linguagem na sua tessitura arquitetônica.

Assim, apesar de interpretarmos a estrutura lógica da tese como regida pelo ideal teórico do autor de realizar um conjunto de jogos de linguagem, o texto apresenta certas **dissonâncias** internas. Essa afirmação implica porém um programa de leitura, pois, além de exigir a sua localização precisa, devemos considerá-la como signos para que se realize um trabalho de interpretação. Essa interpretação, portanto, deve dar conta dessas dissonâncias. Vou inicialmente localizá-las. Os capítulos da tese apresentam diferentes densidades teóricas. Assim, não obstante o autor percorrer um longo caminho desde a formulação inicial, de que "a doença como o indivíduo traz a marca da cultura

ra"<sup>1</sup>, até o último capítulo, onde tematiza a problemática do imaginário e do ego narcísico em psicanálise, parece-me que a tese se desenvolve nos capítulos IV e V num percurso teórico que de uma certa maneira decola de sua proposição inicial.

Digo relativamente e não completamente pois nos comentários anteriores procurei assinalar as articulações internas da tese, os desdobramentos da proposta inaugural nos capítulos subsequentes. No entanto, a dissonância se apresenta na medida em que as problemáticas da cultura no discurso freudiano e do imaginário em psicanálise transcendem bastante, na sua abrangência, a especificidade do objeto teórico discriminado inicialmente pela investigação, qual seja, a possibilidade de realização da psicoterapia de grupo, fundada na teoria psicanalítica, para certos grupos sociais, considerando as suas modalidades discursivas para falar de sua subjetividade.

Além disso, destacando essas dissonâncias entre a proposta inicial e desenvolvimento posterior do trabalho, eu esperava, no final do capítulo V, que o autor realizasse um arremate conclusivo, articulando num outro nível a discussão inaugural sobre a doença dos nervos com o desenvolvimento subsequente do trabalho. Essa expectativa não se concretizou. A tese termina de maneira abrupta.

Na mesma ordem de idéias parece-me também que os capítulos IV e V têm uma relativa autonomia, não apenas entre si, mas principalmente em relação à tessitura geral do trabalho. Dizendo isso de outra maneira, podemos afirmar que esses capítulos, se tematizados separadamente, po

---

(1) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias.  
Op. cit., p. 163.

deriam se constituir em objetos de duas outras teses: uma que poderia recortar como temática teórica a crítica da questão da cultura no pensamento freudiano, e outra que trabalharia a questão do imaginário em psicanálise. Esses temas são fundamentais, onde a argúcia intelectual de Jurandir F. Costa nos oferece argumentos instigantes. No entanto, considerados no campo do trabalho apresentado, o desenvolvimento para eles delineado transcendeu em muito a problemática colocada para investigação.

Entretanto, destacar a dissonância na estrutura da tese através da relação entre os seus capítulos não implica afirmar que exista dissociação. Assim, a problemática do imaginário já se anuncia desde o terceiro capítulo, com uma pequena referência isolada - quando o autor retoma a leitura que Pontalis faz sobre a concepção dos pequenos grupos em Bion e na qual enfatiza a importância da produção imaginária sobre o grupo - e, se apresenta de maneira evidente no quarto capítulo, quando é o imaginário sobre a cultura que se delineaia como a temática principal, para se desenvolver, então, de maneira sistemática, no capítulo seguinte.

No entanto, evidencia-se agora uma outra dissonância, na forma como foi trabalhada a problemática do imaginário no discurso freudiano. Assim, se o autor afirma que o grande "rendimento" teórico da leitura crítica dos escritos sobre a cultura de Freud foi redescobrir a importância fundamental da dimensão imaginária do psiquismo, isso não importaria necessariamente o procedimento metodológico de examinar a problemática do imaginário na totalidade do discurso freudiano? Essa problemática não é linear, uniforme e homogênea no discurso freudiano, mas percorre um caminho marcado por rupturas e reestruturações conceituais nesse sistema discursivo, fundamentais para serem regis

tradas e poderem situar rigorosamente a questão do imagi  
nário. Então, como se funda o lugar do imaginário na pri  
meira<sup>1</sup> e na segunda tópicos?<sup>2</sup> Ou, então, qual a incidên  
cia do dualismo pulsional dos anos vinte e da constitui  
ção do conceito da pulsão de morte<sup>3</sup> no registro do imaginá  
rio? Essa questão mereceria um estudo crítico que trans  
cendesse os escritos freudianos sobre a cultura para ser  
devidamente circunscrita, na medida em que a investigação  
se desdobra na sua parte decisiva na discussão sobre o  
imaginário em psicanálise.

Entretanto, indicar as dissonâncias da tese é apenas um  
passo inicial, pois se impõe agora um trabalho de inter  
pretação dessas dissonâncias. Assim, minha interpretação  
é de que a investigação de Jurandir F. Costa é sobre o re  
gistro do imaginário em Freud e, principalmente, na teo  
ria psicanalítica, procurando demonstrar sua importância  
fundamental na estruturação do psiquismo. Nesta leitura,  
o essencial da tese do autor reside nos capítulos IV e V,  
principalmente neste último. Então, a tese do autor não  
se encontra na tematização da **doença dos nervos**, nas suas  
implicações psicanalítica e antropológica, que são certa  
mente muito importantes, mas na **problemática do imaginá**  
**rio** em psicanálise.

A **doença dos nervos** foi a maneira que o autor escolheu pa  
ra introduzir este debate, que é bastante atual no campo  
da psicanálise. Estou afirmando isso para destacar que a  
teorização do autor se realiza no campo da psicanálise,

---

(1) Freud, S. "L'inconscient" (1915). In: Freud, S. Métapsychologie. Pa  
ris, Gallimard, 1968.

(2) Freud, S. "Le moi et le ça" (1923). In: Freud, S. Essais de Psychana  
lyse. Paris, Payot, 1981.

(3) Freud, S. "Au-delà du principe de plaisir" (1920). Idem.

e não da etnologia. Essa formulação pretende não apenas evitar possíveis cobranças e críticas antropológicas ao trabalho do autor, mas principalmente localizar devidamente a posição estratégica ocupada pela **doença dos nervos** na economia interna da pesquisa. Nessa perspectiva, o autor realiza escolhas importantes em momentos cruciais do seu texto, que revelam perfeitamente o lugar onde se corporifica a sua teorização.

Assim, no início do capítulo V, procede a uma escolha decisiva, que indica em que registro teórico está trabalhando. A questão metodológica que coloca é a de que se deve estudar "caso por caso", "grupo por grupo", ou pesquisar "as bases metapsicológicas que poderiam dar à psicoterapia de grupo um sedimento mais sólido". Evidentemente, ele escolhe a última possibilidade, que é mais compatível com a teoria psicanalítica. Retomemos a passagem:

"(...) Fazemos desde já uma restrição teórico-metodológica. Não pretendemos estudar caso por caso, grupo por grupo, mostrando neles o funcionamento do imaginário. Esta seria uma possibilidade de abordar o assunto. Preferimos, no entanto, em vez do estudo de casos clínicos, discutir as bases metapsicológicas que podem dar à psicoterapia de grupo um sedimento mais sólido. É uma alternativa como outras. Com uma vantagem. Por esse viés, é mais fácil ilustrar a importância das diferenças culturais no psiquismo individual(...)"<sup>1</sup>

---

(1) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Op. cit., p. 163-164.

A primeira escolha metodológica conduziria a pesquisa para o campo antropológico e exigiria um trabalho de etnografia, dos casos clínicos e dos diferentes grupos, enquanto a segunda escolha conduz a pesquisa para o campo da teoria psicanalítica. A escolha do autor não é então fortuita, pois é fundamental para destacar na psicanálise o lugar ocupado pelo imaginário.

Poder-se-ia porém perguntar: por que, então, o autor decidiu se introduzir na discussão da problemática do imaginário em psicanálise pelo caminho da **doença dos nervos**?

Existem aqui as "razões da razão" e as "razões do coração". As "razões do coração" já foram destacadas anteriormente, e não vou retomá-las. As "razões da razão" precisam ser explicitadas nesse contexto de maior especificidade. Assim, o autor considera a **doença dos nervos** como materialidade psíquica revelando outras modalidades de existência da subjetividade em contraponto às formas diversas de sua existência nas classes médias e que os psicanalistas freqüentemente tendem a universalizar como sendo a única forma de existência da subjetividade. É com esse contraponto que o autor opera teoricamente, para sublinhar a "importância das diferenças culturais no psiquismo individual". Então, é por esse viés que ele procura relocalar a importância do registro do imaginário no psiquismo e impor limites na pretensa primazia do registro simbólico.

Mas, é claro, o caminho metodológico não precisaria ser necessariamente este para destacar a relevância da problemática do imaginário em psicanálise e criticar o universalismo transcendental do simbólico. É precisamente isso que estou querendo dizer agora com esta pontuação crítica, pois, na minha leitura, a tese de Jurandir F. Costa é so

bre a importância do imaginário e do ego narcísico na teoria psicanalítica, e a forma escolhida para se introduzir no debate desta questão foi responsável pela produção do conjunto de dissonâncias na tessitura do seu escrito.

## V. TRANSCENDÊNCIA E FORMALISMO NO SIMBÓLICO

Pretendo me ater agora a duas grandes formulações sustentadas pela tese, na medida em que permanecem para mim como pontos de indagação. A primeira questão é a problemática do imaginário em psicanálise, eixo fundamental da pesquisa na minha leitura; a segunda refere-se à teoria da cultura no discurso freudiano, principalmente à forma de uso da oposição natureza/cultura. Quanto a essas questões, não existe de minha parte oposição às formulações do autor, mas elas precisam ser devidamente delineadas.

Sobre a problemática do imaginário em psicanálise, parece-me que o autor procura inserir-se aí a partir de posição estratégica bem específica. Seu interlocutor central é a psicanálise lacaniana, entendida tanto como a que se elaborou no percurso de Lacan sobre o registro do simbólico quanto, principalmente, a que se prende ao destino teórico que tiveram as suas teses após a sua morte. Neste contexto teórico, o registro do imaginário foi colocado inicialmente numa posição secundária face ao registro do simbólico e, posteriormente, tanto o imaginário quanto o simbólico foram colocados numa posição secundária face ao registro do real. Portanto, nessa incursão teórica, o imaginário foi marginalizado no campo psicanalítico, desconsiderando-se pois a sua importância crucial na teoria e no ato psicanalíticos.

A perspectiva da pesquisa de Jurandir F. Costa é restabe

lecer a importância do lugar do imaginário e da fantasia no discurso psicanalítico e na experiência psíquica do sujeito. No entanto, a questão que o seu trabalho me colocou é se o movimento teórico para restaurar a posição crucial do imaginário e do ego narcísico - com o qual concordo plenamente - não acabou por levar o autor a uma totalização teoricamente abusiva do registro do imaginário no psiquismo, perdendo assim a medida de suas fronteiras com os registros do simbólico e do real. Desta maneira, não resvala o autor na mesma armadilha teórica que critica, com razão, nos epígonos de Lacan, que superestimaram um dos registros em função da depreciação dos demais, inicialmente com o simbólico e posteriormente com o real?

Além disso, o autor critica os termos em que o conceito de simbólico foi formulado na teoria de Lacan, caracterizado pelo **formalismo** e pela dimensão **transcendental**. O formalismo do simbólico encontra as suas origens na tradição estruturalista à qual Lacan teoricamente se filiou e que teve na linguística de Saussure, na fonologia da escola de Praga e na etnologia de Lévi-Strauss suas matrizes teóricas. A dimensão transcendental do simbólico em Lacan se funda não apenas no pensamento estruturalista, mas também na filosofia de Hegel.<sup>1</sup> A crítica de Jurandir F. Costa a esta concepção de simbólico se funda na filosofia da linguagem de tradição inglesa, principalmente na versão de Wittgenstein, onde se define uma concepção **imanente e pragmatista** da linguagem fundada na categoria de jogo de linguagem.

---

(1) Sobre a dimensão transcendental do estruturalismo, vide: Deleuze, G. "A quoi reconnaît-on le structuralisme", Tópicos I e II. In: Cha telet, F. Le XX<sup>e</sup> Siècle. Histoire de la Philosophie. Volume 8. Paris, Hachette, 1973.

Delineado o campo da crítica, vamos localizar os termos do debate no pensamento de Lacan. O discurso teórico de Lacan se constituiu, esquematicamente, em três períodos fundamentais, e em cada um deles, foi dada prioridade teórica a um dos registros do psiquismo; inicialmente, centrou-se no registro do imaginário, em seguida no registro do simbólico e, finalmente, no registro do real.

O primeiro momento do percurso de Lacan é dominado pelo registro do imaginário, onde ele elabora com originalidade o conceito de **estágio do espelho**,<sup>1</sup> baseando-se para tal na Fenomenologia do Espírito de Hegel<sup>2</sup> e nos estudos de psicologia genética de Henri Wallon.<sup>3</sup> O registro do simbólico está presente sob a forma das **categorias da razão e do espírito** da filosofia de Hegel, como contraponto ao registro do imaginário. As formulações respeitadas sobre as teorias de Melanie Klein percorrem os ensaios deste contexto teórico e revelam o seu paradigma, pois posteriormente, quando Lacan passa a atribuir prioridade ao simbólico na teoria psicanalítica, a perspectiva delineada por M. Klein será considerada o paradigma crítico por excelência, pela primazia conferida ao imaginário.

Em 1953, com a conferência O simbólico, o imaginário e o real<sup>4</sup>, o simbólico foi então formulado como sendo o registro dominante no campo psicanalítico e no sujeito. Foi nesse momento que a obra de Lévi-Strauss - principalmente

---

(1) Sobre isso, vide: Lacan, J. "Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je" (1949) In: Lacan, J. Écrits. Paris, Seuil, 1966, p. 93-100; Lacan, J. "L'agressivité en psychanalyse" (1948). Idem, p. 101-124.

(2) Hegel, G.W.F. La phénoménologie de l'esprit (1807). Parte B, capítulo IV. Paris, Aubier, p. 145-155.

(3) Wallon, H. Les origines du caractère chez l'enfant (1934). Paris, Press Universitaires de France, 1973.

(4) Lacan, J. "Le symbolique, l'imaginaire et le réel". Conferência pronunciada na Sociedade Francesa de Psicanálise. Paris, 1953, mimeografado.

a Introdução à Obra de Marcel Mauss<sup>1</sup> e As Formas Elementares do Parentesco<sup>2</sup> - teve um efeito decisivo na direção do pensamento de Lacan. A lingüística de Saussure e a fonologia foram introduzidas no discurso psicanalítico mediante a antropologia estrutural e, com isso, o registro do simbólico assume a característica formalista a que nos referimos. A lógica do significante passa a ocupar a posição fundamental na ordenação do simbólico.

Foi nesse contexto teórico que Lacan formulou as suas proposições fundamentais sobre o inconsciente que marcaram o destino do seu discurso. Assim, o inconsciente foi representado como uma realidade "transindividual" e "estruturado como uma linguagem".<sup>3</sup> São essas duas proposições teóricas que são criticadas na tese.

Face à concepção formalista e transcendental do registro simbólico, Jurandir F. Costa propõe uma concepção pragmática e imanente da linguagem, baseada nas formulações de Wittgenstein, entre as quais se destaca a categoria de jogo da linguagem. Esta categoria permitiria relativizar o universalismo formalista da proposição estruturalista e inserir diferencialmente a linguagem em diversos contextos sócio-culturais. Através dessa hipótese teórica, o autor estaria utilizando uma categoria mais consistente, que lhe permite dar conta não apenas da diversidade das singularidades psíquicas como também da existência de diferentes códigos sócio-culturais que seriam constitutivos de diferentes modalidades de subjetividade.

- 
- (1) Lévi-Strauss, C. "Introdução à obra de Marcel Mauss". In: Mauss, M. Sociologia e Antropologia. Volume II. São Paulo, E.D.J.S.P. São Paulo, 1974.
  - (2) Lévi-Strauss, C. Les structures élémentaires de la parenté (1949). Paris, Mouton, 1967.
  - (3) Lacan, J. "Fonction et champ de la parole et du langage en psychanalyse" 1ª parte. In: Lacan, J. Écrits. Op. cit.

É através da crítica ao universalismo do simbólico que o autor critica também outros universais em Lacan, que lhe são correlatos, como a categoria de Lei e de Nome do Pai, mediadores fundamentais para a constituição no sujeito da estrutura do Édipo. É pelo viés destas relativizações que o autor procura restabelecer a importância do imaginário na teoria psicanalítica.

O terceiro momento do percurso teórico de Lacan não é levado em consideração nos argumentos do autor, o que teria sido importante na medida em que a questão do fantasma foi recolocada como sendo de grande atualidade na tópica do real. Nesse período, Lacan trabalhou o registro do real como uma dimensão crucial na constituição do sujeito. O que está em questão nesse contexto teórico é o limite do simbólico, isto é, a transformação possível do real em simbólico e as impossibilidades estruturais para que essa transformação possa se realizar totalmente.

Com efeito, a transformação do real em simbólico deixa sempre um resto, um resíduo que não se transforma, e que Lacan denominou de objeto a. Esse resíduo teria efeitos decisivos no funcionamento do sujeito, que procura realizar a sua metabolização libidinal. Para Lacan, a metabolização do objeto a seria a responsável pelos efeitos de gozo (jouissance) e pelo circuito do fantasma.<sup>1</sup> Então, nesse momento final do seu percurso, Lacan formulou a existência de um limite estrutural no registro do simbólico, o que implicou uma nova elaboração do conceito de fantasma.

---

(1) Sobre isso vide: Lacan, J. "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien" (1960). In: Lacan, J. Écrits; Lacan, J. L'angoisse. Seminário, volumes 1 e 2. Paris, 1962-1963, mimeografado; Lacan, J. L'Éthique de la Psychanalyse (1959-1960) Le Séminaire. Livre VII. Paris, Seuil, 1986.

Neste ângulo, seria fundamental que Jurandir F. Costa tivesse trabalhado também esse momento do discurso de Lacan, não apenas pelas implicações relativas ao conceito de fantasia e ao registro do imaginário, como também porque parece que Lacan passou a trabalhar com outras referências da lógica e da filosofia da linguagem muito próximas do sistema de referência teórico usado pelo autor na sua pesquisa. Esta última afirmação encontra-se ainda sob dúvida, demandando investigações mais pormenorizadas sobre as fontes teóricas utilizadas por Lacan nesse período do seu percurso.

Portanto, podemos sublinhar que a visão crítica de Jurandir F. Costa baseia-se no destino conferido ao imaginário no segundo momento do percurso de Lacan, em relação ao qual critica o formalismo transcendental do simbólico que marginalizou relativamente o registro do imaginário. É face a isso que o autor formula a tese que pretende restaurar o lugar do imaginário na teoria psicanalítica, mas parece-me realizar tal formulação de uma maneira que eu denominaria de "reativa" a Lacan e ao lacanismo, pois termina por atribuir uma totalização ao registro do imaginário no psiquismo, sem considerar devidamente com isso as suas fronteiras com o simbólico.

Nesta perspectiva, não considera a diferença estrutural entre **ego ideal** e **ideal do ego**, que Freud indicou<sup>1</sup> e Lacan procurou diferenciar ao inserir no segundo momento do seu percurso, o ego ideal no registro do imaginário e o ideal do ego no registro do simbólico.<sup>2</sup> Para Jurandir F.

---

(1) Freud, S. "Pour introduire le narcissisme" (1914). In: Freud, S. La Vie Sexuelle. Paris, Press Universitaires de France, 1973.

(2) Lacan, J. "Remarques sur le rapport de Daniel Lagache" (1958). In: Lacan, J. Écrits. Op. cit.

Costa, a concepção do ego narcísico englobaria essas duas formações psíquicas ideais. Porém, o fato de o **narcisismo** ser a característica comum entre estas estruturas, tanto para Freud como para Lacan, não nos impede de colocar para ambas a questão crucial de estarmos diante de duas formas diversas da economia do narcisismo, pois no ego ideal o ego é o seu próprio ideal, e no ideal do ego existe um ideal que é exterior ao ego e ao que este se submete como **mediação** alteritária.

Assim, se a totalidade do funcionamento mental passa necessariamente em algum momento pelo ego e pelo ego narcísico, como o autor formula corretamente, isso não abole absolutamente a existência de diferenciações na economia do narcisismo. E, no interior desta, eu destacaria pelo menos um pólo estrutural de ruptura, relativo às dimensões de mediação e de alteridade, constitutivas do sujeito do inconsciente e do ideal do ego.

Evidentemente, tais dimensões de mediação e de alteridade anunciam a existência de uma certa modalidade de transcendência, constitutiva do sujeito, marcando-o de forma indelével. Instituinte do sujeito enquanto tal, esta modalidade de transcendência é introduzida no universo do infante mediante a figura do Outro, que é, então, um pólo decisivo na constituição do sujeito propriamente dito. Quanto a isso, devemos louvar Lacan por nos ter entreaberto o caminho que permitiu retirar a constituição do sujeito em psicanálise do **solipsismo** em que se colocava, ao não considerar a mediação fundamental do Outro na constituição do psiquismo.

No entanto, para levar a leitura da diferenciação na estrutura do narcisismo a um lugar seguro e teoricamente consistente, é preciso discriminar devidamente as idéias

de **transcendência** e de **formalismo** do simbólico. Parece-me que na pesquisa essa diferenciação não é empreendida ou, pelo menos, não é tematizada, de forma que os dois atributos do simbólico são considerados em conjunto, como se, no discurso de Lacan, um atributo remetesse necessariamente ao outro. Na leitura da questão que proponho, parece-me que é possível pensar na transcendência do simbólico sem que isso implique, necessariamente, o seu formalismo lógico-matemático.

Assim, vejamos. Consideremos com Laplanche esta problemática, na qual insere a sua teoria da **sedução generalizada**<sup>1</sup> e inscreve o ponto de organização inicial de qualquer sujeito em qualquer cultura.<sup>2</sup> O contexto primordial é o contraponto do infante e do Outro, contraponto este que se delinea como uma **relação desigual e assimétrica** entre as duas figuras em pauta. Este Outro que investe erogenicamente o corpo do infante, pervertendo, então, o seu **corpo natural** originário e funcionando como a figura da **sedução**, também é quem funciona como a mediação dos códigos simbólicos da cultura para o infante. Desta forma, esse Outro é o eixo de ordenação da relação intersubjetiva e da alteridade constitutiva de qualquer sujeito. Então, o infante se submete originariamente ao Outro, que é o **suporte** e mediador dos códigos da cultura, sendo, por isso mesmo, o pólo de introdução do infante no universo das **diferenças**, que o retira do pólo do Mesmo.

- 
- (1) Laplanche, J. "Da teoria da sedução restrita à teoria da sedução generalizada". In: Laplanche, J. Teoria da Sedução Generalizada e Outros Ensaios. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
- (2) Laplanche, J. Nouveaux Fondements pour la Psychanalyse. Capítulo 2. Op. cit.

Nesse contexto, é possível pensar na existência da figura transcendental do simbólico sem que isso implique necessariamente o modelo formalista e universalista da língua. Assim, cada cultura vai impor, aos infantes que nela vão se inscrever, os códigos sócio-culturais que lhe são específicos.

Esse esquema teórico de Laplanche é o desenvolvimento especificamente psicanalítico da leitura realizada por Merleau-Ponty<sup>1</sup> do livro Macho e Fêmea, de Margaret Mead.<sup>2</sup> Esta leitura de Merleau-Ponty teve uma elaboração conceitual posterior realizada por seu discípulo Claude Lefort, que interpretou nesta direção a pesquisa realizada pelos norte-americanos Kardiner e Linton.<sup>3</sup> Enfim, a interpretação teórica de Laplanche é o desdobramento das leituras de Merleau-Ponty e Lefort.

Assim, concordo plenamente com a proposição teórica do autor de que é preciso restaurar o lugar fundamental do ego narcísico e do registro imaginário em psicanálise, face a tentativa empreendida de totalização do psiquismo no registro simbólico. No entanto é preciso nuançar devidamente essa restauração do imaginário, senão coloca-se o risco de se apagar a diferença de registros e se impor a totalização do imaginário no psiquismo sem considerar o simbólico.

---

(1) Idem, p. 90-91.

(2) Mead, M. L'Un et l'Autre Sexe: Paris, Denoel - Gonthier, 1966.

(3) Lefort, C. "L'idée de personnalité de base" (1951). In: Lefort, C. Les Formes de L'Histoire. Paris, Gallimard, 1978; Lefort, C. "Ambigüités de l'anthropologie culturelle: introduction à l'oeuvre d'Abraham Kardiner" (1969). Idem

## VI. O IMAGINÁRIO NA REPRESENTAÇÃO DA NATUREZA

Finalmente, vamos formular agora a última indagação que nos provoca esta pesquisa. Ela se centra na crítica do autor a uma pretensa teoria da cultura que estaria presente no discurso freudiano.

Os termos da crítica do autor são a contestação de que existe no discurso freudiano uma teoria sobre a origem e o funcionamento do social. Para tal, Jurandir F. Costa se baseia não apenas na sua própria leitura dos denominados escritos freudianos sobre a cultura<sup>1</sup> como também na de uma série de teóricos das ciências sociais, entre os quais Castoriadis, na sua obra sobre o imaginário social.<sup>2</sup> Na demonstração de Jurandir F. Costa, destaca-se o argumento de Freud não formular qualquer teoria sobre a instituição do social, considerando as suas origens e as suas formas de funcionamento.

Concordo plenamente com a proposição do autor. Como efeito, o pensamento freudiano não explica a origem e o funcionamento do social, não sendo a cultura e o social objetos teóricos da reflexão freudiana. Na minha leitura do discurso freudiano, o que ele tematiza são os efeitos constitutivos e destrutivos no sujeito pela condição de este se inserir no contexto da cultura, tendo que compartilhar necessariamente a sua existência com os outros. Essa inserção nunca é harmônica, mas permeada sempre pelo conflito e pela agressividade, em função da estrutura narcísica do sujeito.<sup>3</sup> É em tal contexto que se destaca a importância do conceito de **narcisismo das pequenas diferenças.**<sup>4</sup>

---

(1) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Capítulo IV. Op. cit.

(2) Castoriadis, C. L'institution Imaginaire de la Société. Paris, Seuil, 1975.

(3) Freud, S. Totem et Tabou (1913). Paris, Payot, 1913.

(4) Freud, S. Psychologie des Femelles et Analyse du Moi (1921). In: Freud, S. Essais de Psychanalyse. Op. cit.

Nesse sentido, o mito da morte do pai da horda primitiva, tematizada por Freud em Totem e tabu, representa a metáfora da inscrição do sujeito na cultura, mas uma cultura que lhe antecede lógica e historicamente. Com isso, indica existirem regras de **mediação** entre os sujeitos em qualquer cultura, regras a que o sujeito necessariamente se submete para se constituir como sujeito e para não ser aniquilado. O que não implica dizer que o sujeito não se oponha à instituição destas regras, oposição marcada no seu ser de diversas maneiras; uma das mais eloquentes foi tematizada por Freud na problemática da pulsão de morte.

No entanto, considerando essa concordância com a proposição central do autor, a sua formulação precisa ser nuançada num ponto específico: a maneira como é representada a passagem da natureza para a cultura e, mais particularmente, a **concepção de natureza** que está sendo representada na leitura de Totem e Tabu. Assim, me parece que o autor trabalha com uma representação convencional de natureza concebida como a ordem biológica e vital, enquanto que, para Freud, o estado de natureza remete para a ordem do narcisismo. Então, a passagem da natureza para a cultura implica a passagem do narcisismo originário para o registro simbólico, e os termos desta transformação foram retirados por Freud do arquivo discursivo da filosofia política dos séculos XVII e XVIII.

Assim, o esquema teórico de referência no capítulo IV de Totem e Tabu, apesar de trabalhar com a formulação biológica do mito da horda primitiva de Darwin, tem uma história específica na tradição filosófica do Ocidente, tendo se condensado na filosofia política dos séculos XVII e XVIII. Nesta, os seus teóricos mais eminentes pretenderam tematizar, pela teoria do contrato social, a problemática dos direitos naturais dos indivíduos na ordem política.

Neste contexto, a questão era como podiam se conservar os direitos naturais dos indivíduos com a passagem do estado de natureza para o estado político (Hobbes e Locke); ou então com a passagem do estado de natureza para o estado de cultura (Rousseau). Enfim, a teoria do contrato social materializou-se em três grandes formulações que se tornaram, desde então, clássicas, com Hobbes,<sup>1</sup> Rousseau<sup>2</sup> e Locke.<sup>3</sup>

Para esses diferentes autores, a problemática que se coloca não é a passagem do estado de animalidade para o estado de cultura e de sociedade, pois o que é caracterizado como estado de natureza é a condição básica da individualidade num estado abstrato de isolamento, e a passagem que se tematiza é a inserção desta individualidade num contexto de relações com outros indivíduos. Neste contexto, o indivíduo seria portador de direitos naturais que ele procura manter pela competição e pela luta de prestígio com os outros, sendo a figura do **contrato social** a mediação fundamental que permitiria manter os direitos naturais dos indivíduos no contexto de sociedade. Portanto, as características indicadas para as individualidades no estado de natureza são análogas ao que em psicanálise se descreve como sendo da ordem do ego ideal. Enfim, considerando-se esse estado originário de natureza, de **estatuto mítico** evidentemente, a problemática formulada por esses teóricos é a de saber como o indivíduo, assim caracterizado, pode se inserir no estado de cultura e na soberania política sem, com isso, comprometer seus direitos naturais.

---

(1) Hobbes, T. Léviathan. Traité de la matière, de la forme et du pouvoir de la république ecclésiastique et civile (1651) 1<sup>a</sup> parte. Capítulos XIII-XVI. Paris, Sirey, 1971.

(2) Rousseau, J.J. Discours sur l'Origine et les Fondements de l'Inégalité parmi les Hommes (1754). Paris, Aubier Montaigne, 1973.

(3) Locke, J. "Segundo tratado sobre o governo" (1690). In: Os Pensamentos. Volume XVIII. São Paulo, Abril Cultural, 1973.

Vamos comentar esquematicamente esta passagem da natureza para a cultura e para a soberania política em Hobbes e Rousseau. São autores que não apenas deram soluções opostas para esta problemática, mas também são teóricos que Freud conhecia certamente por referência direta ou indireta. Não tenho certeza quanto a Locke, por isso abstenho-me de qualquer comentário.

Com efeito, Freud conhecia a teoria de Hobbes, pois as suas referências sobre o social e sobre a relação entre os homens, permeadas pela fórmula "o homem é o lobo do homem", tem seguramente aí sua origem. Da mesma forma, o pai onipotente da horda primitiva presente na escritura freudiana desde Totem e Tabu é análoga à figura da soberania onipotente de Hobbes.

Assim, para Hobbes, a passagem do estado de natureza para o estado de soberania política só podia se realizar porque o indivíduo, voltado para a conservação dos seus direitos naturais, precisava manter um dos seus direitos fundamentais - o direito à vida. Então, a ameaça de morte no estado de natureza seria a condição de possibilidade para que o indivíduo pudesse estabelecer o contrato social e o pacto político, na medida em que a manutenção da vida seria o seu direito natural primordial. Portanto, sem a mediação do contrato social e a instituição da soberania política como sustentáculo deste contrato entre os indivíduos, a competição entre estes e a luta de prestígio não cessariam jamais, ameaçando os direitos naturais das individualidades. Enfim, para constituir a ordem política e instituir o contrato social, os indivíduos renunciariam a uma parcela de sua onipotência, vigente no estado de natureza, para manter o direito natural à vida e evitar a ameaça de destruição pelos outros.

Para Rousseau, no Discurso sobre a origem e os fundamentos das desigualdades entre os homens, a passagem é tematizada de forma diferente, pois seria a  **piedade** que colocaria um limite ao isolamento dos indivíduos no estado de natureza. A passagem do estado de natureza para o estado de cultura pressupõe a piedade, que possibilita então uma modalidade de relação com os outros baseada no  **reconhecimento intersubjetivo**.

Freud conhecia também a formulação de Rousseau para essa passagem mítica, pois incorporou seus termos em sua primeira teoria do sadismo. Com efeito, nela o sadismo primordial se transformaria em masoquismo na medida em que o sujeito sente piedade do outro pela dor provocada por sua violência, acabando por se identificar com o outro na posição masoquista.<sup>1</sup>

Assim, meus breves comentários localizam precisamente o que está em questão na passagem do estado de natureza para o estado da cultura em Totem e Tabu. Não se trata pois da passagem da ordem vital para a ordem da cultura, mas da passagem de uma forma essencialmente narcísica de individualidade para uma forma de relação do indivíduo com o outro baseada no  **reconhecimento recíproco** e na  **intersubjetividade**. Então, tal passagem pressupõe a existência de uma mediação  **entre** as individualidades. Essa mediação  **impõe** um limite à onipotência narcísica originária e  **submete** a totalidade dos indivíduos de uma ordem social dada a regras comuns, sendo estas a representação do  **pacto simbólico**, que é, ao mesmo tempo, um  **pacto político**.

---

(1) Freud, S. "Pulsions et destins des pulsions" (1915). In: Freud, S. Métapsychologie. Op. cit., p. 26-29.

Portanto, a problemática que se trabalha neste ensaio freudiano é o limite imposto à onipotência primordial do indivíduo e sua inserção conseqüente na ordem simbólica, onde a mediação, representada por regras a que todos os indivíduos se submetem, regula essa passagem. Evidentemente, concordamos com o autor em que Freud não tem uma teoria da origem da cultura e do social, mas o que tematiza é como o infante se constitui no contexto de uma ordem cultural que lhe antecede lógica e historicamente.

No entanto, o que a filosofia dos séculos XVII e XVIII nos ensina nesta passagem do estado de natureza para o estado político e o estado de cultura é a existência de, pelo menos, duas formas estruturais de sociabilidade, uma das quais seria de ordem pré-política e outra, de ordem política. Essa formulação é aqui destacada para indicar uma questão crítica face à proposição de Castoriadis. Assim, quando este critica Freud afirmando que, na horda originária por este descrita, temos o social com todas as suas características, faltando apenas a sua representação simbólica,<sup>1</sup> perguntaríamos se o que o totem representa com a simbolização da **figura do pai morto** não é justamente a representação da soberania política e do pacto simbólico, seu correlato. Na passagem da inexistência de simbolização do social para a simbolização do social, não estaria sendo figurada a passagem de uma ordem de sociabilidade pré-política para uma ordem de sociabilidade política? Desse ponto de vista, destacaria que, na tradição política do Ocidente, desde o século XVII, a representação é uma das características da soberania e do poder.

---

(1) Freire Costa, J. Imaginário Psicanalítico, Grupos e Psicoterapias. Capítulo IV. Op. cit.

Portanto, a transição da ordem da natureza para a ordem política e a da cultura não se refere à passagem da ordem biológica para a ordem social, mas remete àquela entre duas formas de existência do social, isto é, entre o pré-político e o político. Nesta passagem, o pacto político e o pacto simbólico são figuras correlatas, mesmo que operem em níveis diferentes. É ela que institui uma modalidade de existência compartilhada entre os indivíduos, presumindo uma mediação entre eles que é, ao mesmo tempo, instituída por eles enquanto comunidade, em assembleia representativa. Não foi a isso que Rousseau se referiu quando formulou a categoria de vontade geral em "O Contrato Social"<sup>1</sup> e com a qual procurava dar conta da passagem do pré-político ao político?

---

(1) Rousseau, J.J. "Du Contrat Social" (1762). In: Oeuvres Complètes de Jean-Jacques Rousseau. Volume 2. Paris, Gallimard, 1964.

Cad. IMS; RJ; v. 3; nº 1; p. 61 - 69; março/abril 1989.



RESPOSTA A JOEL BIRMAN

JURANDIR FREIRE COSTA

## RESPOSTA A JOEL BIRMAN

---

---

JURANDIR FREIRE COSTA \*

Gostaria de agradecer a Joel Birman o respeito e a seriedade como que procurou entender e criticar meu trabalho. Sem conivência, mas com serenidade e amizade, Joel soube apontar para aquilo que se mostrou deficiente em minha tentativa de abordar a difícil questão das psicoterapias junto às camadas populares. Sua longa arguição ensinou-me coisas que eu não sabia e despertou minha curiosidade para problemas cuja importância, até então, eu não tinha percebido.

Procurando fazer jus ao seu esforço intelectual, vou buscar responder a algumas questões que me foram postas, e que reputo essenciais para uma correta discussão do assunto por mim levantado.

De início, vejamos a questão da dissonância ou desequilíbrio entre o problema prático e sua explicitação teórica. Joel assinala, com razão, que existe uma desarmonia entre o problema do atendimento às classes populares, através da prática da psicoterapia em grupo, e a leitura que procurei fazer da teoria da cultura em Freud e da noção de imaginário em psicanálise. Diz ele, com o que

---

(\*) Professor do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

também concordo, que o tema do imaginário poderia ser estudado independentemente do problema prático circunscrito, ou seja, a "doença dos nervos" e a "psicoterapia em grupo". Em suma, a distância entre pretexto prático e ambição teórica teria produzido uma dissonância na tese, contornável, caso a intenção principal tivesse se liberado do compromisso prático.

Aqui, inequivocamente, revela-se uma das fragilidades de minha tentativa. Não insisti o suficiente, não deixei claro o bastante, até que ponto o obstáculo prático foi decisivo para o empreendimento teórico. A questão do ego narcísico e do imaginário só se apresentou como um problema teórico dentro da psicanálise quando me dei conta da importância clínica que tem a construção histórico-cultural das subjetividades. Desde meu artigo sobre "A geração AI-5"<sup>1</sup>, percebi que o aparelho psíquico não é uma máquina abstrata, indiferente ao tempo e às circunstâncias do mundo. Este problema, no entanto, nunca foi tão agudo para a prática quanto na situação de atendimento à população dos serviços públicos. Neste caso, ou consideramos seriamente a densidade do imaginário social e de suas consequências para a configuração ego-narcísica dos sujeitos, ou não conseguimos levar adiante nenhuma psicoterapia.

É claro, o imaginário ego-narcísico poderia igualmente ser analisado a partir de outras coordenadas teóricas ou práticas. Penso, por exemplo, no problema das psicoses, ou mesmo nos destinos da psicanálise na "sociedade psiquiátrica avançada", para usar o termo de Castel. Em am

---

(1) Freire Costa, J. Violência e Psicanálise. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

1

bos os casos, acredito que a relativa ineficiência da teoria ou prática psicanalíticas se deve, em parte, à ignorância ou subestimação do papel da unidade ego-narcísica no equilíbrio do funcionamento psíquico. Como quer que seja, a discussão sobre o imaginário só me pareceu relevante dada a sua vinculação com essas dificuldades práticas. Não deixei isso suficientemente explícito no trabalho, e aproveito a ocasião para reafirmar a procedência das críticas de Joel, quando ele mostra esta falha no desenvolvimento do texto.

A outra questão é de maior peso teórico. Diz respeito à natureza do simbólico. Joel diz que na crítica que faço à noção de **simbólico**, seja em sua faceta teórica da "Lei", seja em sua faceta do "Outro", confundo **formalismo** com **transcendência**. E, querendo descartar o formalismo com cheiro estruturalista, presente em certos trabalhos atuais, acabo jogando fora a água suja e o bebê, isto é, o **formalismo** e a **transcendência**. Neste tópico, novamente, incidi, talvez, no mesmo erro anterior. Não insisti naquilo que realmente me interessava. Pois, de fato, não era este meu problema teórico. O que me levou a debater a questão da transcendência em psicanálise, mais especificamente a **transcendência do Simbólico** (a Lei, o Outro, etc.), não foi o empecilho formalista, foi a questão da **heteronomia**. Foi isso que procurei mostrar quando cito exaustivamente Castoriadis, Marilena Chauf e Hannah Arendt. Formalista ou não, a idéia de transcendência a meu ver resvala para o campo da heteronomia ou alienação, quando passamos a acreditar que a esfera da transcendência, criada pela nossa prática, é uma criatura sem criador. Não acredito que possamos abandonar a idéia de transcendência na órbita dos negócios humanos, inclusive porque é nela que alojamos o universo de valo

res. Num trabalho chamado "Narcisismo em tempos sombrios",<sup>1</sup> procurei enfatizar a importância da transcendência para o equilíbrio psíquico do sujeito, o que me deixa ao abrigo de eventuais críticas neste sentido.

Em contrapartida, o que discuto é a noção de que o campo transcendental seja imaginado como alguma coisa extraterrena, sem compromisso com os interesses humanos. E que, exclusivamente através da Razão, venhamos a conhecer sua natureza íntima e essencial. Que esta transcendência seja postulada como Deus, Simbólico, Linguagem, Natureza, Raça, Economia, Poder etc. me parece secundário. Assim como me parece secundário que ela venha a se apresentar com maior ou menor dose de formalismo. Volto a insistir, o essencial na questão da transcendência é a sua queda na aparência da **heteronomia**; é que ela apareça aos homens, seus produtores, como uma abstração reificada, como um fetiche (no sentido marxista) que os hipnotiza e os leva a esquecer como, onde, por que e quando ela foi inventada.

Dá minha insistência em revalorizar, com Castoriadis, a idéia de imaginação ou imaginário radical. Embora sem concordar com a entificação da imaginação, feita por esse autor, não vejo outra saída, até o presente momento, senão recorrer a essa concepção da imaginação como aqui lo que é capaz de se aproximar da pluralidade, imprevisibilidade e indeterminabilidade que o sujeito manifesta em sua existência e nas representações que faz desta mesma existência. Foi isso que Joel percebeu como sendo uma "totalização abusiva do registro do Imaginário". Só que, para mim, nem toda atividade imaginativa é totaliza

---

(1) Birman, J. (org.) Percursos na História da Psicanálise, Rio de Janeiro, Taurus, 1988.

dora, no sentido estrito, que se pode dar ao termo de totalização, ou seja, completude sintética, invulnerável a brechas. Imaginação é apenas atividade primeira, inicial, que nos permite inventar "simbólicos" e "imaginários", "transcendências" e "imanências", em função de interesses práticos, impostos pelo inevitável convívio com o meio humano e natural. Imaginação é uma rubrica cômo da e operacional onde incluímos toda uma série de atividades que exercemos, movidos pelo desejo. Não existe uma única essência da **Imaginação**. Imaginar é aquilo que a gramática da palavra descreve e que o uso prescreve. Nem ente, nem substância, nem essência, a imaginação é o que nos permite fazer o imprevisível e pensar no nunca antes pensado.

Por isso, penso que Joel me atribui o equívoco de não considerar a "diferença estrutural entre ego ideal e ideal de Ego", afirmada por Freud, melhor dito, pela psicanálise. Ora, não se trata de desconsiderar uma distinção que penso ser importantíssima, tanto para a teoria quanto para a clínica. O que procurei afirmar é que o Ideal de Ego não é um puro traço significativo, sem conteúdo imaginário. O que procurei defender foi a idéia de que o Ideal de Ego é também uma fantasia imaginária, cuja propriedade é a de representar o "sujeito enquanto falta". Conseqüentemente, o Ideal do Ego distingue-se, e muito, do Ego e do Ego Ideal, na medida em que não se rege pela mesma economia narcísica. Imaginário e narcisismo não são termos coincidentes. Todo narcisismo é imaginário, mas nem toda formação imaginária é narcísica. O sentido e a significação, por exemplo, como procurei demonstrar, são, segundo Lacan, fenômenos imaginários, mas não são necessariamente narcísicos. Do contrário, não teríamos como explicar fatos como a sublimação.

É nesse sentido, portanto, que afirmei o caráter imaginário do Ideal do Ego, sem assimilá-lo ou confundí-lo com a economia narcísica do Ego ou do Ego Ideal.

Enfim, última questão. Joel critica a interpretação que dei do mito psicanalítico do surgimento da cultura, mostrando que Freud, à semelhança de Hobbes e Rousseau, estava menos interessado em analisar a passagem do **estado de natureza** para o **estado de cultura** do que em explicar como o homem passa de uma **ordem pré-política** (já cultural e institucional) para uma **ordem política**, que seria uma outra forma de convívio social ou intersubjetivo. Ou, em outras palavras, como o homem pode ser obrigado a renunciar à sua onipotência narcísica originária para ingressar num universo de regras comuns, onde pacto simbólico e pacto político coincidiriam. Aqui também Joel tocou num aspecto do trabalho que permaneceu vago e pouco explicitado. Eu não conhecia a leitura feita por Joel das questões de filosofia política postas por Hobbes e Rousseau. Assim, escapou-me um dado que, seguramente, teria conduzido minha análise por caminhos mais sólidos e coerentes. No entanto, diria em meu favor que, mesmo interpretando insuficientemente a questão da **natureza x cultura** (diga-se de passagem, ainda argumentado em causa própria, que seguí neste raciocínio o que foi afirmado por Lévi-Strauss, René Girard, Alasdair McIntyre e outros), afirmei, ao longo da discussão dos textos freudianos sobre cultura, que o problema central de Freud era a sua metapsicologia, e não a sociedade ou a civilização. Desse modo, procurei mostrar como a "natureza" do homem da horda nada mais era que o mito do narciso originário, do pai primordial, pintado como a imagem mesma da onipotência narcísica sem freios. O cultural, dizia naquele momento, é apenas aquilo que deve se opor ao narcisismo.

Conclusões semelhantes extraí do trabalho sobre a "moral sexual civilizada" e, mais importante, dos ensaios sobre a "O futuro de uma ilusão" e "O mal-estar na cultura". Nestes dois últimos, procurei mostrar que, quando Freud fala de "natureza", o suposto estado natural é simplesmente o estado de desamparo/impotência primordial. A "natureza", em Freud, era por conseguinte não só uma natureza interpretada segundo o padrão teórico da onipotência narcísica, como uma natureza interpretada do ângulo da dependência originária do recém-nascido, diante dos adultos ou dos pais. Ou seja, tentei demonstrar que, quando Freud falava de "natureza" como pólo oposto à "cultura", sua análise era ingênua, e quando falava de "natureza" de modo teoricamente satisfatório, ela já era um fato humano, cultural ou simbólico, como se queira.

Além disso, penso que, se quisermos fazer justiça aos textos de Freud, dificilmente podemos escapar da evidência de suas inclinações evolucionistas, onde o homem aparece primeiro como um animal que, pouco a pouco, através de uma lenta decantação dos instintos, emergiu, não se sabe bem como, para o estágio de civilização. Por último, mesmo levando em conta as lacunas apontadas por Joel, acredito permanecer de pé minha tese de que Freud não dispunha de uma teoria do "cultural" suficientemente coerente para justificar a idéia de um "inconsciente de grupo", psicoterapeuticamente manipulável.

Resta agradecer, uma vez mais, a Joel Birman o fato de ter mostrado, com lucidez e discernimento, que o problema por mim discutido está longe de se esgotar. Entendo isso como uma ajuda e um incentivo para continuar perguntando à psicanálise até onde ela pode nos servir, enquanto teoria leiga, sem transformar-se em dogma, e sem transformar-nos, a nós, psicanalistas, em espíritos dogmáticos.



CASOS E ACASOS; O CRIME DE UM CERTO  
CUSTÓDIO E O SURGIMENTO DO MANICÔMIO  
JUDICIÁRIO NO BRASIL

SÉRGIO CARRARA

# CASOS E ACASOS: O CRIME DE UM CERTO CUSTÓDIO E O SURGIMENTO DO MANICÔMIO JUDICIÁRIO NO BRASIL

---

---

SÉRGIO CARRARA \*

## RESUMO

O presente artigo procura contextualizar historicamente o aparecimento dos manicômios judiciários no Brasil na passagem do século. Através de um estudo de caso, revela-se o modo pelo qual algumas categorias - como criminoso nato, degenerado, monomaniaco - elaboradas por psiquiatras, antropólogos criminais ou criminólogos, irrompem nos tribunais da belle époque e criam um perigoso vazio legal e institucional frente ao qual a edificação do asilo criminal se impõe como "solução final", urgente e necessária.

"Drama de sangue - mania de perseguição",<sup>1</sup> "Horrrível cena de sangue",<sup>2</sup> "Loucura e sangue".<sup>3</sup> Foi sob manchetes sensacionalistas desse gênero que o nome de Custódio Alves Serrão ganhou destaque nos jornais cariocas em meados do mês de abril do ano de 1896. Através dos jornais,

---

(\*) Professor Assistente do Instituto de Medicina Social - UERJ e Mestre em Antropologia Social pelo Museu Nacional do Rio de Janeiro.

(1) Jornal do Brasil, 15/3/1896, 1ª p. (daqui em diante será mencionada apenas como JB)

(2) Jornal do Comércio, 15/3/1896, 1ª p. (daqui em diante será mencionado apenas como JC)

(3) O Paiz, 14/4/1896, 1ª p. (daqui em diante será mencionado apenas como OP).

seu crime foi conhecido pelos leitores da capital federal e de todo o Brasil, abrindo vasto campo de discussão e polêmica.

Quando me deparei com o caso Custódio senti-me frente a um desses fatos em relação aos quais se diz que a realidade supera qualquer ficção possível. Interessado em coligir dramas judiciários nos quais a discussão sobre a "sanidade mental" do acusado estivesse presente, e isso em um período anterior à criação, em 1920, do primeiro manicômio judiciário brasileiro,<sup>1</sup> encontrei uma história que, não apenas tematizava tal discussão, mas casualmente a difratava em inúmeros reflexos, desdobrando-a em vários níveis, encaixados uns nos outros como n'aquelas curiosas bonecas russas.

Primeiro, o criminoso. Além de ser um jovem órfão de 21 anos, ele já trazia inscrita em seu nome, Custódio, a marca desses complexos dispositivos de segurança, dessas imensas construções custodiais que o século XIX, caudado na ação sistemática de médicos e juristas, nos legou.

Em segundo lugar, a vítima, o Comendador Belarmino Brasiliense Pessoa de Melo, um senhor já entrado em anos que, coincidentemente, havia durante muito tempo exercido o cargo de diretor da Casa de Correção da Corte,

---

(1) Originalmente, fiz essa pesquisa para a confecção de minha tese de mestrado em Antropologia Social [CARRARA, S., Crime & Loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século, dis. mestrado, UFRJ/PPGAS/MUSEU NACIONAL, janeiro, 1988], onde se encontram uma discussão mais geral em torno dos manicômios judiciários e uma apresentação mais circunstanciada do próprio caso Serão.

preocupando-se com a regeneração dos criminosos brasileiros.<sup>1</sup> Além disso, o Comendador havia sido tutor de seu assassino e ainda tutelava sua irmã mais nova, que não alcançara a maioridade, e seu irmão mais velho, internado no Hospício Nacional de Alienados por sofrer, segundo os jornais, da **monomania das perseguições**. Segundo a imprensa, o Comendador havia sido grande amigo e compadre do pai de Custódio, colocando-se, depois da morte deste, "à testa dos negócios familiares", tornando-se seu testamenteiro, além de tutelar dois de seus filhos.<sup>2</sup>

Assim, interessado em **tutelas sociais e legais**, eu me deparava com o assassinato de um tutor. E como se já não bastasse esse rol de coincidências, acrescentava-se o próprio motivo do crime. Logo após tê-lo cometido, Custódio vai até a Chefatura de Polícia onde declara ao delegado ter assassinado o Comendador porque este o acusava constantemente de estar louco, ameaçando interná-lo no Hospício Nacional junto do irmão.<sup>3</sup>

Enfim, são esses os fatos: em 1896, um certo Custódio mata com um tiro o tutor, antigo diretor da Correção, sob a alegação de que ele o julgava louco e pretendia

---

(1) Segundo Evaristo de Moraes [Prisões e instituições penitenciárias no Brasil, Rio de Janeiro: Liv. Ed. Cons. Cândido de Oliveira, 1923, pp. 20/21/22], Belarmino Brasiliense teria assumido a direção da Casa de Correção da Corte em 1877, depois do afastamento do Dr. Almeida Valle. Para Evaristo de Moraes, o "bom" e "zeloso funcionário", era também um espírito progressista, lutando por inovações no sistema penitenciário, em especial pela implantação da "separação celular". Conforme declara em seu relatório de 1884 ao ministro da justiça, citado por Evaristo de Moraes, desejava ver o Brasil "... na vanguarda do progresso, procurando, dominado de todos os sentimentos de justiça e humanidade, reabilitar o delinquente, ou, pelo menos, melhorá-lo na sua infeliz sorte..."

(2) **JB, JC, OP**, 15/4/1896, 1ª p.

(3) **OP**, 15/4/1896, 1ª p.

interná-lo... Ao que parece não devemos esperar que a realidade se cubra sempre com as cores banais e enfadonhas do cotidiano. Através da discussão de tais fatos procurarei sugerir aqui algumas idéias que possam explicar como e, em certo nível porquê, surgiu uma modalidade de sui generis de intervenção penal endereçada aos chamados **loucos criminosos** e que, até hoje, espelha-se institucionalmente nos manicômios judiciários e, legalmente, na figura da medida de segurança.

As primeiras matérias publicadas sobre o caso adotam imediatamente a hipótese do criminoso ser um **louco**. As próprias manchetes que abrem esse artigo podem atestar nesse sentido. Veja-se por exemplo como o Jornal do Brasil abre sua primeira matéria a respeito do caso:

"Se temos que lamentar uma vítima, a perda de uma existência proveitosa, não é menos também para lamentar a posição do criminoso que, levado por um ímpeto de momento, supondo-se vítima de perseguições que nunca existiram, tirou de um modo tão bárbaro a vida ao único arrimo seu e de sua irmã".<sup>1</sup>

Por seu lado, a Gazeta de Notícias qualifica o crime logo em sua primeira matéria como "a mais feroz das vinganças, ocasionada por uma superexcitação nervosa que atinge a um caso de loucura".<sup>2</sup>

---

(1) JB, 15/4/1896, 1ª p. grifos meus.

(2) Gazeta de Notícias, 15/4/1896, 1ª p., grifos meus (daqui em diante será mencionado apenas como GN).

No Jornal O Paiz, Custódio aparece como um "perigoso louco", uma "vítima da hereditariedade, inexorável e temível".<sup>1</sup> Segundo o Jornal do Comércio, o criminoso...

"...de há tempos à esta parte dava indícios de sofrer da mesma terrível monomania que já havia vitimado seu irmão mais velho: a monomania das perseguições".<sup>2</sup>

Desde já, julgo importante salientar o caráter paradoxal de que se revestia o ato de Custódio Serrão. Podemos mesmo acreditar que se tratava da manifestação de um delírio, sendo seu autor um louco como já o apresentava a imprensa. Mas, nesse caso, entretanto, não podemos também deixar de perceber que se tratava de um delírio estranho (ousaria classificá-lo de delírio realista), pois consistia justamente no fato de Custódio pensar que o consideravam louco e o queriam internar, e isso, segundo parece, era justamente o que pensavam dele (!). É possível também levantar a hipótese de que Custódio procurava desesperadamente interromper um processo de acusação de loucura já em curso, eliminando seu principal acusador. Nesse caso, seu ato não deixava, é verdade, de se recobrir de uma enorme ambivalência, pois podia bem ser interpretado (e foi) como a prova cabal da sua loucura. Caso Custódio tenha cometido o assassinato por temer (conforme declarou desde o início) acabar seus dias num hospício, esse ato, longe de atingir imediatamente o fim desejado, apenas abria espaço para a instalação de um processo penal muito longo e árduo no qual ele terá grande

---

(1) OP, 15/4/1896, 1ª p.

(2) JC, 15/4/1896, 1ª p. grifo meu.

dificuldade para provar que estava em pleno gozo de suas faculdades mentais, ou seja, que não era louco. Nesse sentido, seu crime mais corroborava que interrompia o processo de acusação de loucura de que era objeto. Apesar disso, e dentro dessa perspectiva, não podemos deixar de reconhecer que seu ato criminoso lhe trazia uma única, mas não desprezível, vantagem: seu drama era agora público. Ora, se depois do julgamento seu destino tivesse mesmo de ser o Hospício Nacional de Alienados, ele já não se realizaria mais através de obscuras articulações que, à época, envolveriam apenas o comendador, alguns médicos e a administração do Hospício. Aliás, Custódio devia muito bem saber o quanto era simples, naquele final de século, a eliminação social de um indivíduo através da alegação de loucura. Já não havia quatro anos que seu irmão fora votado à clausura médica?<sup>1</sup>

Mas deixo de lado tais especulações para salientar que, dadas as características do ato de Custódio, não é de se estranhar o fato dele ter tido de enfrentar uma perícia médica um dia depois do crime. Inicialmente, foi

---

(1) Ao comentarem o papel secundário que tinham os médicos no processo de internamento no Hospício Nacional, segundo seus estatutos de 1852, Machado et al. mostram como poderiam ser vários os caminhos que conduziam à instituição. A admissão dependia principalmente da anuência da provedoria da Santa Casa de Misericórdia, que administrou o Hospício até 1890. Segundo os autores: "Juiz de Órfãos, Chefe de Polícia, família e administração da Santa Casa têm primazia na verificação de que um indivíduo deve e pode ser internado. O capítulo III, "Da admissão e saída dos alienados", estabelece que, para que haja matrícula, deve haver um despacho do provedor da Santa Casa, que por sua vez é condicionado a alguns requisitos: requisição oficial do Juiz de Órfãos ou delegado de polícia do distrito da residência do alienado ou do lugar onde for encontrado; a internação também pode ser pedida através de petição do pai, tutor ou curador, irmão, marido ou mulher do alienado, por eles assinada [As petições ou requisições deveriam ainda ser acompanhadas] por certidão autenticada da sentença do Juiz de Órfãos que houver julgado a demência, ou pelo menos com atestado do facultativo clínico que certifique a alienação mental [MACHADO, R., et al., Danação da norma. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1978, p. 478, grifos meus].

para os médicos do Gabinete de Medicina Legal da Polícia que ele teve de dar conta de sua sanidade mental. Antes de mais nada, a se crer no laudo produzido pelos médicos ou as notas sobre o exame publicadas nos jornais,<sup>1</sup> é notável a atitude de Custódio frente ao exame médico a que o obrigavam e que se estruturava, obviamente, sobre a desconfiança quanto à sua sanidade mental. Segundo um jornalista,

"Ao se defrontar com os médicos, Serrão que parecia sereno, começou a gesticular furiosamente, gritando que o deixassem, porque não era nenhum louco".<sup>2</sup>

Segundo os próprios médicos que o examinaram, Custódio...

"Apresenta-se declarando que não é louco, mas nota-se-lhe bastante agitação. Senta-se ao nosso lado, conversa, confessa o crime. A qualquer pergunta, porém, relativa a esclarecimentos, ele exalta-se, levanta-se, move-se rapidamente, o olhar flameja, repete que não é louco e que se algum médico infame ou bandido tal afirmar ele o estrangulará, pois dispõe de uma força hercúlea".<sup>3</sup>

---

(1) Encontrei comentários sobre o exame nos jornais consultados [JC, JB, OP, e GN] nos dias 16 e 17 de abril de 1896, sendo que o parecer médico oficial foi publicado pelo Jornal do Comércio no dia 24 de maio de 1896 [2ª p.].

(2) JC, 16/4/1896, 2ª p.

(3) JC, 24/5/1896, 2ª p.

Através das informações coligidas, percebe-se que Custódio reagia às primeiras investigações médicas com muita audácia e inteligência. Sua atitude era de suspeita, indignação e resistência, impedindo qualquer investigação sobre a sua **mentalidade** e não se deixando medir na parafernália antropométrica do Gabinete, vendo nos instrumentos de medição "aparelhos elétricos de suplicio".<sup>1</sup> Talvez já tivesse conhecimento, através do irmão, de que os médicos começavam a utilizar a eletricidade como meio terapêutico.<sup>2</sup> Ao inquirido que procurava vasculhar sua vida sem o seu consentimento e com olhos tão comprometidos, Custódio não só reagia com violência e perspicácia como antepunha uma barreira de questões tão óbvias quanto embaraçosas. Assim, por exemplo, em resposta a uma das perguntas sobre o seu passado, ele indagava ao médico: "Mas, doutor, o senhor conta tudo de sua vida?"<sup>3</sup> Custódio resistia, acusava e ameaçava. Lutando para não ir para o hospício, proferia frases que justificavam seu crime a seus olhos e que, embora me pareçam até compreensíveis, eram sempre consideradas enigmáticas, sinais de sua alienação. Uma dessas frases foi registrada no relatório dos médicos. Segundo estes, Custódio teria dito, ao final de um dos exames:

"Se eu for para o hospício, a maldição cairá sobre vossas cabeças e de vossos filhos, pois é muito maior crime mandar-se para o hospício um homem sem ser louco do que praticar-se um assassinato".<sup>4</sup>

---

(1) Idem.

(2) Segundo um artigo de autoria de Juliano Moreira, o Gabinete de Eletroterapia fora instalado no Hospício Nacional em 1889, no bojo das reformas introduzidas por Teixeira Brandão, personagem central dessa história e que em breve merecerá uma caracterização mais detalhada [MOREIRA, J., "Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil", in Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências afins, ano I, nº 1.

(3) JC, 24/5/1896, 2ª p.

(4) JC, 24/5/1896, 2ª p., grifo meu.

Os médicos hesitavam frente à **lucidez** do acusado e expunham suas dúvidas quanto a estarem diante de um **louco** ou de um **perverso** criminoso. Entretanto, todas as hipóteses que aventavam para explicar o crime acabavam **sempre** esbarrando na obstinação com que Custódio sustentava a sua versão dos fatos, que Belarmino tencionava **largá-lo** no Hospício Nacional, como já fizera com seu **irmão**.

Apesar das dificuldades, os médicos descobrem no **caráter imotivado do crime**, no **gênio terrível, irascível, autoritário e violento** de Custódio, em seu comportamento escolar, sempre **repreensível e mau** em sua **vida irregular**, sem emprego fixo, gastando perdulariamente a herança dos pais, e na **tendência aos distúrbios nervosos** que detectam em seus ascendentes, os elementos suficientes para concluir que se tratava de "um **louco hereditário**, sofrendo da mania dos **perseguidos-perseguidores**", devendo, **malgrado seu**, ser internado no Hospício Nacional de Alienados.<sup>1</sup>

Efetivamente, o delegado encarregado do caso, firmando o parecer dos especialistas, envia Custódio ao Hospício Nacional. Porém, depois de um mês de intervenção, ele consegue escapar da cela forte onde era mantido para, voluntariamente, apresentar-se de novo frente ao delegado a quem reclama justiça, pedindo que seu processo tivesse andamento para que ele pudesse, enfim, ser julgado por seu crime. Custódio, cuja loucura estava firmada por jornalistas, médicos e autoridades policiais, é reenviado ao Hospício pelo delegado, mas sua fuga deu

---

(1) JC, 24/5/1896, 2ª p.

oportunidade ao dr. J. C. Teixeira Brandão, responsável à época pela Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal e primeiro professor de psiquiatria e moléstias nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de se pronunciar sobre a questão dos loucos criminosos.

Em um primeiro e rápido ofício endereçado ao Ministro da Justiça,<sup>1</sup> além de se explicar quanto à fuga daquele a quem se refere como um **perigoso louco**, Brandão reivindica a construção de um **manicômio criminal** para que pudesse retirar do espaço asilar três classes de alienados: os alienados perigosos, os alienados criminosos e os **condenados que enlouqueciam nas prisões**. Na verdade, como já apontaram Machado e companheiros, a reivindicação pela separação dos **loucos tranqüilos** dos **agitados e perigosos** data pelo menos da década de 1870, já aparecendo claramente nos relatórios do então diretor do estabelecimento dr. Moura e Câmara como uma das condições para a medicalização mais completa do espaço hospitalar. Aos olhos do médico, a presença de tais alienados — **epilépticos, agitados, imundos, simuladores e dissimuladores** — exigia a manutenção no coração do Hospício de práticas repressivas e violentas que desvirtuavam o caráter de controle normalizador de que deveriam se revestir as práticas médicas no interior do estabelecimento. Na verdade, reatualizavam no interior da instituição psiquiátrica uma aproximação que o alienismo levava tantas décadas para desarticular, qual seja, aquela que colocava em contato loucura e transgressão, tornando sombria a distinção que deveria opor a

---

(1) Cit. in *OP*, 31/5/1896: 2ª p.

loucura ao crime, a doença ao erro moral, a fatalidade à escolha. Para além do foco de indisciplina que a presença de tais alienados representava (elemento já enfatizado pelo dr. Moura e Câmara), o que repugnava o médico era essa confusão entre crime e loucura simbolizada, no centro do asilo, pelas celas ou casas fortes. Em suas próprias palavras:

"... ao entrar nos quarteirões onde existem quatorze casas fortes, [se verá] o aspecto lúgubre e a tristeza que infunde a presença das enormes grades destes quatorze calabouços, tristes na forma, tristíssimos na prática. Eles trazem a idéia de uma cadeia antiga para toda a sorte de criminosos".<sup>1</sup>

Depois da fuga de Serrão, o dr. Teixeira Brandão enviou ao ministro não somente o rápido ofício, explicando o episódio, como ainda uma longa solicitação<sup>2</sup> onde aborda de modo mais amplo o problema que já havia sido apontado pelo dr. Moura e Câmara na década de setenta. Os termos nos quais é aberta a solicitação ilustram os problemas que se colocavam aos asilos a partir da aproximação entre o crime e a loucura que parece ocorrer no final do século XIX:

"O avultado número de alienados criminosos e condenados alienados remetidos nestes últimos tempos para o Hospício Nacional, por ordem da autoridade superior,

(1) Cit. in MACHADO, R. et al., Danação da norma etc., op.cit., p.453.

(2) Esse documento encontra-se no livro de BRANDÃO, J.C.T., Questões relativas à assistência médico-legal a alienados, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1897, p. 85/100. Brandão também se refere a essa discussão em Elementos fundamentais de psiquiatria clínica e forense. Rio: Leite & Ribeiro & Murillo, 1918, p.117/132.

obriga-nos a solicitar providências do poder público no sentido de obstar a continuação desta prática e aprovar as medidas necessárias para a reclusão e tratamento desses enfermos. Com efeito, não dispondo a Assistência de pavilhões especiais onde os possa acomodar, nem pessoal em número suficiente para vigiá-los e impedir-lhes a violência, à administração não resta outro recurso senão sequestrá-lo com os demais enfermos com prejuízo da ordem e da disciplina exigíveis em estabelecimentos dessa natureza".<sup>1</sup>

Indisciplina, evasões, vinganças, agressões: tais internos, alienados perigosos enviados, segundo o psiquiatra, em número crescente ao Hospício pelas autoridades, começavam a comprometer o velho sonho humanitário dos alienistas: tratar sem intimidações e curar sem constrangimentos. Impediam, na verdade, a realização da precondição básica ao sucesso do tratamento moral e que consistia em:

"...tirar [...] desses estabelecimentos o aspecto de prisões, suprimindo as grades de ferro e tudo o mais que possa trazer ao espírito dos alienados a idéia de que se acham privados da liberdade".<sup>2</sup>

---

(1) Brandão, J.C.T., Questões relativas etc., op.cit., p.85, grifos meus.

(2) Brandão, J.C.T., Questões relativas etc., op.cit., p. 120.

No entanto, além de comprometerem essa necessária "ilusão de liberdade" por requererem uma intervenção repressiva sem máscara, dadas as manifestações mórbidas de sua afecção ou de suas anomalias de caráter, os alienados perigosos colocavam questões de outra ordem. Ainda nessa solicitação ao ministro, o dr. Teixeira Brandão aponta para questões de ordem moral — aliás respeitáveis, segundo diz — que também desaconselhavam o recolhimento, dentre os perigosos, principalmente dos criminosos e condenados alienados.

"E que às famílias dos alienados e aos próprios doentes [argumenta o médico], re pugna a convivência com indivíduos que atraíram sobre si a indignação pública, que já se celebrizaram por atentados de toda a espécie, que se tornaram matulados, enfim, por crimes atrozes".<sup>1</sup>

Aquí novamente, como se pode mesmo depreender das expressões moralmente "carregados" empregadas por Brandão, na citação acima, a presença dos criminosos e condenados comprometia seriamente o trabalho já quase secular do alienismo em constituir uma sensibilidade social diferenciada para o crime e para a loucura, por tanto tempo confundidos nas práticas asilares pré-modernas.<sup>2</sup> Muito inocentes para ficarem nas prisões, mas muito perversos para ficarem no hospício, esses seres ambíguos deviam, aos olhos de Brandão, ter seu destino absolutamen

(1) Brandão, J.C.T., Questões relativas etc., op.cit., p.88, grifo meu.

(2) Foucault, M., História da loucura na idade clássica. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1978.

te desvinculado ao Hospício Nacional. Mais que um simples pavilhão em seu interior, seria necessário uma nova instituição. Aparece então a demanda por um **manicômio criminal**, como já vinham sendo erguidos em outros países "civilizados".

Mas, se por um lado, existe uma loucura que é perigosa e violenta, propriamente perversa, há também uma criminalidade que não é mais reconhecida plenamente como simples transgressão moral ou legal. Era também para ela que se destinava o manicômio criminal, conforme o pensava Teixeira Brandão. É nesse sentido que ele não defende a construção de tal manicômio somente a partir das razões administrativas e morais. Para o psiquiatra, havia ainda o que chamava de **razões de ordem legal e de ordem científica ou clínica**. Embora não discorra muito sobre elas, para Brandão tais razões eram mais recentes, pois se ancoravam nos **"novos estudos de psiquiatria e de antropologia criminal"**, que, segundo diz, **"têm demonstrado ser o móvel do delito de natureza biológica"**.<sup>1</sup>

O ponto central a ser aqui considerado deve ser o fato de os chamados criminosos loucos, para além de serem uma classe moralmente segregável, cujo isolamento no mundo manicomial era uma necessidade urgente, começarem a constituir com os criminosos (particularmente com chamados criminosos degenerados ou natos) uma classe biologicamente distinta. Parece certo que, para Brandão, degenerados delinquentes, criminosos natos e loucos criminosos encontrariam em um manicômio judiciário a morada ideal. Além disso, é impossível não perceber

---

(1) Brandão, J.C.T., Questões relativas etc., op.cit., p. 96.

por detrás de suas palavras a preocupação em delimitar fronteiras frente à tendência à "naturalização" do crime que, na segunda metade do século XIX, caracterizava o pensamento de antropólogos criminais, como Lombroso, e de certos psiquiatras, como Morel. O que seria do hospício se a ele comesse a afluir toda a sorte de criminosos? Mesmo o móvel do delito sendo de natureza biológica, criminosos e loucos deveriam ser considerados espécies diferentes, reclamando formas distintas de intervenção social. Brandão se coloca assim contra a confusão entre o crime e a loucura que vinha sendo promovida pela abordagem positivista e biologizante do crime.

Mas as idéias de Brandão sobre a necessidade dos manicômios judiciários provocaram reações imediatas e se hoje convivemos sem grandes problemas com esse tipo de instituição, a proposta de construí-la não parecia consensual naquele momento, mesmo nos círculos psiquiátricos. Nesse sentido, tenho algumas pistas que se prendem ainda ao caso Serrão.

Como reação às posições defendidas por Teixeira Brandão, aparece publicado no O Brasil Médico um artigo intitulado "**Loucos e criminosos**", assinado pelo **Dr. M.N.**<sup>1</sup> A importância de tal artigo consiste principalmente no fato de ele deixar bem claro para quem era especificamente pensado o manicômio criminal, ou seja, de recortar entre os **alienados perigosos** do dr. Teixeira Brandão aqueles que realmente motivavam a construção do estabe

---

(1) O Brasil-Médico, Revista semanal de medicina e cirurgia, ano X nº 24 - 22/jun/1896, p. 26.

lecimento.

Inicialmente, o dr. **M.N** faz referência ao "**alarme provocado na imprensa profana**" pela fuga de Custódio Serrão, alarme este que, segundo o médico, teria engajado essa imprensa na luta por "**uma reclusão mais sólida e mais garantidora da sociedade aos loucos criminosos**".<sup>1</sup> Frente a uma tal demanda, se perguntava o dr. **M.N**:

"Diante das teorias hodiernas da psiquiatria, é lícito exprimir-se dessa forma em relação a enfermos da mentalidade que cometeram delitos? Por que reclamar instalações à parte, casas de correção disfarçadas, anexas aos Hospícios para esta espécie de delinquentes?"<sup>2</sup>

A própria questão colocada prefigura a posição defendida pelo autor. Para ele, **loucura** e **crime** são duas categorias que se opõem **legal, moral e cientificamente**; são, em suas próprias palavras,

"... duas idéias antagônicas que se repelem e que não devem ser proferidas por lábios de médicos, nem de juristas. Ou o indivíduo é louco ou criminoso; não se podem associar idéias antagônicas".<sup>3</sup>

- 
- (1) Ao que me consta, a imprensa nada mais fez senão reproduzir os ofícios de Teixeira Brandão nesse sentido. O artigo assim se dirigia claramente ao Dr. Brandão, embora se dissesse endereçado à **imprensa profana**.
- (2) Idem, grifo meu.
- (3) Idem, grifo meu.

Isso, muito simplesmente porque quando um alienado come te uma ação criminosa, ele é movido por uma força superior que submete e controla a sua vontade e que, nas palavras do médico, o impela irresistivelmente. Quem fala, moral e legalmente, por seus atos é a moléstia que se apossou do seu corpo e que o domina. Tutelado por seu mal — tutela natural que sustenta a tutela propriamente social que lhe impõem —, o alienado não poderia ser "equiparado a um criminoso vulgar que pratica o ato condenado em pleno gozo de sua liberdade moral".

Para além da clareza com que expõe uma posição conhecida e já tradicional na psiquiatria, esse artigo tem ainda algo de mais notável. Ao discorrer sobre as possíveis situações mórbidas que levariam um alienado a cometer delitos, o dr. M.N. aponta para o que me parece ser o nó da questão: "a existência de alienados aparentemente sadios", exigindo que o psiquiatra dissipasse a bruma luminosa que os envolveria para revelar, sob uma clareza enganosa, o profundo negror de sua noite. É justamente em torno dessa classe de alienados que giraria a discussão sobre a edificação de um manicômio criminal. Mas não nos adiantemos e acompanhemos um pouco mais o dr. M.N. em sua argumentação.

Para M.N., o ato de Serrão não proviria nem de um delírio (como o queriam os médicos-legistas da polícia) nem de uma impulsão irresistível. Colocava-se, na verdade, entre os atos que são realizados por certos alienados devido a...

"...um defeito em sua organização cerebral, defeito quase sempre congênito que tem por consequência a inaptidão para

as aquisições éticas, para o desenvolvimento dos sentimentos afetivos, e que dá lugar às aberrações da esfera moral que trazem como consequência fatal a prática de atos delituosos, sem que de fato se aperceba o indivíduo, incapaz de render homenagem ao justo e ao bem e execrar o mal".<sup>1</sup>

Segundo o autor, embora lúcidos e inteligentes, tais seres anormais se caracterizariam por sua perversão moral, egoísmo e irregularidade de conduta. O dr. M.N. não classifica esses infelizes perversos, mas afirma vigorosamente que

"...trata-se de uma observação mórbida de mentalidade, esses indivíduos não podem ser tratados como simples criminosos. São loucos e os loucos não cometem crimes, porque o crime implica o conhecimento do ato delituoso e a liberdade moral para evitá-lo. Ora, como acabamos de ver, essas condições não se dão em relação aos alienados, portanto é uma consideração para com esses infelizes marcar-lhes com um estigma infamante".<sup>2</sup>

---

(1) Idem, grifos meus.

(2) Idem, grifos meus.

A ênfase do dr. M.N. se explica, pois são justamente tais enfermos — lúcidos e maus — que, segundo o autor, chocavam "o espírito daqueles que não estão afetos a tratar de alienados" e "despertam a atenção dos que velam pela segurança pública". São eles, ou a incompreensão de seu mal, que motivariam, portanto, a proposta de construção de uma instituição à parte, uma prisão disfarçada, pois não eram bem aceitos enquanto alienados. Dessa forma, contrariamente a todas as razões encaminhadas por Teixeira Brandão, o dr. M.N. considerava que "em uma sociedade organizada" não deve haver...

"...edifícios destinados a loucos criminosos, deve sim, em todo o hospício, haver compartimentos sólidos e confortáveis para receber os alienados que, por sua forma clínica de desordem mental, se tornam de qualquer sorte perigosos".<sup>1</sup>

Vê-se muito claramente a partir disso que, ainda em fins do século passado, mesmo nos meios especializados, havia dúvidas quanto à conveniência da construção de um estabelecimento especial para loucos criminosos. Mais do que isso, através dessa discordância entre os dois médicos, vê-se que, embora possa ter sido proposto por alguns (como o dr. Teixeira Brandão) para a segregação de qualquer alienado delinqüente ou perigoso, o asilo criminal ia assentando solidamente seus alicerces sobre personagens cuja peculiaridade era menos a de serem loucos criminosos que a de serem loucos lúcidos, ou anômalos morais, ou seja, a de estarem, de certo modo, a meio caminho entre sanidade e loucura.

---

(1) Idem.

Vê-se bem através desse rápido debate suscitado pelo caso Serrão alguns dos aspectos que a construção dos manicômios judiciários envolvia. Durante todo o século XIX, como já apontaram alguns autores,<sup>1</sup> tem curso um amplo processo de patologização de comportamentos até então considerados apenas como criminosos ou imorais. Tal processo se apoiava sobre um duplo deslocamento do próprio significado da **loucura**. De um lado, ela não encontrava mais no **delírio** seu sinal diferenciador, dando lugar ao aparecimento desses **loucos** que, como Serrão, eram loucos mais por atos do que por palavras: **loucos lúcidos, monomaniacos, loucos morais, impulsivos etc.**

De outro lado, a loucura deixa de ser percebida predominantemente enquanto situação doentia, fazendo deslizar a reflexão psiquiátrica do campo da patologia para o da teratologia. Ora, enquanto anomalia do sistema nervoso, a loucura poderia comportar vários graus, instituindo entre o homem são e o alienado um continuum de inúmeros pontos. Surge desse modo toda uma **zona fronteira** entre o crime e a loucura e o comportamento delinquente pode ser pensado como um dos avatares da loucura e o criminoso como um ser anômalo, entre a doença e a monstruosidade. Nas ruas mal iluminadas das grandes metrópoles da belle époque, começa a se delinear então o perfil ameaçador dos **degenerados, dos regressivos, dos criminosos natos ou de índole, dos monstros ou anômalos morais**. Tão perigosos quanto incorrigíveis, apenas sua morte poderia, como se pensava frequentemente naquele momento, colocar a sociedade em abrigo seguro.

---

(1) Ver entre outros FOUCAULT, M., História da loucura etc., op.cit.; do mesmo autor História da sexualidade I - a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1980; e CASTEL, R., A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal Ed., 1978.

Mas retornemos à trajetória singular que suscitou essas discussões iniciais. Voltemos ao jovem Custódio Alves Serrão, que deixamos abandonado no Hospício Nacional de pois de ter, em vão, tentado chamar a polícia e a justiça em defesa de sua causa. Sua trajetória até aqui já exemplifica bem o fato de a extensão progressiva da categoria de loucura ou alienação mental começava a colocar problemas aos próprios psiquiatras pois alguns alienados, mais por serem lúcidos que maus, geralmente ofereciam grandes resistências ao tratamento moral que lhes era imposto nos asilos, dando origem a fugas, rebeliões e agressões. Mas esse é apenas um dos lados da questão e o desenrolar da história de Custódio nos revelará que problemas tão aflitivos se colocavam também aos tribunais. Voltemos ao caso.

A partir daqui nada parece mais previsível que o fim da trajetória de Serrão. Afinal, além dele mesmo, ninguém mais discordava de que realmente se tratava de um louco ou alienado. Os jornais em uníssono referiam-se a um **louco perigoso**. Para os médicos da polícia, um **louco hereditário, sofrendo da mania dos perseguidos-perseguidores**. E, apesar de não discorrer diretamente sobre o caso, o dr. M.N. acreditava estar frente a um **alienado com perversão moral**. Afastando algumas ambigüidades, posso afirmar que, embora reconhecendo não estar o Hospício Nacional preparado para recebê-lo e talvez não ser mesmo o melhor lugar para o seu internamento, é de um **alienado** e de um **alienado perigoso** que também falava Teixeira Brandão quando justificou aos olhos do público e do ministro a fuga de Serrão e o "tratamento" que vinha recebendo no Hospício Nacional. Afinal, levanta-se a voz de uma autoridade não médica, a do próprio delegado de polícia, para qualificar Serrão co

mo um **monomaniaco, um irresponsável**. Frente a um coral tão bem afinado, o juiz encarregado do caso não deve ter tido muitas dúvidas quando mandou arquivar o processo Serrão, concordando em abandoná-lo às sábias e humanitárias mãos dos alienistas do Hospício Nacional.

Entretanto, sete meses depois do crime, o dr. Teixeira Brandão redigia um novo ofício ao Ministro da Justiça<sup>1</sup> no qual surpreendentemente nada mais faz senão pedir ao Ministro que providenciasse a imediata transferência de Custódio do Hospício Nacional para a Casa de Detenção, de onde ele deveria assistir à reativação de seu processo segundo os trâmites legais costumeiros. Qual a razão de uma solicitação que a essa altura parece tão insólita?

Segundo Brandão, a reavaliação do caso teria acontecido no momento da realização da matrícula definitiva de Custódio no asilo. Um dos médicos do Hospício e o próprio Brandão teriam examinado Custódio e concluíam que não se tratava propriamente de um **louco ou doente**, era sim um **degenerado**, tinha um **defeito moral congênito**, mas legalmente não poderia ser considerado louco e permanecer no Hospício Nacional. Para Brandão, Custódio nem poderia ser legalmente considerado louco<sup>2</sup> nem tampouco, apesar da posição defendida naquele momento por alguns médicos ou juristas, seria irrefutável a irresponsabilidade de criminosos que como Serrão apresentavam uma falta

---

(1) Cit., in BRANDÃO, J.C.T., Questões relativas etc., op.cit., p. 103.

(2) Realmente, segundo o código penal de 1890, Serrão não poderia ser considerado um alienado, uma vez que não se poderia afirmar que ele tivesse cometido o crime **em estado de completa privação dos sentidos e da inteligência**, ou que fosse um **imbecil nato**. Cumpre lembrar porém que a formulação existente no Código Penal já era então considerada inaceitável nos meios especializados, tanto por médicos quanto por juristas, que diziam estarem em **estado de completa privação dos sentidos e da inteligência** apenas os mortos.

natural de senso moral, sendo classificados de dege  
rados ou natos. De todo modo, se, como queriam alguns,  
o próprio crime era a manifestação de uma anormalidade  
mental, então seria o caso de enviar todos os crimino  
sos ao Hospício Nacional? Parece ser justamente contra  
essa tendência que se insurgia Teixeira Brandão... As  
sim, apesar de não duvidar de forma explícita quanto à  
existência de uma determinação biológica nos atos crimi  
nosos, nem a existência de criminosos natos e degenera  
dos, o médico se opõe claramente à irresponsabilização  
penal de tais criminosos e ao seu conseqüente envio aos  
asilos de alienados como o Hospício Nacional. Como já  
vimos, para tais indivíduos ele propunha a construção  
de um asilo criminal.

Custódio volta assim à Detenção e seu processo tem se  
guimento. Dada a discordância entre os médicos da polí  
cia e os do Hospício, o juiz nomeia nova comissão para,  
uma vez mais, examinar aquele que, ironicamente, conti  
nua a afirmar que matara porque o julgavam louco. Foram  
quinze dias de exames para a produção de um parecer de  
finitivo.<sup>1</sup> Nele, constata-se um fato novo no comporta  
mento de Custódio: ele não resiste mais com tanta inten  
sidade ao assédio dos médicos. Talvez já estivesse can  
sado e confuso com essas indas e vindas e com esse desa  
cordo entre profissionais de uma mesma área. Segundo  
os médicos, no primeiro dia de exame Custódio Serrão  
"protestou contra nossa nomeação como peritos, dando-  
nos como suspeitos de querermos fazê-lo passar por doi  
do; posteriormente, porém, desvanecidas as suas suspei  
tas e porventura melhor aconselhado, nos recebeu e nos  
tem atendido com a máxima urbanidade e submete-se com

---

(1) O parecer final foi publicado n' O Brasil-Médico, nº48, 22/12/1896,  
p. 430/431.

docilidade aos nossos exames e investigações".<sup>1</sup>

Os peritos conseguem então realizar um exame anatômico que não lhes parece revelar nada de notável, além de "linhas gerais pouco harmoniosas". Moléstias anteriores sem maior significado. Aponta-se apenas, nos mesmos termos vagos e não contextualizados já utilizados pelos peritos da polícia, que o réu descendia de uma família de nevropatas. De sua infância, além do que já se sabia, acrescentam que dele citam-se [?] atrocidades cometidas contra animais. Como prova do seu desequilíbrio, dizem que, anos antes do crime, no momento em que seu irmão era levado para o hospício, Custódio já teria atentado contra a vida de seu pai e a do comendador. Acrescentam que, de outra feita, já tentara agredir o comendador quando, estando ambos no Hospício Nacional em visita ao irmão, Belarmino lhe teria dito que seu lugar era ali, junto do irmão.

Segundo os médicos, interrogado sobre o crime, Custódio diz estar "contristado", porém "sem demonstrar a mínima emoção". Nega as idéias persecutórias que lhe foram atribuídas e, segundo relatam os peritos, baseia toda a sua defesa em um só ponto: "as ameaças que lhe fazia o padrinho [?] de querer interná-lo em um estabelecimento de alienados". Dizem ainda que tanto no Hospício quanto na Correção sempre dormiu e comeu bem, nunca revelando "delírio de espécie alguma" e que nem durante os exames apresentou "fenômeno algum que denotasse loucura".

---

(1) Idem, grifos meus.

Assim, considerando sua "**carga hereditária**", sua "**instabilidade psíquica**" e sua "**perversão moral**", os médicos concluem tratar-se de "**um regressivo**" de "**um degenerado com perversão moral**". Afirmando, entretanto, que Custódio não é um louco e que seu crime não apresentou nem os caracteres de um ato delirante, nem os de um ato impulsivo. Concluem portanto que o caso de Custódio não se enquadraria no artigo do Código Penal que isentava de culpa e de responsabilidade penal os que haviam cometido o crime em estado de loucura.

Acompanhado de seu advogado, Custódio Alves Serrão é julgado a 29 de junho de 1897, acusado da morte do comendador. É um julgamento de atos e um julgamento de doutrinas. Os médicos comparecem ao Tribunal divididos basicamente em dois grupos de um lado, os médicos-legistas da polícia, que defendem seu parecer e consequentemente a **loucura e irresponsabilidade** de Custódio; de outro, os médicos ligados à Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal e à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, representados por Teixeira Brandão, defendendo a **degeneração** de Custódio e sua **responsabilidade penal**. O advogado de defesa constrói sua argumentação sobre a hipótese **loucura**, e a promotoria, sobre a da **degeneração**.<sup>1</sup> Custódio foi absolvido por dez votos contra dois e considerado louco. O juiz o absolveu, mas determinou que ele fosse internado no Hospício Nacional de Alienados. Grande vitória do advogado de defesa que, em sua longa argumentação, para nosso espanto, conclui que "Os parentes e amigos de Serrão sempre o consideraram doído, **inclusive o próprio Belarmino**".<sup>2</sup>

---

(1) **CN**, 29/6/1897; 2ª p. e **JC**, 29/6/1897: 1ª p.

(2) *Idem*, grifo meu.

Mas a reação do dr. Teixeira Brandão frente a decisão do tribunal não se fez esperar, ficando registrada em mais um de seus ofícios ao ministro da Justiça.<sup>1</sup> A 19 de julho de 1897, pouco mais de duas semanas após o julgamento, Teixeira Brandão envia este novo ofício ao ministro da Justiça, requerendo a **imediate retirada de Custódio do Hospício Nacional**.<sup>2</sup> O psiquiatra lançava mão de seu poder institucional para impugnar uma decisão judicial da qual discordava. Diz Brandão que já havia pedido providências às autoridades policiais mas, como elas tardassem, recorria então ao ministro que, depois desse ofício, não deve ter ficado em uma posição muito agradável, pois o médico passava a ele a responsabilidade de uma reclusão que lhe parecia ilegal.

"Como entretanto até agora nenhuma providência foi resolvida, levo o fato ao vosso conhecimento [escreve ele ao ministro], no intuito de eximir-me e ao pessoal administrativo daquele estabelecimento da cumplicidade criminal que deve acarretar o constrangimento que sofre Serrão em sua liberdade e a irregularidade de sua admissão".<sup>3</sup>

- 
- (1) Foi a posição do alienista frente ao caso que acabou provocando um outro ilustre professor, o dr. Nina Rodrigues que, ainda na quele ano de 1897, ocupou-se do caso Serrão em uma longa moção apresentada à Sociedade de Medicina Legal da Bahia [RODRIGUES, R.N. "O caso médico-legal Custódio Serrão", in Revista Médico-Legal, ano II, nº2, jul. e nº3, set/1987]. Por ser um documento impar d'entre todos os que venho analisando até aqui e por nos remeter a questões muito mais amplas, resolvi deixar de lado aqui o estudo de Nina Rodrigues que, de um modo geral, concordava com que os médicos-legistas da polícia carioca.
- (2) Este ofício está em BRANDÃO, J.C.T., Questões relativas etc., op. cit., pp.104/107.
- (3) Idem, grifo meu.

Brandão não temia apenas a "ilegalidade" do internamento de um **degenerado** ou **criminoso nato**, mas o pernicioso precedente que a seu ver tal caso abria. Tratava-se, antes de mais nada, da maneira como o processo judicial fora encaminhado. Em suas palavras:

"A absolvição importa o reconhecimento de sua [de Serrão] integridade mental, pois seria absurdo submeter-se a julgamento um enfermo alienado e outorgar aos juizes de fato o direito de resolver questões científicas."<sup>1</sup>

Assim, encontra-se nesse último ofício de Teixeira Brandão mais um elemento para compreender sua obstinação, sem dúvida notável, em não permitir que Custódio [e outros criminosos que, como ele, eram enviados pela justiça ou pela polícia] fosse mantido no Hospício Nacional. As razões de ordem **disciplinar, moral e científica** que já haviam sido apontadas, juntava-se, finalmente, um problema de ordem **político-jurídico**. Aceitar o resultado do processo de Custódio Serrão, mantendo-o no Hospício, era aceitar uma submissão perigosa dos peritos aos juizes, dos asilos aos tribunais.

Peço perdão aos leitores por não poder revelar com precisão o que aconteceu finalmente a Custódio Alves Serrão a partir desse momento. Não encontrei qualquer documentação que me auxiliasse nesse sentido. Porém — caso não tenha engrossado a taxa de mortalidade do Hospício Nacional que, à época, segundo estatísticas genero

---

(1) Idem, grifo meu.

sas, era altíssima<sup>1</sup> — , não é improvável que tenha aca  
bado em liberdade. Ao menos é o que se pode especular  
frente à reação de Teixeira Brandão ao resultado do ju  
gamento.

Mas é justamente sobre essa incerteza que devemos nos  
ater agora pois ela nos revela com clareza os complica  
dos efeitos da introdução nos tribunais de certas cate  
gorias desenvolvidas pelo discurso médico e afins. O  
caso Custódio não foi certamente o único do gênero. O  
destino institucional dado aos criminosos loucos e, es  
pecialmente aos criminosos considerados degenerados, con  
tinuará incerto até que se construa um manicômio judi  
ciário. Em alguns processos, o degenerado acaba conde  
nado e preso; em outros, ele é absolvido, mas obrigado  
a permanecer por períodos mais ou menos longos no Hospí  
cio Nacional. Alguns criminosos acabam seus dias no  
Hospício. Finalmente, outros acusados considerados de  
generados são colocados imediatamente em liberdade, de  
pois do julgamento pois ou o Hospício não os aceita ou  
desaparecem durante o período em que o Juiz negocia o  
internamento. Tomemos rapidamente outros exemplos...

Em 1904, o 1º Tribunal do Júri tem em mãos o criminoso  
Afonso Codeço. À época de seu crime, Codeço tinha 52  
anos e trabalhava como escriturário da Estrada de Ferro  
Central do Brasil. Frente a vários colegas de reparti  
ção, Codeço matou a tiros um companheiro de trabalho  
que, segundo várias testemunhas, era seu melhor e mais  
íntimo amigo. Suspeita-se desde logo de alienação men

---

(1) Através de alguns dados fornecidos pelo próprio Teixeira Brandão  
[Questões relativas etc., op.cit., p.23] percebe-se, não somente  
as altas taxas de mortalidade do Hospício Nacional, mas também o  
fato do número de entradas na instituição ter crescido assustado  
ramente depois da proclamação da República.

tal, e os doutores do Gabinete Médico-Legal da Polícia são novamente chamados para examinar o criminoso. O laudo atestava **degeneração e epilepsia**, e esse diagnóstico serviu de base à argumentação de Evaristo de Moraes. Nessa argumentação, Evaristo revelava uma posição que ia se tornando cada vez mais consensual entre médicos, advogados ou magistrados, qual seja, a necessidade urgente de um manicômio criminal:

"Na falta de um manicômio criminal, o asilo comum, o hospício de alienados deve guardá-lo até completa cura, ou, sendo esta impossível, até que, sem perigo, possa ser entregue à família."<sup>1</sup>

Efetivamente, Codeço foi impronunciado e internado no Hospício Nacional de Alienados. Mas, num trabalho em que o caso Codeço aparece como objeto de estudo, Afrânio Peixoto atesta que ele não permaneceu no estabelecimento por muito tempo:

"Saiu pouco depois, transitoriamente curado, porque o exigiu a família e a administração não o podia impedir: o juiz o despronunciara por louco. E esses casos, infelizmente frequentes, constituem um perigo público contra o qual não há remédio atual."<sup>2</sup>

---

(1) Proc. no. 1186 de 23/04/1904, a Justiça contra Affonso Henrique da Rocha Codeço, fls. 55/56.

(2) Peixoto, A., Psicopatologia forense. Rio de Janeiro: Francisco Alves & Comp., 1916, p. 287.

Ao que parece, mesmo depois de 1903 — data provável do aparecimento da Seção Lombroso do Hospício Nacional, especialmente destinada aos loucos criminosos — a política em relação aos alienados delinquentes continua sendo a que foi defendida por Teixeira Brandão ao longo do processo Serrão: o Hospício Nacional não deveria aceitar a guarda desse tipo de criminosos, transferindo-os, sempre que possível, para as prisões ou colocando-os em liberdade.

A permanência dessa orientação ou tendência pode ser ainda mais bem percebida através de um outro caso médico-legal datado de 1911 e que coletei no arquivo do 1º Tribunal do Júri. Trata-se do crime de um jovem negro de 27 anos chamado Frederico Marques e que, nos autos, aparece como tradicional **desordeiro** e **capoeira**. Marques é acusado de ter **navalhado** duas crianças durante uma briga que aconteceu em um velório. A pedido do delegado, os médicos do Gabinete de Medicina Legal da Polícia examinaram o acusado, **concluindo que ele era um degenerado**. Frente a tal diagnóstico, o juiz o absolveu, recorrendo novamente aos médicos para saber sobre o perigo que Marques representava para a sociedade e qual o destino a lhe ser dado. A resposta dos médicos colocava mais uma vez a Justiça frente a um impasse que já conhecemos bem. Segundo os médicos:

"Frederico é um inferior mental, capaz, em crise de embriaguez patológica, possível porque ele é um alcoolista, de cometer desatinos e atentar contra a segurança pública. Impossível colocá-lo ao abrigo da penalidade legal coercitiva, pela sua condição de impulsivo; isto é, irresponsável; nem sua correção, aliás,

se faria em regime penitenciário pela sua própria constituição mórbida de estigmatização psicológica, já agora incurável. D'outro lado, a permanência definitiva em ambiente manicomial de que dispomos seria altamente nociva ao meio e a ele próprio: ao meio porque sua atividade de psicomotora coordenada [sua lucidez] poderia se tornar perigosa à boa ordem e disciplina dos internados em seu contato, e a ele próprio porque a agravação de seu estado não poderia tardar em ambiente de tão pernicioso influência..."<sup>1</sup>

Desse modo, embora reconhecessem a alienação do acusado e o perigo social que representava, os peritos desaconselhavam o seu internamento no Hospício Nacional. De qualquer maneira, devido à resposta evasiva dos peritos, o juiz tentou conseguir, junto a Juliano Moreira, o então diretor da Assistência Médico-Legal a Alienados do Distrito Federal, o internamento de Marques em um dos outros estabelecimentos sob a administração da Assistência. O psiquiatra porém se mostraria refratário às necessidades do Tribunal, declarando que nenhuma das instituições públicas destinadas aos alienados estava aparelhada para receber esses degenerados:

"O que conviria a ele [escreve o médico ao juiz], seria um asilo colônia especial para os degenerados delinquentes..."<sup>2</sup>

---

(1) Proc. s/nº, de 28/03/1911, a Justiça contra Frederico Marques, fls. 112/113, grifos meus.  
(2) Proc. s/nº, de 18/03/1911, op. cit., fls. 115/116.

No entanto, enquanto o juiz procurava em vão encaminhar o criminoso para algum lugar, o advogado de defesa protestava contra a situação legalmente anômala em que se encontrava seu cliente — absolvido e ainda preso —, exigindo sua imediata liberdade. Nesse caso, o juiz não teve outra alternativa senão conceder a liberdade ao **perigoso e impulsivo degenerado** Frederico Marques.

Seria inútil arrolar aqui outros exemplos. Parece-me já estar suficientemente claro o tipo de problema que a incidência de categorias como a de **degenerado** ou **criminoso nato** impunha às formas socialmente previstas para a contenção e repressão dos transgressores. Ora, se o envio dos loucos lúcidos, degenerados ou anômalos morais para os hospícios públicos passa a ser obstado pelos próprios psiquiatras, a justiça parecia sucumbir frente a toda essa classe de criminosos [ou biocriminosos] que, não sendo propriamente loucos — estariam, no máximo nas fronteiras da loucura — não podiam ser considerados plenamente responsáveis por seus atos, pois tais atos seriam o resultado de uma ausência de senso moral que se inscrevia em sua própria natureza. Os asilos e as prisões se mostravam incapazes de receber os degenerados ou criminosos natos porque tais delinquentes eram percebidos como habitantes de uma paradoxal região entre a responsabilidade e a irresponsabilidade penal, entre a culpa e a inocência, entre a sanidade ou a doença, podendo até mesmo serem colocados para além dessas oposições uma vez que, enquanto monstruosidades, eram anormais mas não doentes, naturalmente votados ao mal como os homens honestos seriam ao bem, merecedores mais de repulsa que de piedade. Ao nível da prática judiciária, as contradições e impasses vão se acumulando ao longo das duas primeiras décadas do nosso século. Ca

zos mais ou menos escandalosos vão surgindo e motivando psiquiatras e magistrados a lutar em prol da construção de um asilo criminal. É sem dúvida significativo que alguns anos após o caso Serrão, apareça na legislação referente à organização da assistência a alienados no Brasil (Dec. nº 1132 de 22/12/1903), amplamente influenciada por Teixeira Brandão e por Juliano Moreira, a obrigatoriedade de construção de manicômios judiciários em cada estado, ou, na impossibilidade imediata, da circunscrição de pavilhões especialmente destinados aos loucos criminosos nos hospícios públicos existentes.

Em 1919, um outro **degenerado** mata D. Clarice Indio do Brasil, mulher de um Senador da República e figura conhecida da alta sociedade carioca. A possibilidade de o assassino vir a ser absolvido faz com que a própria imprensa se engaje na luta pela criação de um manicômio judiciário.<sup>1</sup> Porém, é sem dúvida revelador o fato de os jornalistas, ao defenderem a construção do estabelecimento, não enfatizarem seu caráter terapêutico ou humanitário, mas, antes, apontarem sua urgente necessidade para uma repressão mais eficaz aos delinquentes. Os termos em que a discussão aparece nos jornais atestam de forma clara a ambigüidade da sensibilidade social que, à época, construíam-se em torno dessas estranhas figuras, meio inocentes e meio culpadas, que eram os degenerados, os criminosos natos, os anômalos morais enfim. Um bom exemplo do tipo de reação que vai se tornando comum nas páginas dos jornais pode ser destacado de uma matéria publicada em O Paiz logo após o assassinato de

---

(1) Ver pra esse caso, CARRARA, S., "Os mistérios de Clarice: etnografia d'Um crime na avenida", in Papéis Avulsos, nº 1, vol. 2. Rio de Janeiro: Fund. Casa de Rui Barbosa, 1986.

D. Clarice:

"A campanha para proteger a sociedade de elementos anormais e desequilibrados que, com o concurso de intoxicantes, ou sob a influência exclusiva da própria degeneração, chegam aos extremos de violência assassina, deve ser apoiada por todos, porque ela é um movimento coletivo de defesa comum. Mas receamos que o êxito desses esforços seja nulo se não cuidarmos de modificar nossa atitude sentimental em relação aos criminosos. É possível que eles sejam freqüentemente vítimas da própria fatalidade orgânica, em que se exprimem associações de múltiplos fatores pelos quais o indivíduo não pode ser moralmente responsável. Mas deixemos de parte esses problemas complicados. Contentemo-nos em lamentar as vítimas inocentes da degeneração alheia e cuidemos em colocar esses desequilibrados em lugar seguro e remoto".<sup>1</sup>

A campanha pela construção de um manicômio judiciário na capital tem efeitos positivos e imediatos. A 21 de abril de 1920 — dia que entre nós é dedicado à luta pela liberdade política — era lançada, nos fundos da Casa de Correção, a pedra fundamental do primeiro asilo criminal brasileiro, inaugurado no dia 19 de maio do ano seguinte. Das cerimônias, participaram representan

---

(1) OP., 11/10/1919, p. 3.

tes do então presidente Epitácio Pessoa, o ministro da Justiça, Alfredo Pinto, Juliano Moreira com os médicos do Hospício, o chefe de polícia e ainda outras autoridades ligadas à justiça e às penitenciárias. Sob aplausos, os discursos consonantes de médicos, juristas, policiais e administradores anunciavam muito mais que o surgimento de uma outra instituição pública. Anunciavam, primordialmente, a emergência de uma forma inteiramente nova de intervenção social, mais flexível, mais globalizante, mais autoritária. Coroava-se assim um processo de mudança mais amplo que, atingindo as práticas jurídico-penais como um todo, fez com que nossos Tribunais, como bem apontou Foucault,<sup>1</sup> passassem, a partir de finais do século XIX, a não julgar mais **atos criminosos**, mas sim, a própria **alma do criminoso**.

---

(1) Foucault, M. Vigiar e punir - nascimento da prisão. Petrópolis: Ed. Vozes, 1977.

Cad. IMS; RJ; v. 3; nº 1; p. 109 - 148; março/abril 1989.

# 5

A AIDS NO BRASIL URBANO

RICHARD PARKER

## A AIDS NO BRASIL URBANO \*

---

RICHARD PARKER \*\*

### RESUMO

O presente artigo busca contribuir para uma compreensão transcultural da AIDS através de um minucioso exame da situação atual da epidemia no Brasil. Desde 1983, quando o primeiro caso foi notificado, o número de vítimas de AIDS tem crescido suficientemente rápido para colocar o Brasil no topo da lista dos países com grande número de casos confirmados. Não obstante sua velocidade de propagação, a epidemia vem recebendo pouca atenção tanto da comunidade internacional quanto do próprio governo brasileiro. Além disso, o modelo usado para explicar a transmissão da doença foi desenvolvido em contextos sócio-culturais inteiramente diferentes, como o da Europa Ocidental e dos Estados Unidos. Este artigo tem como fonte de dados a pesquisa do autor sobre a cultura sexual brasileira, que se mostra relevante para a compreensão dos padrões locais de transmissão da AIDS. Reivindicando uma ação culturalmente adequada e eficaz para enfrentá-la, adverte ainda quanto à necessidade de um conhecimento aprofundado das diferenças culturais que imprimem suas marcas internacionalmente na configuração da AIDS.

---

(\*) Publicado originalmente no Medical Anthropological Quarterly - International Journal for the Cultural and Social Analysis of Health, new series, vol. 1, nº 2, junho/1987, pp 155,175. Em suas diferentes fases, a pesquisa de campo realizada no Brasil foi possível graças ao auxílio da Tinker Foundation e do Center for Latin American Studies, da Universidade de California (Berkeley), do seu Departamento de Antropologia e da Divisão de Pós-Graduação, e, finalmente, da Fulbright Foundation e da Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research. Agradecemos à American Anthropological Association por nos ter permitido reproduzir este artigo em sua versão em português. Tradução: Gerson Noronha Filho e Revisão: Sérgio Carrara.

(\*\*) Doutor em Antropologia pela Universidade de Berkeley/Califórnia.

Desde sua classificação original como doença específica ou conjunto de doenças inter-relacionadas, a Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS) surgiu como um problema importante a ser enfrentado pela comunidade internacional.<sup>1</sup> Apesar dos significativos avanços que, nos últimos anos, ocorreram em torno da identificação do anticorpo do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e de outros aspectos fisiológicos da AIDS, o perfil epidemiológico da doença ainda permanece relativamente obscuro. A maioria das pesquisas está voltada para os Estados Unidos e Europa Ocidental, dando-se pouca atenção às diferenças culturais que podem influenciar os padrões de distribuição da doença. Mesmo quando se pretende utilizar uma perspectiva transcultural, geralmente não se consegue levar em consideração as práticas culturais concretas que afetam a expansão da AIDS.<sup>2</sup>

A importância do desenvolvimento de uma abordagem transcultural mais refinada em relação à AIDS vem se tornando progressivamente evidente, uma vez que a doença tem sido detectada em um número crescente de grupos sociais diferenciados. Embora tivesse sido originalmente descrita como um tipo de "câncer homossexual" ou de "peste homossexual", encarada como algo restrito às populações homossexuais dos centros urbanos dos Estados Unidos e da Europa Ocidental, a síndrome se manifesta hoje em um leque muito amplo de situações. Ultimamente, ocorrências na África Central, Haiti, em imigrantes haitianos nos Estados Unidos e entre heterossexuais puseram em xeque e finalmente desfizeram a exclusiva associação da

---

(1) Patton, Cindy, *Sex and Germs: the politics of AIDS*. Boston: South End Press, 1985.

(2) Idem, pp. 37-48.

doença com a homossexualidade.<sup>1</sup>

Na verdade, à época da Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em Atlanta, Georgia, em abril de 1985, dois modelos diferentes de disseminação da doença foram propostos: de um lado, um modelo de transmissão da AIDS centrado no contato homossexual ou bissexual, e, de outro, um modelo que enfatizava a transmissão heterossexual em quase dezoito regiões diferentes da África, especialmente em Zâmbia, Zaire, Uganda, Rwanda, Burundi e no noroeste da Tanzânia.<sup>2</sup> Cada um desses modelos de transmissão está baseado em certos pressupostos culturais, em especial naqueles relacionados à natureza da vida sexual. Como os meus dados do Brasil vão sugerir, estes pressupostos podem ter limitado nosso conhecimento da própria doença, distorcendo nossa compreensão sobre a sua transmissão e, o que é mais importante, obscurecendo em parte a percepção das conseqüências potencialmente mais graves da AIDS, tanto nos Estados Unidos como em outros países.

---

(1) A transmissão do vírus HIV se dá através da troca de líquidos corporais, particularmente através do sangue. A troca de líquidos hümanos durante o ato sexual é apenas uma dentre as principais causas da propagação da AIDS. Outras formas de transmissão, como as transfusões de sangue contaminado com o vírus, têm ocorrido em escala mundial. Entretanto, sendo o meio de transmissão mais comum e mais cercado de preconceitos, a relação sexual tem dominado a atenção dos pesquisadores de todos os países, e o Brasil não constitui exceção. Apesar de também enfatizar aqui a relação entre a sexualidade e a doença, não pretendi subestimar a importância de outras formas de contaminação.

(2) Patton, C., Sex and Germs: the politics of AIDS. Op. cit., e "África in the Plague Years", in Newsweek, November 24:44-47, 1986.

## AIDS NO BRASIL

Recentemente, um alarmante número de casos de AIDS tem sido registrado no Brasil.<sup>1</sup> Até há algum tempo, pouca atenção era dispensada à AIDS neste país - fato que não surpreende, pois não havia nenhum caso confirmado antes de 1983, quando a doença já alcançara proporções quase epidêmicas nos Estados Unidos e Europa. Até então, influenciados pela mídia local, muitos brasileiros viam a AIDS como uma doença rara que afetava a saúde da população homossexual abastada dos Estados Unidos.<sup>2</sup>

Entretanto, este ponto de vista mudou radicalmente em junho de 1983, com a morte de um dos mais importantes costureiros de moda do Brasil. Os meios de comunicação não só exploraram bastante o fato de o costureiro ter somente 31 anos de idade quando morreu, mas, principalmente, o de ter morrido de AIDS. A partir daí, a AIDS começou a penetrar na consciência brasileira de uma maneira nova - cada vez menos distante, cada vez mais próxima de casa. Semanas após a morte do costureiro, dois novos casos foram notificados também no Estado de São Paulo e, passado um mês, cinco novos casos eram conhecidos, elevando-se para três o número de mortos.

Mais tarde, depois de rever informações sobre algumas mortes com causas ignoradas ocorridas anteriormente, a comunidade médica brasileira concluiu que, provavelmente, a AIDS começou a fazer vítimas no país já em 1982.

---

(1) Cf. Riding, Alan, "Fright grips Brazil as AIDS cases suddenly rise. New York Times, August, 25:4, 1985; Smith, Geri, "Freewheeling Rio panics over spread of AIDS. San Francisco Chronicle, October 26, 1985; e Trevisan, João Silverio, Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da Colônia à atualidade. São Paulo: Max Limonad Ed., 1986.

(2) Trevisan, J.S., op. cit., pp. 248/249.

À primeira vista todas as vítimas - uniformemente classificadas de "homossexuais" - tinham estado em Nova York antes de apresentarem os primeiros sintomas da doença, o que levava à conclusão de que o vírus teria sido introduzido no Brasil a partir desta cidade.<sup>1</sup>

Em outubro de 1983, 13 casos de AIDS com 9 mortes tinham sido confirmados em São Paulo, e novos casos começavam também a aparecer em outros estados. No decorrer do ano seguinte, a situação agravou-se, e, em abril de 1984, 43 casos e 20 mortes já haviam sido confirmados apenas em São Paulo e por volta de 70 casos já tinham sido identificados em todo o país. Novamente, a grande maioria dos doentes era constituída por homossexuais. Nessa época, entre as vítimas, também se incluíam pelo menos sete homens "bissexuais" e duas mulheres "heterossexuais". No início de 85, um novo caso de AIDS no mínimo era registrado a cada dia, e quatro mortes atribuídas à doença ocorriam por semana. A grande maioria das vítimas morava nas regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro e registrava-se ao menos um caso para cada estado. Em um período de apenas dois meses do ano de 1985, registravam-se mais vítimas que em todo o ano de 83. Qualquer que fosse a sua origem, a doença já não podia mais ser considerada simplesmente uma importação estrangeira - ela deitara firmemente suas raízes no Brasil.<sup>2</sup>

Em 1985, com 462 casos e 224 mortes confirmadas,<sup>3</sup> o Brasil alcançava o quarto lugar (superado apenas pelos Estados Unidos, França e Haiti) na lista das nações com maior número de casos de AIDS. A doença começou então

---

(1) Idem, pp. 249-250.

(2) Idem, pp. 251-252.

(3) Cf. Smith, G., op. cit.; e Trevisan, J.S., op. cit., p. 252.

a ser reconhecida como um importante problema de saúde pública. No entanto, a comunidade internacional vem dando pouca atenção a estes desenvolvimentos, apesar de a situação continuar a piorar consideravelmente no país. Em julho de 86, o número de casos subia a 790, e o número de mortes a 406, colocando o Brasil à frente do Haiti e da França, situando-o em segundo lugar entre os países de maior incidência, superado somente pelos Estados Unidos, com o maior número de casos de AIDS fora da África.<sup>1,2</sup> A situação é realmente séria, e as próprias estatísticas oficiais tendem a minimizar a real incidência do vírus na população brasileira. Como o Haiti ou as nações africanas, o Brasil é um país tropical, e há tempos seus cidadãos estão familiarizados com uma gama variada de doenças endêmicas cujos sintomas têm muita semelhança com os da AIDS. As dificuldades econômicas frequentemente limitam a possibilidade de os doentes terem acesso à consulta médica profissional, e mesmo aqueles que procuram este tipo de ajuda podem ser diagnosticados erroneamente. Por outro lado, apesar dos consideráveis avanços da qualidade geral dos serviços médicos disponíveis no Brasil ocorridos nas últimas décadas, os sérios problemas econômicos atualmente enfrentados pela nação têm obstado, indiscutivelmente, o desenvolvimento de uma infra-estrutura capaz de fazer face aos principais problemas de saúde pública existentes. Tomados em conjunto, todos esses fatores aumentam ainda mais o perigo latente de uma epidemia de AIDS no país.

---

(1) Sales, Simone, "Verbas para AIDS não acompanham a incidência". Jornal do Brasil, 24/07/88.

(2) Por várias razões, entre as quais temos desde preocupações políticas até recursos insuficientes para pesquisa e dificuldade de coleta de dados confiáveis, as estatísticas sobre a AIDS na África são extremamente raras. As nações africanas não são assim normalmente incluídas nas tabelas internacionais de prevalência da doença, e sua inclusão mudaria o panorama das atuais estatísticas. Para uma discussão jornalística sobre o impacto da AIDS na África e também sobre as dificuldades da coleta de informações estatísticas naquele continente, ver, por exemplo, a matéria já citada da Newsweek.

Além das condições materiais adversas que exacerbam o problema, uma dificuldade adicional repousa no próprio modelo conceitual de que lançam mão os pesquisadores de AIDS e a sociedade brasileira como um todo para compreender e responder à expansão da doença. Construído a partir de dados provenientes dos Estados Unidos e Europa Ocidental, este modelo privilegia a aparente transmissão homossexual e bissexual da AIDS. E, como a grande maioria dos casos de AIDS notificados no Brasil até agora pode ser associada de uma ou de outra forma às mesmas práticas sexuais, a confiança depositada neste modelo não causa nenhum espanto. No entanto, o pressuposto subjacente a tal modelo de compreensão da doença é o de que as práticas sexuais em questão são constantes transculturalmente, não sendo o comportamento sexual afetado pelo contexto sócio-cultural específico no qual se insere. Dado este pressuposto, a epidemiologia da AIDS tem sido encarada no Brasil como extensão do mesmo problema que já vem sendo enfrentado nos Estados Unidos e Europa, frente ao qual as mesmas medidas de saúde pública são relevantes. Embora não explicitamente, a situação brasileira tem sido aproximada às mais bem conhecidas dos Estados Unidos e Europa, tornando-se apenas mais um exemplo para a confirmação dos supostos dominantes em relação à transmissão da AIDS. Mas o nó da questão reside justamente no fato de a natureza da relação entre sexualidade e AIDS no Brasil ser pensada como estabelecida a priori, em vez de ser cuidadosamente examinada. É justamente em torno da questão da vida sexual e de sua relação com a AIDS que a minha pesquisa etnográfica sobre o Brasil talvez possa oferecer algumas contribuições.

Desde 1982, engajei-me num estudo relativo à ideologia

sexual e à construção sócio-cultural, por todo o país, dos significados pertinentes à esfera sexual. O perfil deste projeto começou a ser constituído durante uma pesquisa de campo preliminar que realizei no Brasil entre julho e agosto de 1982, quando estive no Rio de Janeiro para estudar português e negociar a realização de um trabalho de campo mais extenso para o ano seguinte. Um pouco por acaso, acabei residindo em uma região decadente do centro do Rio, local de prostituição das classes sociais mais baixas. Apesar das relações limitadas que pude estabelecer com os informantes nesse curto período (em sua maioria pessoas jovens cuja idade variava em torno dos vinte anos e que me ajudavam a aprender a língua), foi possível realizar algumas investigações sobre a natureza desse submundo e confirmar a impressão de que ele era, de muitas maneiras, significativamente diferente de qualquer coisa comparável em minha própria sociedade.

Retornei ao Rio para uma estada mais prolongada em agosto de 1983. Embora minha intenção inicial não fosse fazer um estudo sobre sexualidade, mas sim uma investigação político-histórica sobre o carnaval brasileiro, fui impelido, quase inevitavelmente, a observar e a debruçar-me sobre a questão da vida sexual no Brasil. O caráter central dos significados próprios ao domínio da sexualidade no simbolismo presente no carnaval não podia ser ignorado. Na verdade, o estudo do carnaval tornou-se rapidamente apenas parte de uma investigação muito mais abrangente sobre a construção sócio-cultural da ideologia sexual no Brasil urbano. Esta mudança no foco da pesquisa não foi somente possível graças às ligações lógicas entre os dois assuntos - carnaval e sexualidade - mas também graças às redes de informantes que

eu começava a articular. Durante os dois primeiros me ses de minha estada, vivi no Catete, bairro de classe média e média-baixa situado logo no sul do centro do Rio de Janeiro. Depois transferi-me para um pequeno apartamento na área mais próspera de Copacabana. Eu não focalizava minha atenção na vida de qualquer comunidade ou bairro; ao contrário, concentrava esforços em fazer contatos com homens e mulheres ativamente envolvidos na preparação do carnaval. Preocupado com a muito mais complexa rede de relações sociais ligada ao carnaval, entrei em contato com uma variedade muito ampla de pesoas, com favelados e outros membros das classes baixas, como representantes das classes média e média baixa, e até mesmo com uns poucos ricos, tanto homens quanto mulheres, por todo o Rio.

Ao menos inicialmente, essas pessoas foram meus principais informantes tanto sobre assuntos relativos ao carnaval quanto sobre a conformação da cultura sexual brasileira. Entre novembro de 1983 e março de 1984, entrevistei formal e informalmente homens e mulheres que encontrava através dessas redes de relações, procurando menos desvelar os pormenores de suas próprias vidas sexuais que a compreensão que tinham e as interpretações que faziam sobre a vida sexual brasileira de um modo geral. Durante este período, meus informantes estavam igualmente distribuídos ao longo das divisões impostas pelos papéis de gênero. Entre eles estavam representados, se não todos, grande parte dos subtipos sexuais que podemos reconhecer em nossa própria tradição: prostitutos, prostitutas e seus clientes, lésbicas e homossexuais masculinos assumidos, bissexuais masculinos e femininos, heterossexuais solteiros ou casados com ou sem filhos e assim por diante. Meus informantes também

tendiam a ser relativamente jovens, a maioria entre 18 e 40 anos de idade. Meu trabalho era inteiramente qualitativo, e não fiz qualquer esforço para coletar informações estatísticas detalhadas ou proceder a inquéritos quantitativos. Na verdade, dada a natureza "delicada" do problema sobre o qual me debruçava, não tinha dúvida quanto ao fato de os insights que pudesse obter, quaisquer que fossem, dependerem em larga medida da qualidade das relações estabelecidas com meus informantes - ou seja, da amizade e da confiança mútua existentes entre nós, como acontece, aliás, em qualquer trabalho etnográfico.

Já em março de 1984, esses variados contatos feitos na região metropolitana do Rio me permitiam ter uma noção preliminar da vida sexual como parece se desenvolver aí, e dos efeitos provocados pelas variações de status e de classe social. Tentando alargar esta visão em alguns pontos, fiz curtas viagens a São Paulo, Brasília, Salvador, Maceió, Recife e interior da Paraíba, onde pude passar um certo período com parentes de alguns dos meus informantes do Rio. Entre março e julho de 1984, dividi meu tempo e minhas atividades entre a base no Rio e uma comunidade predominantemente de classe baixa, situada nos arredores de Petrópolis (uma pequena cidade do Estado do Rio de Janeiro), onde vivi com a família de um dos meus informantes cariocas mais próximos. Em Petrópolis, no contexto de uma comunidade mais claramente delimitada, meus amigos e informantes variavam desde crianças de nove ou dez anos até pessoas idosas nos seus 60 e 70 anos. Pude assim ter uma visão da vida familiar brasileira muito mais íntima e detalhada do que de qualquer outra coisa a que então já me expusera no Rio de Janeiro.

Através desses diversos contatos, foi possível o exame dos às vezes contraditórios padrões culturais - das estruturas ideológicas e do sistema de valores - que operam atualmente na construção do universo sexual brasileiro. Procurei então delinear as regras que organizam a vida sexual nessa sociedade. Culturalmente estabelecidas, às vezes inconscientes, tais regras subjacentes operam como uma gramática cultural, em relação à qual a maioria dos brasileiros (e especialmente os brasileiros urbanos) são mais ou menos competentes e que os orientam em suas próprias performances singulares.

Durante o trabalho de campo realizado entre 1983/84, os primeiros casos de AIDS acabavam de ser notificados no país, e em julho e agosto de 1986 retornei ao Rio e a Petrópolis para estudar especificamente o problema. Foi então que me convenci de que era necessário conhecer a construção sócio-cultural da vida sexual no Brasil para compreender o perfil epidemiológico da AIDS neste país e para sugerir medidas efetivas de combate à doença.

Antes de adentrar na discussão sobre a cultura sexual brasileira, devo prefaciá-la com uma palavra de cautela. Caracterizar a ideologia sexual de um país, especialmente de um país com tantas diversidades como o Brasil, é uma tarefa que não pode ser definitiva e completamente levada a cabo através de pesquisas etnográficas. É importante ressaltar, no entanto, a considerável preocupação dos próprios intelectuais brasileiros com a caracterização da sexualidade e até mesmo da visão de mundo presentes em sua sociedade como um todo. Na verdade, a relação entre sexualidade e "brasilidade" tem sido tema de muitos textos clássicos de história

cultural brasileira.<sup>1</sup> A partir de uma perspectiva mais científica,<sup>2</sup> vários trabalhos mais recentes também abordam o comportamento sexual dos brasileiros, embora nenhum deles seja comparável - mesmo remotamente - ao trabalho estatístico de Kinsey e de seus colegas. Talvez o mais influente exame da questão sexual realizado nos últimos anos (ao menos entre os intelectuais) seja o trabalho de Chauf,<sup>3</sup> que, apoiada em uma teoria crítica aurida da análise dos trabalhos de Freud, Marcuse, Foucault e de outros europeus, coloca a existência de uma sexualidade brasileira específica como problema ainda em aberto. Em resumo, apesar de considerar o mapeamento de uma ideologia sexual ao nível de um estado nacional - em oposição ao trabalho com segmentos sociais mais circunscritos - uma tarefa difícil e temerária, é importante lembrar que, para os próprios intelectuais brasileiros, a questão não é apenas legítima, mas de fundamental importância.

- 
- (1) Para isso, ver: Andrade, Mário de, Macunaíma. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 1983; Prado, Paulo, Retrato do Brasil. Rio de Janeiro: F. Briguiet & Cia, 1931; Freyre, Gilberto, Casa-grande & senzala. Rio de Janeiro: Liv. José Olympio Ed., 1983; e também Wagley, Charles, An introduction to Brazil. New York: Columbia University Press, 1971.
  - (2) Lima, Delcio Monteiro de, Comportamento sexual do brasileiro. Rio de Janeiro: Liv. Francisco Alves Ed., 1978; Santa Inez, Antonio Leal de, Hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros. São Paulo: Ed. Cultrix, 1983; e Vasconcelos, Naumi A. de, Resposta sexual brasileira. Rio de Janeiro: Paz e Terra Ed., 1972.
  - (3) Chauf, Marilena, Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense Ed., 1984.

## A CULTURA SEXUAL BRASILEIRA

### CLASSIFICAÇÃO DOS PAPÉIS

Obviamente, as principais categorias que dominam a discussão internacional sobre AIDS - **heterossexualidade**, **homossexualidade**, **bissexualidade** - também estão presentes na cultura brasileira. Como na Europa Ocidental e nos Estados Unidos, tais categorias possuem uma história ligada à emergência das ciências médicas modernas. Introduzido na cultura brasileira apenas em meados do século XX, através dos médicos higienistas e psicanalistas influenciados pelos desenvolvimentos da psicologia e sexologia européias, este novo sistema de classificação sexual disseminou-se mais amplamente em anos recentes através do rádio, da televisão e da imprensa escrita. Permanece, apesar disso, um discurso de elite que, até hoje, encontra penetração limitada nas camadas populares.<sup>1</sup>

Se as categorias de **heterossexualidade** e **homossexualidade** somente aos poucos começam a fazer parte da vida brasileira, a noção de uma **identidade homossexual** ou de uma **comunidade homossexual** específica - um **gay ghetto** (configuração social considerada central em relação às primeiras manifestações de AIDS na Europa e nos Estados Unidos) - é também parcialmente estranha à situação brasileira. Algo que poderíamos descrever um tanto arbitrariamente como uma "comunidade gay" apenas estabeleceu-se, como veremos, nos maiores e mais moder

(1) Cf. Fry, Peter, "Da hierarquia à igualdade: a construção histórica da homossexualidade no Brasil", in: Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1982; e Parker, Richard, The body and the self: aspects of male sexual ideology in Brazil. Trabalho apresentado na 83ª Reunião Anual da American Anthropological Association, Denver, Colorado; 1984 e, do mesmo autor, "Masculinity, femininity, and homosexuality: on the anthropological interpretation of sexual meanings In Brazil". Journal of Homosexuality, 11(3/4):155-163, 1985.

nos centros urbanos do Sudeste do país.<sup>1</sup> Entretanto, é preciso reconhecer que sua forma e estrutura apresentam diferenças significativas se comparadas a grupos europeus e norte-americanos similares. Assim como a classificação sexual importada pelos médicos, a "comunidade gay" assumiu no Brasil características um tanto distintas em resposta ao contexto sócio-cultural particular no qual se inseriu.

A estrutura da vida sexual brasileira tem sido tradicionalmente concebida nos termos de um modelo centrado na relação entre práticas sexuais e papéis de gênero, ou seja, na polaridade entre a **atividade** masculina e a **passividade** feminina, elementos fundamentais no ordenamento do universo sexual do brasileiro. É através das fronteiras impostas pela oposição **atividade** x **passividade** que as distinções entre **macho** e **fêmea**, **masculinidade** e **feminilidade** etc. têm sido tradicionalmente organizadas no Brasil. Na vida diária, tais concepções são predominantemente construídas de modo informal, ou seja, não são produtos de uma reflexão consciente, mas sim da linguagem popular, utilizada cotidianamente pelos brasileiros para classificar suas práticas sexuais específicas ou para falarem delas.

O perfil dessa configuração cultural emerge claramente na linguagem com a qual os brasileiros descrevem suas relações sexuais e, principalmente, na utilização dos

---

(1) Cf. Altman, Dennis, "Down Rio Way", Christopher Street 4(8): 22-27, 1980; Fry, Peter e MacRae, Edward, O que é homossexualidade. São Paulo: Brasiliense Ed., 1983; MacRae, E., "Os respeitáveis militantes e as bichas loucas". in Caminhos cruzados: linguagem, antropologia e ciências naturais, Alexandre Eulálio et al., eds., pp - 99-111. São Paulo: Brasiliense Ed., 1982; Parker, R., "Masculinity, Femininity etc.", op. cit., e Trevisan, J.S., Devassos etc. op. cit.

verbos **comer** e **dar** enquanto metáforas relativas às formas de interação sexual. **Comer** descreve o ato de penetração durante a relação sexual. Usado numa variedade de contextos enquanto sinônimo de verbos como **vencer** e **possuir**, **comer** implica claramente uma forma de dominação simbólica comparável à que está em jogo na prática sexual. Em contraste, **dar** descreve o papel de ser penetrado, tanto no coito vaginal quanto coito anal. **Comer** sugere um ato de dominação; **dar** implica alguma forma de submissão ou subjugação.

Apoiando-se em tais metáforas, base para a construção de um conjunto de categorias classificatórias, o universo sexual em questão pôde ser estruturado sobre linhas demarcatórias bem diferentes da clássica distinção entre **homossexualidade** e **heterossexualidade**. Pois, no Brasil, existem aqueles que **comem**, consumindo simbolicamente seus parceiros ao assumirem o papel ativo durante a relação sexual, e aqueles que **dão**, oferecendo-se passivamente para serem penetrados e possuídos por seus parceiros ativos. No interior deste sistema de classificação, está o primeiro grupo que a cultura brasileira define - dada a sua ativa e fálica dominação - como **homens**.<sup>1</sup>

Se essa primeira categoria parece ser mais bem circunscrita, o segundo grupo, os que **dão**, é menos rígido ao incluir não só "mulheres" mas uma terceira figura conhecida como **veado** ou **bicha** (literalmente "verme", para

---

(1) Fry, P., "Da hierarquia à igualdade etc.", op. cit.; Fry, P. e MacRae, E., O que é homossexualidade, op. cit.; Misse, Michel, O estigma do passivo sexual: um símbolo de estigma no discurso cotidiano. Rio de Janeiro: Achiamé Ed., 1981; e, finalmente Parker, R. "The body and the self etc.", op. cit., e, do mesmo autor, "Masculinity, femininity etc!", op. cit.

sita intestinal, mas também a forma feminina de "bicho", animal, frequentemente explicada por informantes como "animal feminino"), termos que poderiam talvez ser traduzidos na língua inglesa por queen ou faggot.<sup>1</sup> Embora anatomicamente masculino do ponto de vista biológico, o **veado** ou **bicha** é associado à **mulher** enquanto papel social. Tendo adotado uma posição fundamentalmente passiva, feminina, penetrado durante uma relação sexual anal entre homens, o **veado** ou **bicha** torna-se uma espécie de equivalente simbólico da fêmea biológica. Simbolicamente, mesmo sendo um tipo de mulher, o **veado** ou **bicha** permanece, ao menos nos termos da concepção popular, como um fracasso dos pontos de vista social e biológico: não é um **homem**, por seu inaceitável comportamento feminino, mas é igualmente incapaz de exercer plenamente o papel de **mulher** devido à sua anatomia.<sup>2,3</sup>

- 
- (1) Há de fato uma grande variação histórica e regional de terminologia, mas rótulos como **veado** ou **bicha** foram os termos mais utilizados por meus informantes em campo. As razões dessa escolha variam. A fragilidade do veado e, em mais de uma circunstância, a criação de Walt Disney, Bambi, foram frequentemente citadas pelos informantes para justificar a escolha do termo **veado**. A importância da efeminação também foi citada na definição do termo **bicha**, e foi possível notar que a maioria dos informantes o explicava como algo que significava uma espécie de indeterminado e, portanto, fundamentalmente anômalo animal feminino. Afinal, um informante sugeriu a derivação do termo francês **biche** ou **doe**, relacionando assim claramente a noção de **veado** e **animal feminino**.
- (2) Cf. Altman, D., "Down Rio Way", op.cit.; Fry, P., "Male homosexuality and spirit possession in Brazil". Journal of Homosexuality 11 (13/4):137-153, 1985; Parker, R., "Masculinity, feminity etc.", op. cit.; e, finalmente, Young, Alan, "Gay gringo in Brazil", in The gay liberation book, Len Richmond and Gary Noguera eds, pp. 60-67. San Francisco: Rampants Press, 1973.
- (3) A ênfase na distinção entre atividade e passividade na estrutura de relações entre pessoas do mesmo sexo é bastante difundida. Para noções semelhantes em outras partes da América Latina, ver, entre outros, Carrier, Joseph M. "Mexican male bisexuality". Journal of Homosexuality 11 (1/2):75-85, 1985; Lancaster, Roger N., Comment on Anguelles and Rich's "Homosexuality, homophobia and revolution: notes toward an understanding of the Cuban lesbian and gay male experience, part II", Signs 12:188-192, 1986; e Taylor, Clark L., Mexican male homosexual interaction in public contexts". Journal of Homosexuality 11(3/4):117-136, 1985.

As distinções valorativas que estão implícitas neste conjunto de categorias classificatórias populares figuram em firme contraste frente às noções médico-científicas de **homossexualidade** e **heterossexualidade**. Ora, embora o **veado** ou **bicha** seja clara e seriamente estigmatizado do ponto de vista social, o mesmo não parece ocorrer a seus parceiros sexuais. No interior desse sistema popular de classificação sexual é, ao menos potencialmente, possível para um **homem** manter relações sexuais não apenas com mulheres mas também com indivíduos biologicamente masculinos (o **veado** ou a **bicha**) sem sacrifício da sua identidade de **homem**. Dada precisamente a preservação de sua dominância fâlica ao assumir o papel ativo na performance sexual, a **masculinidade** do **homem** nunca é fundamentalmente posta em questão, qualquer que seja o sexo biológico de seus parceiros. Sob a condição de não alardear suas conquistas em relação a outros homens, o **homem** está dentro do contexto desse sistema razoavelmente livre para, sem medo de ser vítima de severa sanção social, manter ocasionalmente, e mesmo frequentemente, contatos sexuais tanto com mulheres quanto com homens.<sup>1,2</sup>

O mais surpreendente nessa configuração talvez seja a fluidez do desejo sexual que ela sugere.<sup>3</sup> Enquanto o sistema médico-científico de classificação sexual pos

- 
- (1) Cf. Fry, P. "Da hierarquia à igualdade etc.", op. cit. e, do mesmo autor, a já citada "Male homosexuality and spirit possession etc."; Fry, P. e MacRae, E. "O que é homossexualidade etc.", op. cit.; e ainda Parker, R., "The body and the self etc." e "Masculinity, Femininity, etc.", op. cit.
  - (2) Suspeito que o fato de os **homens** não serem menos discretos em relação às suas experiências com **veados** deve-se em larga medida à presença constante do código moral católico que - tão frouxo quanto possa parecer no Brasil - ainda condena explicitamente os atos de sodomia.
  - (3) Para uma oportuna discussão sobre a noção de "fluidez" aplicada à identidade sexual, ver Herdt, Gilbert H., "A comment on cultural attributes and fluidity of bisexuality". Journal of Homosexuality 10 (3/4):53-61, 1984.

tula uma correspondência direta entre desejo, prática e identidade, o modelo popular parece colocar em jogo uma relação muito mais flexível entre estes componentes da vida sexual de cada um de nós.

É em larga medida devido ao profundo contraste existente entre o modelo popular brasileiro e o médico-científico que o último tem influência limitada nos horizontes da cultura sexual brasileira. Sua presença pode ser percebida quase exclusivamente nas classes média e alta das cidades maiores e mais modernas. Embora a nova terminologia tenha sido amplamente difundida graças à mídia, ela permanece, no melhor dos casos, superposta às crenças populares mais antigas e não parece exercer qualquer influência na vida dos brasileiros fora dos principais centros urbanos.<sup>1</sup> Mesmo onde o modelo médico-científico teve algum impacto, nas cidades e entre as elites, ele é frequentemente reinterpretado nos termos dos conceitos populares tradicionais, com sua ênfase não na escolha de objeto sexual, como é o caso das categorias de **homossexualidade e heterossexualidade**, mas em relação a **atividade e passividade**. Assim, no pensamento popular, a categoria de **homossexuais** acaba sendo reservada para os parceiros "passivos", enquanto a classificação reservada aos parceiros que desempenham o papel "ativo" na relação permanece mais obscura e ambígua.

No entanto, se a influência do sistema médico-científico de classificação sexual é limitada, ela não é inteiramente ausente. Em alguns momentos, é justamente este modelo que estrutura a maneira pela qual uma gama

---

(1) Cf. Fry, P., "Da hierarquia à igualdade etc." op. cit., e Parker R., "Masculinity, femininity etc.", op. cit.

de instituições sociais - polícia, corporações militares ou médicas - classifica as relações sexuais entre indivíduos do mesmo sexo.<sup>1</sup> Ele parece também ter tido, no Brasil, um papel importante para acelerar, em finais dos anos 60 e nos anos 70, não só o desenvolvimento de algo semelhante a uma **identidade homossexual**, principalmente entre membros da classe média, mas também da gradual construção de uma **comunidade gay** modelada nas emergentes subculturas gays do hemisfério norte.<sup>2</sup> Embora os próprios brasileiros os relacionem às transformações históricas ainda em andamento fora de seu país, tais desenvolvimentos continuam a responder e a refletir a estrutura tradicional de relações sexuais no Brasil, e só podem ser plenamente compreendidos em relação a elas.

O resultado da inter-relação entre os modelos tradicional e moderno de comportamento sexual tem sido a constituição, ao menos nas grandes cidades, de uma subcultura de **entendidos** que é aberta, móvel e flexível. Esta subcultura é organizada principalmente em torno dos desejos e das práticas sexuais que têm lugar entre parceiros do mesmo sexo e se realiza em locais típicos, de paquera, tais como bares, praias, saunas, boates etc. O desenvolvimento de uma nova categoria - **entendido** ou **entendida** (no caso das mulheres) - tornou-se central no contexto dessa subcultura sexual. Tal categoria não se aplica apenas àqueles indivíduos que adotaram uma identidade estritamente homossexual ou gay,

---

(1) Cf. Fry, P. e MacRae, E., O que é homossexualidade etc.., op. cit. e Trevisan, J.S., Devassos no paraíso etc.., op. cit.

(2) Altman, D., "Down Rio way", op. cit.; Fry, P., "Da hierarquia à igualdade etc." op. cit.; Fry, P. e MacRae, E., O que é homossexualidade etc." op. cit.; e ainda Trevisan, J.S., Devassos no paraíso etc.", op. cit.

próxima dos modelos americano e europeu, considerados mais modernos, mas a qualquer pessoa que seja introduzida ou que tome parte neste submundo um tanto secreto.<sup>1</sup> Embora alguns **entendidos** optem por "assumir-se" (quase o equivalente à expressão inglesa coming out), a maioria não o faz, e a declaração pública de uma identidade homossexual tem se restringido aos membros das classes médias que participam do frágil "movimento homossexual" brasileiro ou "movimento de liberação homossexual". Até agora, este movimento não conseguiu atingir a vida da maioria dos homens e mulheres que fazem parte desta **subcultura entendida**, ainda fracamente estruturada.<sup>2</sup>

Dentro da subcultura urbana em questão tem ocorrido um processo de reelaboração dos tipos sexuais, baseada principalmente na distinção popular ativo/passivo, mas presente em uma variedade de relações e práticas se

---

(1) As distinções são aqui difíceis de perceber pois ambas as categorias de **entendido** e **gay** são ao mesmo tempo semelhantes e diferentes. Tanto Peter Fry quanto eu próprio já tivemos oportunidade de sugerir que a noção de **entendido** pudesse ser equiparada à noção de "gay person" existente no mundo industrializado ocidental. Tal noção, conforme pensávamos, teria sido importada para o Brasil durante os anos 70 por membros das classes médias que adotaram uma "identidade homossexual" modelada a partir da que se desenvolveu entre as comunidades gays americanas e europeias. Esta impressão é reforçada pelo fato de o termo gay (ocasionalmente escrito em português como "guei") foi trazido para o Brasil na mesma época. No entanto, o termo gay foi rapidamente reinterpretado. Seu significado distanciou-se dramaticamente do original, e o termo passou a ser utilizado frequentemente para designar os representantes mais efeminados de subcultura homossexual brasileira. **Entendido**, ao contrário, tem tido um referencial mais abrangente. Fry acredita agora que ele era usado bem antes da emergência de uma comunidade gay no hemisfério norte para designar qualquer um que conhecesse e tomasse parte em interações sexuais entre pessoas do mesmo sexo e também para designar a subcultura que se organizava em torno de tais interações [comunicação pessoal]. Parece-me que **entendido** continua a designar tanto indivíduos que se vêem conscientemente como **homossexuais** quanto os que não mantêm auto-imagem estritamente homossexual mas que se engajam uma vez ou outra em relações sexuais com indivíduos do mesmo sexo.

(2) Cf. Daniel, Herbert e Miccolis, Leila, Jacarés e lobisomens: dois ensaios sobre a homossexualidade. Rio de Janeiro: Achiamé Ed., 1983; Fry, P. e MacRae, E., O que é homossexualidade etc., op. cit.; e Trevisan, J.S., Devassos no paraíso etc., op. cit.

xuais entre parceiros de mesmo sexo. Assim, algumas vezes, opõe-se os **entendidos** aos **homens**, com toda implicação que tenham ou possam ter as interações sexuais mantidas entre eles. A **bicha** tradicional é descrita como o parceiro passivo do ativo **bofe** - homens masculinizados que fazem parte da subcultura dos **entendidos** (equivalente ao que se designa pelo termo stud, em inglês). O mesmo tipo de distinções tem sido aplicado para o mundo da prostituição masculina, onde uma linha divisória separa o "michê", estereótipo do homem, e o ambigualmente feminino **travesti**, figuras que comumente deslizam nas sombras das noites cariocas. Na verdade, a mesma dicotomia estrutura a percepção da presença cada vez mais visível da lésbica classificada mais tipicamente como **sapatão** (quase equivalente à noção inglesa de dyke, ou butch dyke) ou como **sapatilha**, (equivalente ao femme dyke inglês).

Este é o conjunto mais elaborado das personagens que começaram muito recentemente a povoar o drama da vida sexual das subculturas homossexuais na maioria das grandes cidades brasileiras (e crescentemente nas pequenas cidades também). Tal subcultura é caracterizada por sua flexibilidade e sua fluidez. Novas personagens estão constantemente entrando em cena, enquanto outros desaparecem silenciosamente. Além disso, os papéis que os atores desempenham são intercambiáveis devido ao fato de as distinções que parecem organizar a vida dentro desta subcultura serem passíveis de mudanças e rearranjos. Por um preço justo, qualquer cliente pode conseguir "comer" o **michê**; um **homem** casado pode "dar" ao **travesti**; ou o **travesti**, por sua vez, pode se ver envolvido numa relação sexual com um **sapatão**. Realmente, para esta subcultura e, creio, para a ideologia sexual brasileira como um todo, é central que as

categorias aparentemente mais fixas ou as mais absolutas possam sempre ser transformadas e que a rigidez das classificações sexuais possa ser relativizada e até invertida nas práticas eróticas concretas.<sup>1</sup>

## PRÁTICAS ERÓTICAS

Assim como é constituída social e culturalmente no Brasil - e, novamente, dentro da linguagem popular em oposição ao discurso de alcance mais restrito das várias elites -, a experiência erótica depende basicamente de dois conjuntos de distinções ou oposições inter-relacionadas: a distinção entre **proibição** e **transgressão**, de um lado, e a oposição entre experiência **pública** e **privada**, de outro. O fato de certos atos sexuais serem culturalmente definidos como permitidos e outros como proibidos não é uma novidade. Mais difícil de compreender, apesar de crucial, é que, da perspectiva brasileira, a noção mesma de proibição implica a possibilidade de transgressão, que não é menos culturalmente determinada. O abrandamento das normas públicas e opressivas na esfera privada é um fato vital para a compreensão das práticas eróticas no Brasil.

A natureza da distinção entre proibição e transgressão e entre público e privado é capturada com particular acuidade pela linguagem cotidiana ou pela cultura popular. Expressões como "entre quatro paredes tudo pode acontecer" ou "por baixo do pano tudo pode acontecer",

---

(1) Quando falo da "ideologia sexual brasileira" não quero sugerir que a experiência sexual de **todos** os brasileiros seja fundamentalmente a mesma. Meu argumento é que a diversidade sexual é produzida em um contexto ideológico partilhado pela maioria dos brasileiros. Não me ocupo aqui da singularidade e da diversidade: meu interesse recai sobre os padrões culturais mais amplos que literalmente tornam possíveis as singularidades e a diversidade, ajudando a estruturá-las por todo o país.

apesar de empregadas em relação a uma variedade de contextos, são percebidas pelos próprios brasileiros como claramente **sexuais** em sua origem. Embora tais expressões estejam sujeitas a uma grande variação quanto às palavras empregadas, o significado subjacente permanece o mesmo: a idéia de que o que se faz "escondido" não tem consequências frente ao mundo exterior.

Ora, "entre quatro paredes", "debaixo do pano" ou em qualquer outra situação em que se está "oculto" ou "fantasiado", torna-se possível encontrar uma liberdade de expressão sexual que seria explicitamente proibida lá "fora", no mundo público. Na liberdade da vida privada, nesses momentos de invisibilidade social, o brasileiro sugere que tudo pode acontecer, que tudo é possível. E o conceito de "tudo" é central nesse contexto; talvez seja mesmo o elemento revelador capaz de nos abrir as portas àquilo que os brasileiros chamam de "sacanagem".<sup>1</sup> Muito próximo das concepções populares sobre os papéis sexuais - e que, ao que parece, não respeita distinções regionais ou de classe social -, o conceito de "sacanagem" é uma categoria cultural extremamente complexa, não encontrando facilmente um termo que lhe corresponda em inglês.<sup>2</sup> No contexto em que nos movemos, ele poderia ser grosseiramente descrito como a categoria popular com a qual os brasileiros rotulam

---

(1) Da Matta, R., "Para uma teoria da sacanagem: uma reflexão sobre a obra de Carlos Zéfiro", Joaquim Marinho, ed., pp 22-39. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, 1983.

(2) **Sacanagem** possui uma variedade de significados que parecem distanciar-se de suas conotações sexuais, mas que, de fato, ligam-se a um tema único. **Sacanagem** pode se referir, por exemplo, à experiência de pequenas injustiças - como a que nos referimos em inglês quando dizemos ter sido "**screwed over**" ou "**fucked over**" por alguém ou alguma coisa. Sacanagem pode ainda ter o significado mais suave de ser importunado de brincadeira por um amigo. Em qualquer dessas situações, assim como em situações onde o significado referido é claramente sexual, sacanagem tem algo da ordem da **rebelião**, refere-se a alguma forma de transgressão, uma quebra nas regras do decoro e uma negação de alguma proibição social.

o universo da experiência erótica. Nesse universo, centrado nas significações pertinentes à vida privada, as práticas sexuais deixam de ser apenas expressão de um sistema de classificação sexual baseado na polaridade atividade/passividade ou na escolha do objeto sexual para se constituírem num fim em si mesmas. O significado das práticas sexuais não está aqui centrado na identidade individual ou em alguma verdade interior do **eu sexual**, mas sobre o **tesão** e o **prazer**. É ao "fazer tudo" (e mais precisamente aquilo que o mundo público proíbe com maior rigor) que se incorpora de forma acabada o ideal erótico da sacanagem.

A atenção colocada na realização de um prazer momentâneo reforça a fluidez do desejo sexual, que parece ser tão evidente na classificação dos papéis sexuais e na construção das práticas homossexuais. A ênfase no "fazer tudo" enquanto algo fundamental para a realização tanto do **tesão** quanto do **prazer** tem por consequência a ênfase na maior ampliação possível do repertório das práticas sexuais de cada um. Assim, formas elaboradas e variadas de jogos sexuais - com uma grande ênfase no sexo oral e, especialmente, no coito anal - têm lugar privilegiado ao lado do coito vaginal no script cultural básico das interações eróticas.<sup>1</sup> O processo de aprendizado do script para uma variedade de práticas sexuais é evidente na exploração sexual de crianças e adolescentes. É o caso, por exemplo, do jogo do "troca-troca", onde adolescentes intercambiam posições, cada um inserindo seu pênis no ânus do outro. Além disso, a interação sexual entre adolescentes dos dois se

---

(1) Para a idéia de scripts sexuais, ver Gagnon, John H., e Simon, William, Sexual Conduct: the social sources of human sexuality. Chicago: Aldine, 1973, e Simon, W. e Gagnon, J.H., "Sexual scripts, in Society 22 (1):53-60, 1984.

xos comporta uma vasta gama de práticas não-vaginais, particularmente o coito anal, para impedir tanto a gravidez indesejada quanto a ruptura do hímen, até hoje um importante signo da pureza sexual de uma mulher jovem.<sup>1</sup> É também amplamente reconhecido que homens, solteiros ou casados, podem procurar serviços de prostitutas pela razão comumente alegada de que profissionais pagos podem desempenhar uma variedade de atos sexuais a que uma esposa ou mãe de família poderia se recusar.<sup>2</sup>

Em resumo, esse conjunto de idéias delineia um universo erótico baseado na transgressão das normas públicas através de uma reminiscência brincalhona do carnaval. As transgressões que fazem parte da experiência sexual da adolescência de cada um e as excitações que produzem podem assim ser encontradas de novo e repetidamente durante a vida. Elas minimizam os efeitos das proibições sexuais e transformam os prazeres polimorfos, como o sexo oral ou anal, em parte importante das relações sexuais até mesmo entre heterossexuais casados. Estes atos, junto do **tesão** (ou excitação), considerado subjacente a eles, e do **prazer** (ou diversão), entendido como seu objetivo final, são tanto uma construção cultural brasileira da realidade como o é a classificação dos papéis sexuais em **homens e mulheres, veados ou bichas, heterossexuais, homossexuais e bissexuais, entendidos, bofes, michês, travestis, sapatões** etc. Estas categorias e a ideologia erótica que venho discu

---

(1) Willems, Emílio, "The structure of the Brazilian family", in: *Social Forces* 31 (4):339-345, 1953.

(2) Sobre a prostituição no Brasil ver: Fonseca, Guido, *História da prostituição em São Paulo*. São Paulo, Ed. Resenha Universitária, 1982; Freitas, Renan Springer de, *Bordel, bordéis: negociando identidades*. Petrópolis: Vozes Ed., 1985; e ainda Gaspar, Maria Dulce, *Garotas de programa: prostituição em Copacabana e identidade social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.

tindo proporcionam um referencial que precisa ser considerado para que a epidemiologia da AIDS ou seu controle efetivo adquira algum sentido.

## PREVENDO O FUTURO E RESPONDENDO À DOENÇA

As categorias e idéias que, culturalmente, delimitam o atual universo sexual brasileiro não podem, é claro, ser confundidas com o comportamento sexual real, responsável, apesar de tudo, pelo modo através do qual o HIV é com mais freqüência transmitido. Enquanto cientistas sociais, reconhecemos freqüentemente em nossos trabalhos a grande discrepância, e, às vezes, a contradição, existente entre as construções ideológicas e o comportamento observado. Graças ao detalhado trabalho estatístico de Kinsey e seus colegas nos Estados Unidos,<sup>1</sup> a existência destas discrepâncias foi avaliada com exatidão para a área da atividade sexual.<sup>2</sup> Mas mesmo entre os seguidores de Kinsey, o interesse pelo comportamento, dominante nas pesquisas sobre a sexualidade dos anos 40 e 50, conduziu à constatação de que a prática sexual, como qualquer comportamento humano, é aprendida dentro da sociedade, ou seja, comportamentos sexuais são também social e culturalmente organizados e prescritos.<sup>3</sup>

---

(1) Kinsey, A. et al., Sexual behavior in human male. Philadelphia, W.B. Saunders, 1948; e, dos mesmos autores, Sexual behavior in human female. Philadelphia: W.B. Saunders, 1953.

(2) Como já foi dito, nenhum estudo estatístico sobre práticas sexuais foi feito no Brasil. As poucas tentativas nesse sentido foram implementadas por médicos e cientistas que organizaram seus questionários mediante o modelo médico-científico, e não a cultura popular. É o caso, por exemplo, de Santa Inez [Hábitos e atitudes sexuais etc., op.cit.].

(3) Veja-se em particular Gagnon, e Simon, [Sexual Conduct etc. op. cit.], que trabalharam no Instituto Kinsey; Plummer, K., Sexual stigma: an interactionist account. London: Routledge & Kegan Paul, 1975 e "Symbolic interactionism and sexual conduct: an emergent perspective in Human sexual relations: towards a redefinition of sexual politics Mike Brake ed., pp.223-241. New York: Pantheon Books, 1982; e, finalmente, Weeks, J., "Discourse, desire and sexual deviance: some problems in a history of homosexual etc.", in The Making of the modern homosexual. Kenneth Plummer eds., pp.76-111. Totowa, NJ: Barnes & Noble, 1981.

Conseqüentemente, se aceitamos o fato de as configurações culturais examinadas aqui - assim como quaisquer outros sistemas culturais - funcionarem como modelos da e para a realidade, então sua influência na vida de cada um e, particularmente, seu impacto na trajetória da epidemia da AIDS não devem ser ignorados.

Na verdade, para qualquer indivíduo familiarizado com o perfil epidemiológico da AIDS e com as complexas questões colocadas em torno da sua prevenção e tratamento, as conseqüências das várias dimensões da cultura sexual brasileira sobre a doença são evidentes. Mesmo assim, vale a pena articulá-las tão claramente quanto possível. Irei agora apontar basicamente o impacto potencial dessa configuração ideológica sobre três áreas cruciais e interdependentes de problemas: 1) a transmissão do vírus (HIV) na população brasileira; 2) a educação do público brasileiro sobre AIDS e sobre a redução dos riscos, e 3) o cuidado e o tratamento dos pacientes de AIDS, incluindo a resposta institucional e organizada frente aos problemas práticos que começam a surgir com o crescimento da epidemia.

### **TRANSMISSÃO DA DOENÇA**

Embora a AIDS pareça ter entrado inicialmente no Brasil através de uma série de contatos sexuais entre pessoas do mesmo sexo, permanecendo estreitamente ligada à subcultura homossexual, a probabilidade de este quadro permanecer inalterado é remota. Pelo contrário, o caráter polimorfo do desejo e, em particular, a estrutura flexível das práticas homossexuais e da subcultura homossexual no Brasil fazem a caracterização dos homossexuais enquanto grupo de "alto risco" questionável a longo prazo. Sugiro que a validade epidemiológica des

ta caracterização se romperá muito mais rapidamente no Brasil que na Europa ou nos Estados Unidos. As múltiplas interconexões que parecem ligar **veados** e **homens, entendidos** e **michês, travestis** e **michês, entendidos** e **homens** e por último **homens** e **mulheres** são muito complexas e intrincadas para serem mantidas dentro dos limites da visão simplista sobre as práticas sexuais presente no pensamento epidemiológico atual. Nesse sentido, é interessante observar que, já em dezembro de 1986, mais de 20% dos pacientes com AIDS tratados em hospitais do Rio de Janeiro eram classificados (nos termos das categorias médico-científicas) como bissexuais. Percentagem quase dez vezes mais elevada que a registrada na maioria dos hospitais da Europa e Estados Unidos.<sup>1</sup>

Este panorama se complica ainda mais, acredito, pela prática disseminada do coito anal entre homens e entre homens e mulheres. O coito anal é fundamental nas interações entre pessoas do mesmo sexo no Brasil, quaisquer que sejam as identidades sexuais específicas dos participantes. Além do mais, como já vimos anteriormente, nas comunidades gays que se desenvolvem nas grandes cidades, os participantes desta modalidade de coito estão cada vez mais frequentemente trocando seus papéis. Por outro lado, o coito anal parece ser uma prática comum no relacionamento sexual entre homens e prostitutas e também faz parte integrante da vida sexual de muitos casais heterossexuais. Embora não exista no Brasil nada comparável aos estudos de Kinsey que pudesse ser utilizado para aferir a frequência destas práticas, vale a pena mencionar uma pesquisa recente feita no Brasil sobre o as

---

(1) Costa, Terezinha, "AIDS deixa grupo de risco e atinge mulher e criança: bissexuais são responsáveis pela disseminação indiscriminada do vírus", Jornal do Brasil, dezembro 14:18.

sunto. Baseado em 5.000 entrevistas realizadas junto a homens e mulheres em todo o país, o estudo demonstrou que mais de 50% dos entrevistados do Rio de Janeiro e mais de 40% dos entrevistados no resto do país confessam a prática do sexo anal, ao menos ocasionalmente.<sup>1</sup>

Uma vez que o coito anal tem sido apontado como um dos principais veículos de transmissão da AIDS,<sup>2</sup> os dados culturais e de comportamento apresentados ganham importância particular para a compreensão da epidemiologia da doença no Brasil. Embora não haja qualquer evidência conclusiva, alguns pesquisadores acreditam que, sendo o muco anal menos resistente à fricção que o da vagina, fissuras microscópicas podem ocorrer durante o coito anal, o que facilitaria a entrada direta de esperma na corrente sanguínea, colocando, desse modo, em sério risco o chamado parceiro passivo. De maior resistência, os tecidos da parede vaginal são considerados uma barreira mais efetiva contra a transmissão sexual do vírus.<sup>3</sup> Desse modo, no Brasil a prática do coito anal, aparentemente comum tanto entre homens quanto entre mulheres e homens, torna o panorama epidemiológico da AIDS completamente distinto, se comparado ao da Europa e dos Estados Unidos. Especificamente, o padrão da relação anal modifica de modo significativo a definição do que seja grupo de "alto risco" no Brasil, podendo acelerar a expan

---

(1) Santa Inez, A.L. de, Hábitos e atitudes sexuais dos brasileiros etc., op. cit.

(2) Cf. Johnson, Edwards S. e Vieira, J., "Causers of AIDS: Etiology". In: AIDS: facts and issues, Victor Gong and Norman Rudnick, eds., pp. 25-33. New Brunswick NJ: But University Press.

(3) Johnson, E.S. e Vieira J., "Causes of AIDS: etiology" etc. op. cit.; Patton, C. Sex and germs etc., op. cit., e, também, Veja ["A multiplicação do mal: a AIDS se espalha"] Agosto 14:56-69.

são da AIDS por toda a população.<sup>1</sup>

## EDUCAÇÃO PÚBLICA SOBRE AIDS

Com a esperança de uma vacina efetiva ainda frustrada, a educação pública e o uso do chamado "sexo sem risco" provaram ser os meios mais eficazes para limitar a expansão da AIDS. Tanto nos Estados Unidos quanto na Europa, dada a insuficiência de recursos e de apoio governamentais, a eficácia das medidas de prevenção e educação tem dependido em larga medida da preexistência de uma comunidade gay possuidora de sofisticadas instituições médicas e de vários jornais, capazes de atingir não só uma audiência composta de homossexuais assumidos (o "grupo de alto risco"), mas também uma audiência mais vasta, fora das fronteiras da comunidade gay.

A informação transmitida por estas instituições tem influenciado as práticas sexuais concretas devido ao desenvolvimento gradual de uma noção de risco por parte

---

(1) Há ainda debates entre médicos e cientistas ao menos quanto às nuances de todos esses problemas. Alguns estudos tendem a minimizar o risco do intercurso passivo ou receptivo anal [ver, por exemplo, Darrow, William W. et al., "Passive anal intercourse as risk factors for AIDS in homosexual men". *Lancet* 2(8342):160,1983], enquanto outros o confirmam com veemência [Jeffries, E. et al., "The Vancouver lymphadenopathy - AIDS study: 2. seroepidemiology of HTLV-III antibody. *Canadian Medical Association Journal* 132 (12): 1373-1377, 1985]. O coito anal, ativo ou passivo, tem sido considerado cada vez mais frequentemente uma prática especialmente arriscada e continua a receber maior atenção que o coito vaginal [Darrow, W.W. et al., "Risk factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) - infections in homosexual men. *American Journal of Public Health* 77(4), 1987], embora o vírus da AIDS já tenha sido isolado nos líquidos cervicais e/ou vaginais e já tenham sido documentadas infecções através de "coito vaginal normal" [Ver Wofsy et al., "Isolation of AIDS - Associated retrovirus from genital secretions of women with antibodies to the virus". *Lancet* 1 (8480):527-529, 1985. Centers of Disease Control: Heterosexual transmission of Human T. Lymphotropic Virus Type III/ Lymphadenopathy. Associated Virus, Morbidity and Mortality Weekly Report 34 (37):561-563, 1985]. Em resumo, várias modalidades de práticas sexuais podem transmitir o vírus, mas não há dúvida sobre a seriedade do risco de transmissão através do coito anal, o que pode ter graves consequências no caso do Brasil.

do público e uma subsequente vontade de transformar a estrutura das práticas eróticas em resposta aos riscos percebidos.<sup>1</sup>

No caso do Brasil, embora já exista uma subcultura distinta, organizada em torno dos desejos e das práticas sexuais entre indivíduos do mesmo sexo, não há uma comunidade homossexual bem organizada, com suas próprias instituições e publicações. Embora folhetos sobre "sexo sem riscos" tenham sido publicados pelos grupos gays no Brasil, seu impacto tem sido limitado.<sup>2</sup> Em geral, estes folhetos são orientados para um grupo limitado de homossexuais assumidos, e não para uma população mais ampla engajada em práticas sexuais consideradas de alto risco. A falta de sensibilidade frente à especificidade da cultura sexual brasileira também se manifesta na publicação de panfletos informativos que, em sua maioria, são traduções diretas daqueles distribuídos ao público nos Estados Unidos. Na verdade, a noção mesma de "sexo sem riscos", encontrada em tais panfletos, vai contra a ênfase brasileira do "fazer tudo", com todas as suas excitantes e perigosas conotações.

Por conseguinte, no Brasil parece impossível obter resultados significativos a partir do uso de matérias semelhantes, mais orientadas à **identidade sexual** que ao comportamento e que ignoram o papel da cultura na elaboração de uma experiência erótica prazerosa e significativa. Mesmo contando com uma campanha que seja sensível às especificidades culturais, nada talvez limite tão

---

(1) Patton, C., Sex and germs etc., op. cit.

(2) Cf. Isto é [mais cuidados, menos medo] julho 31:47, 1985; e ainda Trevisan, J.S., Devassos no paraíso etc. op. cit.

seriamente o controle do impacto potencial da AIDS no Brasil quanto a contínua negação por parte da grande maioria de população dos perigos que a doença representa. A questão da negação da doença, acredito, é fundamental se considerarmos tanto os indivíduos quanto a sociedade brasileira como um todo em sua busca de meios para elaborar os problemas colocados pela AIDS. Apesar da evidência epidemiológica dos fatos, grande parte dos brasileiros aceita a profundamente simplista caracterização da doença, que, como vimos, foi importada e imposta sem críticas à realidade brasileira. Indivíduos envolvidos em práticas sexuais com parceiros do mesmo sexo, quaisquer que sejam os papéis sexuais com os quais se percebam, consideram a AIDS uma doença do mundo desenvolvido, e negam os seus perigos potenciais através de inúmeras racionalizações. Alguns de meus informantes sugeriram que o sangue dos brasileiros provaria ser forte o bastante para resistir ao vírus. Outros sugeriam serem alguns cuidados higiênicos depois das relações sexuais a chave para uma boa saúde. Outros ainda, particularmente envolvidos no movimento homossexual, acreditavam que os efeitos da AIDS estavam sendo historicamente exagerados e que a doença era apenas mais um novo ataque da sociedade brasileira contra os homossexuais.<sup>1</sup>

Se geralmente as pessoas envolvidas em práticas sexuais com parceiros do mesmo sexo procuram negar os riscos específicos da AIDS, os brasileiros não envolvidos ou pouco envolvidos em tais práticas teimam em negar que a doença possa ameaçá-los pessoalmente, considerando-a uma "praga gay", afetando exclusivamente os homossexuais

---

(1) Veja [A multiplicação do mal] etc., op. cit.

(sem procurarem saber exatamente o que tal expressão significa). Esta percepção tem sido reforçada de várias maneiras. Algumas autoridades médicas têm disseminado irresponsavelmente informações não-verdadeiras sobre a doença, ao mesmo tempo em que defendem uma redução dos direitos civis dos homossexuais.<sup>1</sup> Relatos da mídia popular também caracterizam a doença sensacionalisticamente e diminuem sua importância como um problema de saúde pública no Brasil.<sup>2</sup> Todas essas formas de negação do mal acabam resultando na instauração de uma distinção absoluta entre "eu" e "outro" e entre "nós" e "eles". Operando sobre os preconceitos e estigmas próprios à sociedade brasileira, elas simplesmente ignoram o impacto que a AIDS seguramente terá sobre a população brasileira como um todo.

#### **TRATAMENTO DA AIDS**

Atribuir a doença e o contágio a pessoas concretas prepara o caminho para que ocorram inúmeras crueldades e desumanidades. Não é difícil exemplificar os dramas que ocorrem no Brasil, como em outras partes do mundo: um jovem de 24 anos deitado sem cuidados numa maca por um dia inteiro enquanto sua família luta para que ele seja admitido no Hospital de Clínicas de São Paulo.<sup>3</sup> Outro, com 35 anos, perseguido e expulso de uma pequena cidade de Minas Gerais, sob ameaça de ser queimado vivo pela população;<sup>4</sup> uma mulher de 24 anos, retornando do Rio, onde trabalhara como empregada doméstica e contraiu AIDS, para Minas e sendo rejeitada por sua própria famí

---

(1) Trevisan, J.S. Devassos no paraíso, etc. op.cit., pp 225-226.

(2) Idem.

(3) Veja [Primeira vítima] setembro 4:109-110, 1985.

(4) Veja [A multiplicação do mal] etc., op.cit.

lia.<sup>1</sup> Inúmeros outros casos poderiam ser facilmente citados. Tão perturbador quanto possam parecer tais casos individuais de desumanidade, eles são ínfimos e insignificantes em comparação com os problemas que se pode esperar no futuro com a administração da epidemia e frente aos quais as autoridades brasileiras até o momento pouco alcançaram. O governo brasileiro e a comunidade médica do setor privado<sup>2</sup> tendem a subestimar o perigo que a epidemia da AIDS representa para a saúde pública no Brasil. Ministro da Saúde até fevereiro de 1986, Carlos Santana declarou: "Nós estamos discutindo uma doença que é séria, mas que não é uma prioridade."<sup>3</sup> É preciso reconhecer que, do ponto de vista do ministro Carlos Santana, essa declaração é até compreensível. Funcionários que administram programa de saúde para uma nação que ainda sofre os efeitos de doenças endêmicas e epidêmicas que atingem milhões de pessoas podem muito bem considerar algumas poucas centenas de casos de AIDS algo insignificante frente ao número de chagásicos, tuberculosos e vítimas da malária. Somente tais doenças envolvem a vida de milhões de pessoas.<sup>4</sup>

Apesar da vastidão dos problemas de saúde do Brasil, um número importante de pessoas já se engajou no combate à AIDS. Um Programa Nacional de Combate à AIDS foi lançado para reunir os pesquisadores do assunto e permitir que acompanhem a disseminação da doença, organizem tratamentos e eduquem o público. Planos para amplos progra

- 
- (1) Silva, E., "A doença maldita". Jornal do Brasil, jan.11:6-7.
  - (2) Cf. Riding, A., Fright Grips Brazil as AIDS cases Suddenly Rise. New York Times, agosto 25:4, 1985; do mesmo autor, Brazil Called lax in AIDS treatment. New York Times, dezembro 14:30, 1986; e ainda Veja [A multiplicação do mal etc.] op.cit.
  - (3) Cf. Riding, A., Fright Grips Brazil etc. op.cit, e Brazil Called lax etc., op.cit.
  - (4) Sales, S., "Verbas para AIDS não acompanham a incidência". Jornal do Brasil, julho 24, 1986.

mas educacionais e a vigilância de todos os bancos de sangue já foram anunciados, bem como uma legislação nacional proibindo qualquer discriminação contra as vítimas de AIDS.<sup>1</sup> Entretanto, os 5 milhões de cruzados (aproximadamente 363.000 dólares) alocados pelo ministro da Saúde para o Programa Nacional em 1986 ficaram bem abaixo dos 31 milhões de cruzados (aproximadamente 2.251.000 dólares) que se acreditava necessários para fazer face a todos os problemas.<sup>2</sup> Hospitais particulares ainda se recusam a aceitar pacientes com AIDS, e os hospitais universitários, responsáveis pela maioria dos casos, estão superlotados. Dada a presente situação, a expansão da AIDS não terá seu curso interrompido no Brasil e, ao que parece, assim permanecerá nos próximos anos.

## CONCLUSÕES

Minhas conclusões sobre a epidemia da AIDS no Brasil são necessariamente provisórias. Embora os parâmetros culturais pareçam claros, o mesmo não ocorre com o comportamento que lhes é correlato. Em parte esse fato é uma decorrência da dificuldade em se obter dados precisos sobre práticas sexuais em geral. Além disso, esforços para coletar tais dados em termos dos padrões da cultura sexual brasileira são praticamente inexistentes.

Mesmo sendo preliminares, os resultados de minha pesquisa, centrada sobre alguns aspectos da cultura sexual brasileira até então negligenciados, levantam uma série de importantes questões conceituais e práticas. Es

---

(1) Cf. Riding, A., Brazil called lax etc., op. cit.; e Sales, S.; Verbas para a AIDS etc., op. cit.

(2) Cf. Sales, S. Verbas para AIDS etc., op. cit.

pecificamente, a pesquisa tem implicações para a saúde pública no Brasil, para a compreensão da AIDS dentro de uma perspectiva transcultural e, mais amplamente, para o papel da análise cultural em pesquisas epidemiológicas relativas a problemas de saúde tão importantes quanto a AIDS.

Desde logo, parece claro que um exame mais cuidadoso do contexto cultural brasileiro nos leva a concluir que os problemas de saúde colocados pela AIDS no Brasil são potencialmente mais abrangentes e sérios do que se tem pensado até aqui, e, não menos importante, que as ações empreendidas pelas autoridades de saúde brasileira são inadequadas em relação à crise que potencialmente temos à frente. O Brasil está enfrentando uma doença epidêmica potencialmente tão devastadora quanto qualquer outro dos sérios problemas de saúde pública já existentes no país. Infelizmente, a combinação dos preconceitos, da não-existência de planejamento a longo prazo e da instabilidade econômica deixa a sociedade brasileira inteiramente despreparada para enfrentar este desafio. Mudanças na atitude das autoridades e da população em geral com relação à AIDS devem ser feitas, e muito rapidamente.

Além de apontar para a necessidade de uma maior atenção aos problemas de saúde pública que a expansão da AIDS colocará, esta pesquisa revela várias características particulares ao caso brasileiro que não foram até agora incorporadas pelos dois modelos dominantes usados para descrever as manifestações da AIDS internacionalmente. É fundamental levarmos em conta tais diferenças se queremos ter um conhecimento mais completo sobre a AIDS enquanto fenômeno transcultural. É tentador sugerir o ca

so do Brasil como um possível terceiro modelo a ser agregado ao que se desenha para as nações industrializadas do Ocidente e para as nações da África Central. Mas além de simplesmente adicionar um outro modelo, tenho esperança de que uma investigação mais acurada do caso brasileiro possa nos ajudar a desmontar os modelos existentes. Em resumo, a "alternativa brasileira" pode-nos ajudar a analisar os próprios modelos não como realidades científicas, objetivas, mas como construções culturais.

A "desconstrução" destes modelos explicativos da doença deverá, por outro lado, apontar novas direções para a análise. Talvez, antes de mais nada, nos mobilize na direção de investigações mais detalhadas sobre casos específicos, como o do Brasil, permitindo compreender as manifestações da AIDS em diferentes contextos sócio-culturais. Partindo, como não poderia deixar de ser, de categorias e de classificações locais, estes estudos podem nos facultar a elaboração de um conhecimento mais amplo sobre a AIDS baseado mais numa interpretação das diferenças transculturais do que nos pressupostos da ciência médica ocidental. Dadas as dimensões que a AIDS tem assumido internacionalmente, é imperativo, para combatê-la mais efetivamente, que modelos mais generalizáveis possam ser elaborados. Como em toda pesquisa antropológica de qualidade, o caminho para o geral só pode ser percorrido através da atenção cuidadosa ao particular.<sup>1</sup> Assim, através do incremento do número e da sofisticação dos estudos específicos sobre a AIDS em situações particulares, será possível construir com maior

---

(1) Geertz, G., The interpretation of cultures. New York: Basic Books, 1973 e Parker, R., "From symbolism to interpretation: reflections on the work of Clifford Geertz. In: Anthropology and Humanism Quarterly, 10(3):62-67.

rapidez o modelo explicativo e de intervenção mais abrangente que se faz necessário.

Finalmente, se considerarmos a contribuição que a análise cultural pode trazer para a pesquisa epidemiológica da AIDS, seremos levados a pensar as doenças em sua realidade a um só tempo biológica e sócio-cultural. De fato, precisamente por colocar em contato **doença** e **sexualidade**, a AIDS é simultaneamente um fenômeno biológico e sócio-cultural. Para entendermos a AIDS e combatê-la, é necessário, portanto, confrontá-la tanto em termos biomédicos quanto em termos sócio-culturais.

B

PATENTES E A PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS  
NO BRASIL; CONTRADIÇÕES DO DEBATE  
BRASIL - ESTADOS UNIDOS

CID MANSO DE MELLO VIANNA

# PATENTES E A PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL: CONTRADIÇÕES DO DEBATE BRASIL - ESTADOS UNIDOS

---

---

CID MANSO DE MELLO VIANNA \*

## RESUMO

Um dos principais instrumentos no fomento da indústria farmacêutica brasileira tem sido a não adoção do regime internacional de patentes para produtos e processos de produção de medicamentos. Embora não tenha impedido a desnacionalização do setor, esta política, foi posta em xeque pelo governo dos Estados Unidos, sob a alegação de prejuízos financeiros para as firmas norte-americanas. Na medida em que nenhum dos dois lados parece ter razão, este artigo procura analisar as verdadeiras causas desta contradição e da disputa Brasil/EUA.

## 1. INTRODUÇÃO

Um dos principais instrumentos advogados, nestes últimos vinte anos, na promoção da indústria farmacêutica nacional, tem sido a manutenção do decreto-lei 1005 de 21/10/1969, que revoga qualquer forma de patente, seja em produtos ou em processos de produção, na fabricação de medicamentos. A idéia disseminada entre pesquisadores, em

---

(\*) Professor do Instituto de Medicina Social da UERJ e doutorando em Economia pelo Instituto de Economia Industrial da UFRJ.

presários e burocratas do governo é de que só assim as empresas brasileiras encontram as bases necessárias para a implantação de um parque nacional de produção de fármacos. E, como corolário, a anulação deste decreto-lei tenderia a agravar a situação existente de dependência e de desnacionalização do setor.

Com a recente denúncia de retaliação pelo governo americano, na ordem de 50 milhões de dólares, devido ao não-reconhecimento do sistema de patentes em áreas consideradas prioritárias (para a informática adota-se a mesma filosofia), essa diretriz da política industrial brasileira foi novamente posta em xeque. A alegação é de que este procedimento tem trazido um crescente prejuízo às firmas norte-americanas. Ao Brasil, resta então reiniciar uma outra rodada de negociações bilaterais, procurando manter a sua posição contrária à adoção de patentes, levando a discussão para o GATT (acordo geral sobre tarifas e comércio), ao mesmo tempo em que busca convencer o governo dos Estados Unidos a adiar, ou ainda a cancelar, toda a represália contra o seu comércio externo.

Entretanto, para uma melhor compreensão desta questão é fundamental se avaliar a eficácia, tanto para o lado brasileiro quanto americano, com que os objetivos propostos pela ausência ou não deste mecanismo são alcançados. Assim, para o Brasil, o que importa verificar é se a indústria local tem conseguido um grau efetivo de proteção, e se o seu progresso tem se dado de forma adequada. Como a produção de medicamentos é caracterizada por uma total dependência tecnológica e uma quase completa falta de investigação científica, além de o mercado nacional ser dominado por empresas multinacionais,<sup>1</sup> o resultado aparen

---

(1) A estimativa é de que aproximadamente 80% do mercado produtor nacional sejam compostos de firmas de origens estrangeira, sendo que em alguns estágios essa dependência atinge 100%. Ver por exemplo Frenkel, J. et alii, Tecnologia e Competição na Indústria Farmacêutica, FINEP, Rio de Janeiro, 1978.

te é que esta política não tem atingido a sua meta. Por outro lado, o mercado brasileiro é reconhecidamente um dos vinte maiores consumidores de remédios do mundo, onde desde a Segunda Guerra Mundial o setor farmacêutico tem apresentado as mais altas taxas de lucro de todos os ramos industriais. Portanto, a reclamação americana parece não ter fundamento. Por que motivo então os dois países se mantêm presos com obstinação às suas posições? A resposta não é simples e depende de uma série de fatores, que se encontram desenvolvidos nos itens a seguir, ou seja: as características da indústria farmacêutica; a sua história e o papel que a patente de novas drogas teve ou tem neste desenvolvimento; e as barreiras à produção dos medicamentos no Brasil.

## 2. CARACTERÍSTICAS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Da produção ao consumo de medicamentos, as atividades da indústria farmacêutica são divididas normalmente em quatro fases nitidamente diferenciadas entre si:

- A pesquisa e o desenvolvimento de agentes terapêuticos;
- A produção industrial dos fármacos;
- A produção industrial dos medicamentos;
- A distribuição e comercialização dos produtos finais.

A fase de P e D<sup>1</sup> compreende não só a identificação e a síntese de novas substâncias quimicamente ativas e eficazes no tratamento, prevenção ou diagnósticos de doenças, como também todas as necessidades de estudos de farmacologia clínica, de farmacocinética e de toxicologia. Nesta etapa, a identificação das drogas com valor terapêutico ocorre através de observações ao acaso, de triagem empírica, de extração de fontes naturais e modificações mo

---

(1) No decorrer do texto utilizarei P e D para "pesquisa e desenvolvimento de agentes terapêuticos".

leculares. O medicamento nascente é submetido, neste processo, a uma série de testes com o objetivo de determinar e aperfeiçoar o seu funcionamento, a sua toxicidade e suas qualidades clínicas e efeitos colaterais, quando ingeridos por pacientes humanos, a fim de verificar o cumprimento das normas legais estabelecidas pelos órgãos públicos.

Os recursos financeiros demandados por esta atividade são bastante significativos e representam montantes da ordem de 10 milhões de dólares, dos quais dois terços na pesquisa básica e o restante no seu desenvolvimento, correspondendo a mais de 10% do faturamento global da indústria. Além disso, entre a descoberta, o aperfeiçoamento e o início da sua comercialização tem-se, em média, um prazo que vai de sete a dez anos. Não é de se admirar, portanto, a existência de um alto grau de concentração geográfica das atividades de P e D no mundo. Assim, apenas cinco países - EUA, Inglaterra, França, Alemanha Ocidental e Suíça - foram responsáveis por aproximadamente mais de 80% das drogas lançadas até 1975 no mercado norte-americano.

Já a segunda etapa inclui desde a produção em planta-piloto até o projeto e a construção e operação de plantas industriais, utilizando-se de rotas tecnológicas distintas: a fermentativa, a química e, mais recentemente, a biotecnológica. É neste momento que se encontra, pelo menos no nível teórico, a grande vantagem para um país, com uma indústria farmacêutica atrasada tecnologicamente, em não reconhecer as patentes de processo do setor. Isto porque todo o gasto, em recursos e tempo, no desenvolvimento do produto pode ser simplificado através da escolha e da reprodução de alternativas comercialmente com

provadas.

A produção industrial de medicamentos, no seu sentido estrito, é o estágio produtivo onde se processam as transformações físicas dos agentes terapêuticos, em formas capazes de permitir a absorção dos produtos pelos consumidores, incluindo-se aí as associações e os modelos de apresentação comercial - comprimidos, cápsulas e pomadas, por exemplo. A técnica de produção não é complexa, e o maior grau de sofisticação exigido encontra-se ao nível de controle de qualidade do produto fabricado. Por conseguinte, a produção de medicamentos terminados está amplamente generalizada, com um grande número de países subdesenvolvidos já atingindo uma posição de auto-suficiência.

O último segmento característico é o que relaciona as atividades de distribuição e de vendas dos medicamentos. Neste sentido, os compostos éticos, responsáveis pela maior parcela do faturamento do setor, ao contrário dos considerados populares, que podem ser comercializados sem a prescrição de receitas médicas, não podem ser objeto de propaganda em veículos de comunicação de massa, como a televisão. Portanto, o principal esforço de venda dos laboratórios orienta-se para a classe médica, tornando-se assim um elemento básico na concorrência por novos mercados.

Os meios utilizados são diversos: compreendem a visita de propagandistas, mala direta, anúncios em revistas especializadas, distribuição de amostras grátis, financiamento de congressos, apoio a sociedades científicas e encomenda de pesquisas junto à classe médica. Estes gastos são de tal forma elevados que na maioria das vezes só o custo dos salários e das comissões de vendas repre

senta mais da metade das despesas comerciais.<sup>1</sup>

A partir dessa caracterização, é possível classificar os países de acordo com a presença da indústria em um ou mais segmentos produtivos. Assim, os países presentes no estágio evolutivo I são aqueles "que estão na vanguarda de investigação química e farmacológica... (onde) a infra-estrutura de investigação acadêmica, o nível de sofisticação e complexidade do aparelho regulatório estatal e vários outros núcleos comunitários relacionados com o desenvolvimento do setor fármaco-químico têm seguido um processo de amadurecimento inter-relacionado e simultâneo".<sup>2</sup>

As nações do estágio evolutivo II têm uma indústria de medicamentos já consolidada, capaz de formular e sintetizar algumas substâncias quimicamente ativas, utilizadas para a formulação de produtos finais de especialidades terapêuticas. A importação destes produtos finais é quase nula, mas o setor ainda é bastante dependente de matérias-primas de origem externa. As atividades da primeira fase, de pesquisa e desenvolvimento, são marginais e não produzem impacto sobre a estrutura produtiva.

No terceiro estágio encontram-se os países onde existe uma pequena indústria nascente, voltada para a produção de medicamentos, com um nível de complexidade inferior ao anterior. O setor é completamente dependente de fonte externa para suprir as suas necessidades de matérias-primas. Por fim, o quarto e último estágio refere-se

---

(1) Para maiores detalhes, ver Kupfer, D. et alli, A Indústria de Biofármacos no Brasil, texto não publicado, Rio de Janeiro, 1982.

(2) Katz, Hacia una Estrategia Industrial y Tecnológica en el Campo Farmacológico Ibero Americano, CEPAL-ICI-OPS, mimeo, Buenos Aires, 1984, pp. 2 e 3.

àquelas nações que não têm uma produção de especialidades terapêuticas e a oferta de medicamentos é função exclusiva da importação.

A indústria farmacêutica nacional encontra-se, há alguns anos, na segunda fase produtiva, embora não se consiga ver no horizonte a possibilidade da sua passagem para o segmento mais avançado. Por que este quadro tem se mantido, independente da não-aceitação do sistema de patente e também da intervenção estatal no setor, via a Central de Medicamentos (Ceme)? A resposta depende da existência de barreiras à entrada de novas firmas no mercado, cujo significado, no entanto, está correlacionado com a própria história do desenvolvimento da indústria.

### **3. ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS**

No passado, a descoberta de novos remédios dependia do acaso e da sorte. Virtualmente, as drogas descobertas eram derivadas, antes do século XIX, de experimentos realizados com ervas e plantas. A eficácia destas drogas dependia de testes de acertos e, na maioria das vezes, dos erros encontrados. Desta época, uns poucos medicamentos são ainda utilizados, como por exemplo o ópio e o óleo de ricino, que já eram conhecidos desde o Egito antigo.

O passo seguinte na produção de medicamentos se deu no século XIX, quando os cientistas procuraram entender os princípios ativos das substâncias naturais e sintetizar algumas drogas que se baseavam nelas. Das principais descobertas deste método estão a aspirina (originada da casca do salgueiro), a morfina e a heroína (ambas resultantes do ópio).

A terceira etapa aconteceu no fim do século XIX, quando o farmacologista Paul Ehrich descobriu, quando analisava a capacidade de absorção do chumbo de diferentes tipos de tecidos, que algumas substâncias tinham uma toxicidade seletiva contra determinados agentes infectantes. A partir deste momento, o problema estava em descobrir "quais os compostos químicos que, tendo afinidade específica com determinados agentes infecciosos, ou determinadas células, atuariam diretamente sobre a causa do mal, e não sobre os sintomas."<sup>1</sup> O trabalho de pesquisa de Ehrich dirigiu-se, então, para a seleção de substâncias que apresentassem afinidades particulares com parasitas e suas toxinas, de acordo com o uso de corantes que têm uma relação histológica seletiva. Assim, deste trabalho surgiram os primeiros remédios tais como: o vermelho de trypan, destruidor do tripanossoma da doença do sono (1904); e o salvarsam, que parecia ser eficaz contra a sífilis (1910). Mais importante do que estas descobertas era a idéia de que, a partir da química, podia-se fabricar compostos artificiais anti-tóxicos e antibióticos.

A partir deste momento estavam lançadas as bases para o aparecimento de uma indústria farmacêutica. Uma série de novas descobertas foi aparecendo, como o prontosil vermelho (1933), que inicia a família das sulfamidas, das quais se deriva a penicilina (1939), que já foi considerada um dos maiores triunfos do nosso tempo. Mas, ao mesmo tempo em que nascia, a quimioterapia moldava o perfil de desenvolvimento da indústria. A busca de novas substâncias ativas e as atividades de pesquisa

---

(1) Canguilhem, G. Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida. Edições 70, Lisboa, 1977, p. 63.

tornaram-se necessárias e constantes. Os altos custos e incertezas envolvidos neste processo faziam com que o esforço principal em revelar novas drogas estivesse centralizado nas universidades e nos centros públicos de pesquisa. Não tinha se constituído ainda na indústria a primeira fase de produção, conforme visto anteriormente.

A produção de medicamentos era, no entanto, ainda realizada em moldes artesanais e, em boa parte, elaborada em pequenas farmácias (as boticas do início do século). As principais matérias-primas eram obtidas a partir da extração vegetal ou mineral, preparadas nas próprias farmácias ou em laboratórios especializados. Não havia grandes diferenças tecnológicas entre as indústrias farmacêuticas brasileiras e americana; ambas se encontravam ao nível das boticas.<sup>1</sup>

Dois fatores mudaram, entretanto, essas condições: o primeiro foi o grande crescimento da demanda por antibióticos durante a Segunda Guerra Mundial e, conseqüentemente, o apoio econômico e financeiro do governo americano; o outro foi o reconhecimento de que uma substância quimicamente ativa seria propriedade privada de quem a descobrisse, através do regime de patentes. Criou-se, portanto, um efetivo instrumento de barreiras institucionais à produção de novos fármacos. A conjugação destes dois fatores permitiu às empresas industriais se engajarem, com toda a sua capacidade de recursos, na busca e no desenvolvimento de compostos quimicamente ati

---

(1) Kupfer, D., A Indústria de Biofármacos no Brasil. Texto não publicado, Rio de Janeiro, 1982.

vos. Assim, embora os custos de **P e D** ainda fossem altos, a certeza de que elevadas taxas de lucros seriam obtidas - através de um monopólio concedido em um mercado com altas taxas de crescimento - levou à diminuição do risco de se produzir e pesquisar novos medicamentos.<sup>1</sup> O resultado é que hoje a indústria farmacêutica já é responsável por mais de 95% das descobertas de todos os produtos vendidos no mundo.

A necessidade de desenvolvimento de novas drogas tornou-se então obsessiva, intensificando o processo de diferenciação de produtos. A expansão, a rentabilidade e a sobrevivência das firmas no mercado passaram a depender da sua capacidade de encontrar um novo fármaco e de produzi-lo industrialmente. Não bastava, contudo, **inventar** um novo produto. Era preciso utilizar toda a potencialidade existente em uma substância, mesmo que ela tivesse que ser criada artificialmente.

A diferenciação subjetiva dos medicamentos<sup>2</sup> - seja através de propaganda e marketing, seja através da produção de substâncias compostas - tornou-se o principal mecanismo de competição da indústria. Em consequência, o ritmo de renovação da oferta de produtos atingiu níveis elevadíssimos, gerando uma obsolescência precoce de fármacos comprovadamente eficazes por novos de re

---

(1) Efetivamente, desde a Segunda Guerra Mundial a indústria farmacêutica apresenta uma das mais elevadas taxas de lucro de todo o parque industrial dos países desenvolvidos.

(2) A capacidade de diferenciação subjetiva é uma característica intrínseca a cada produto e depende do número de "qualidades" com que ele pode ser julgado por um consumidor potencial. Assim, por exemplo, os fatores que entram na escolha de um mesmo tipo de ação são o preço e o prazo de entrega. Para um medicamento, diversos outros elementos podem ser considerados importantes como: a apresentação; a eficácia; a forma como é consumido; efeitos colaterais existentes; o grau de eficiência sobre outros sintomas ou doenças; a disponibilidade no mercado; a capacidade de prevenção; a confiança na marca; a difusão do consumo, etc. O que surpreende deste processo não é a existência desta diferenciação ao nível do consumidor-paciente, mas sim a possibilidade de o consumidor-médico ser envolvido por ela.

sultados duvidosos.<sup>1</sup> Esta obsolescência é produto, na maioria das vezes, de um desgaste apenas psicológico, tornando precária a posição de qualquer laboratório. Assim, nessa estratégia de competição, não mais se trata de apresentar o lançamento de um produto "como uma nova opção terapêutica para um canal de indicações já existentes, mas como a terapêutica de um novo canal de indicações."<sup>2</sup>

Essa corrida sem fim produziu, paradoxalmente, um aumento dos riscos e dos custos de P e D.<sup>3</sup> A fim de minimizar esses efeitos, a grande maioria dos laboratórios farmacêuticos decidiu expandir as suas atividades para o mercado externo, através da exportação de capital, iniciando a produção de medicamentos em diversos países subdesenvolvidos.<sup>4</sup> Nesse sentido, a produção no exterior passou a responder a uma estratégia global de aumento de rentabilidade da indústria, cujos mecanismos principais são: o sobrefaturamento dos preços das matérias-primas importadas, via preço de transferência; a ampliação da vida-média dos fármacos e dos medicamentos; e a possibilidade de utilizar substâncias ativas proibidas em países de legislação e controle mais rígidos.

A partir desse resumo e da análise anterior da estrutura do setor, procurar-se-á, no próximo ítem, relacionar algumas das principais barreiras à produção industrial de

---

(1) A vida-média de utilização de uma droga no mercado americano é muito baixa, em torno de quatro anos, embora, atualmente existe uma tendência de este tempo aumentar, em função da queda da taxa de descoberta de novas drogas.

(2) Kupfer, D., *A Indústria de Biofármacos no Brasil*. op.cit., p.59.

(3) Posteriormente, o próprio aumento do controle por parte dos governos dos países industrializados elevou os custos de P e D, à medida que não era mais aceita a combinação de duas ou mais drogas sem a realização, de novo, de todos os testes que comprovassem a sua eficácia.

(4) O Brasil aparece contudo como uma exceção desse movimento, pois embora ele tenha ocorrido no início da década de 60, quase todos os grandes laboratórios já se encontravam aqui no final da década de 50.

medicamentos que tornam inócua a existência ou não de um regime de patentes no Brasil. Estas barreiras estão divididas em duas dimensões: uma conectada à lucratividade das empresas multinacionais; e outra ligada à dinâmica do capital nacional.

#### **4. BARREIRAS À ENTRADA NA PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Conforme foi visto anteriormente, com ou sem a adoção do sistema de patentes não se tem ainda constituída uma efetiva indústria de medicamentos no Brasil. Do lado dos laboratórios internacionais, parece não haver grandes incentivos para se iniciar uma produção local e muito menos um programa de pesquisa que subsidie a descoberta e a introdução de novas drogas no mercado. Isto porque é provável que a lucratividade destas firmas fosse afetada de forma negativa. Duas razões desta "barreira" parecem ter características determinantes. A primeira refere-se à necessidade destas empresas em manter a transferência de matérias-primas para as filiais, garantindo um menor custo unitário na matriz, assim como a remessa disfarçada de lucro, através de superfaturamento.

Em outras palavras, como normalmente as plantas industriais do setor farmacêutico são do tipo multipurpose, deixar de produzir alguma das substâncias para as quais elas foram projetadas significa aumentar a capacidade ociosa e, portanto, um maior comprometimento dos outros fármacos ali produzidos com a rentabilidade geral da firma. A manutenção desta produção, e a posterior compra pelas subsidiárias, cumpre então dois objetivos: reduzir o custo unitário de todos os produtos e a transferência indireta de lucros retidos em outros mercados.

Um segundo motivo, apontado por Kupfer<sup>1</sup>, é que, embora as subsidiárias tenham capacidade tecnológica e financeira para iniciar a produção nacional, ainda que a lógica de competição no mercado farmacêutico reclame por uma integração vertical, elas não o fazem porque esta exigência poderia ser cumprida em qualquer país, em qualquer mercado. Se as empresas multinacionais resolvessem investir na maioria das nações, iniciando a produção generalizada de medicamentos, os custos dos produtos fabricados tenderiam a se multiplicar várias vezes, com uma significativa diminuição do seu retorno esperado.

Para os laboratórios nacionais, essas barreiras à entrada tendem não só a crescer como também a assumir uma natureza distinta. Assim, um dos mais fortes impedimentos à produção local por firmas nacionais está no próprio processo de renovação ininterrupta de cada medicamento. Na sociedade moderna, os remédios adquirem um caráter simbólico, com o poder de remover as normas preestabelecidas. "A indústria farmacêutica trabalha na formação e na remodelagem da chamada **memória farmacêutica** de cada médico, ou seja, do arsenal terapêutico que o profissional evoca (retira da sua memória) em cada um dos momentos que prescreve. Essa memória farmacêutica é o instante de uma guerra de produtos, o testemunho momentâneo da morte, nascimento e difusão dos vários produtos. Cada produto novo pode não só destruir, nessa memória, outros produtos, mas classes inteiras de produtos... Cada produto é portador, em virtude dessa renovação efetiva ou simbólica, de uma **usura** psicológica muito grande. In

---

(1) Kupfer, D., A Indústria de Biofármacos no Brasil. op.cit., 1982.

dependente do lançamento de substitutos, um produto tem vida breve, e sua **morte clínica** é determinada pela sua obsolescência simbólica na memória dos médicos e do público." <sup>1</sup> Neste sentido, a demanda passa a ser insaciável, e estabelece um padrão de competição para o setor que dificilmente conseguirá ser superado pelas empresas nacionais.

Neste contexto, a indústria brasileira encontra-se frente a barreiras, quase que intransponíveis, à produção de fármacos. Os principais entraves estão na dificuldade de se interiorizar o processo de diferenciação de produtos e em adotar um padrão de competição semelhante ao do mercado internacional. O primeiro resulta da necessidade de que as firmas locais têm em promover uma renovação qualitativa no mercado, substituindo as antigas categorias farmacêuticas por novas, e dos requisitos de capital que vêm acoplados a este processo.

O outro obstáculo decorre das atividades de promoção e de comercialização dos medicamentos, que assumem uma relevância particular no setor. Para se renovar a "memória" dos médicos e do público consumidor, é preciso um esforço de venda contínuo que normalmente está fora do alcance dos laboratórios nacionais. Este esforço é feito a partir de três estratégias distintas: a venda, através de agentes promocionais, das "qualidades" dos remédios junto à classe médica; a promoção no mercado varejista, via descontos por volume de venda, ou seja, o mecanismo pelo qual algumas farmácias e drogarias procuram "empurrar" certas marcas de remédios; e, por fim, a distribuição de amostras grátis, que pode atingir valo

---

(1) Bastos, F., Notas sobre o Papel da Indústria Farmacêutica no Complexo Médico-industrial, texto não publicado, Rio de Janeiro 1987, p.5.

res de até 10% do total de vendas de certas empresas. Assim, "os mecanismos de difusão das especialidades farmacêuticas funcionam através dos agentes de saúde, em particular do médico e das agências de comercialização (atacadistas e farmácias), configurando uma rede bastante complexa, na qual o paciente é socializado em práticas de consumo, incluindo a automedicação".<sup>1</sup> O custo deste esforço de venda, ligado aos problemas de operacionalidade e logística da existência de uma vasta rede de agentes, inviabiliza a consolidação e o crescimento das firmas nacionais.

Um terceiro fator limitativo, embora de espécie distinta, deriva da impossibilidade de se obter economias de escala, tanto na produção de matérias-primas como em pesquisa e em desenvolvimento de novos fármacos, suficientes para uma operação rentável. Em outras palavras, nem sempre o tamanho de um mercado local é suficiente para se garantir uma lucratividade aceitável, de forma que a venda para outros mercados torna-se fundamental, principalmente se for possível embutir preços sobrefaturados nos produtos comercializados entre a matriz e as suas subsidiárias.<sup>2</sup> Para as firmas brasileiras, as dificuldades de se iniciar aqui um processo de produção de fármacos, ainda que o Brasil seja um dos maiores mercados consumidores de produtos farmacêuticos do mundo, se multiplicam, como seria de se esperar, e praticamente tornam inexecutível o estabelecimento de um parque nacional produtor de medicamentos e fármacos.

---

(1) É provável que as possíveis perdas de rentabilidade da indústria farmacêutica estejam mais relacionadas com a política de controle de preços praticada pelo governo, através do Conselho Interministerial de Preço, do que com uma imaginária competição com as firmas locais.

(2) Por exemplo, Katz mostra que este procedimento, o uso do preço de transferência, foi uma prática comum entre alguns laboratórios suíços atuando na Inglaterra, durante muito anos, até a descoberta e punição pelo governo inglês. [Katz, Hacia una Estrategia Industrial e Tecnológica etc., op.cit.]

Parece evidente, neste momento, que aceitar ou não um regime de patentes é irrelevante, tanto se a preocupação está na perda de lucratividade ou na proteção de uma indústria nascente. Mas por que motivo, então, o Brasil e os EUA discordam com veemência sobre este ponto? A resposta não é infelizmente simples e nem clara, de modo que apenas algumas hipóteses e premissas podem ser formalizadas.

## 5. HIPÓTESES SOBRE AS CAUSAS DA POLÊMICA BRASIL/EUA

Conforme se procurou demonstrar, o papel atual das patentes na garantia da lucratividade das empresas multinacionais ou, na sua ausência, como instrumento de promoção industrial é marginal em países subdesenvolvidos, como o Brasil. Isto porque, por razões de mercado, as firmas destas nações não têm capacidade de se engajar num processo sistemático de fabricação de "cópias" de medicamentos. As patentes só teriam alguma utilidade se estas barreiras não mais existissem e fosse necessário criar novas restrições à produção.

A alegação dos Estados Unidos de que as suas companhias estão tendo uma menor rentabilidade devido ao não-reconhecimento de patentes para o setor não tem fundamento. Não só a indústria nacional detém apenas 15% do mercado como a totalidade das importações de matérias-primas e medicamentos, com valores superiores a 500 milhões de dólares, vem dos grandes laboratórios internacionais, cuja participação das firmas americanas é da ordem de 25%. E, conforme foi visto, não faz parte da estratégia global destas empresas investir e produzir os mesmos fármacos em vários mercados. As razões pelas quais

essa questão se torna uma preocupação dos laboratórios dos EUA têm de ser explicadas de outra forma, onde algumas das hipóteses poderiam ser:

. **a taxa de crescimento do mercado** - isto significa que a inquietação da indústria não é com os "prejuízos" atuais, mas sim em garantir, desde agora, um mercado tendencialmente cativo. Ou seja, em tese é sempre possível que, após anos de pesquisa e investimento, uma droga qualquer venha a ser copiada por uma empresa nacional ou até por um outro laboratório estrangeiro, que poderia assim burlar a legislação do seu próprio país. Na prática, as probabilidades de esses fatos ocorrerem são, hoje, bastante remotas;

**o atavismo dos dirigentes** - historicamente, o regime de patentes teve um importante papel na consolidação da moderna indústria farmacêutica, de forma que quando se levanta no horizonte a executabilidade de uma nova "revolução" no setor através da biotecnologia, os gerentes desta indústria procuram estabelecer um controle quase completo sobre o mercado;

**o imperialismo do governo americano** - segundo uma matriz marxista, este questionamento teria por objetivo pressionar os parceiros dos EUA economicamente mais atrasados a fim de que se possa obter vantagens comerciais (e talvez políticas) nestas e em outras áreas de fronteiras do desenvolvimento tecnológico e econômico.

No final, é provável que as causas do debate não se reduzam a explicações simples, contendo, na verdade, um pouco de cada uma das hipóteses acima. Entender e esclarecer os reais motivos que instigam esta questão é

fundamental no delineamento de uma estratégia factível segundo os interesses nacionais.

No lado brasileiro, essa política se mantém pela visão parcial do problema de que se é **difícil a sobrevivência das firmas locais, pior seria se fosse estabelecido um regime de patentes para os medicamentos.** Essa distorção ocorre devido ao entendimento de que os problemas do setor farmacêutico originam-se na falta de acesso à tecnologia de processo e de produto, quando, entretanto, a dificuldade está no mercado. Ou seja, não é pela ausência ou bloqueios das informações técnicas que as empresas nacionais não se estabelecem, mas sim porque elas não têm escala de produção e capital capaz de enfrentar a competição por diferenciação de produtos e a taxa de renovação exigida pelo mercado.

Aqui, se acredita que, ao não se permitir o aparecimento de barreiras institucionais ao livre percurso do "saber" e da tecnologia, as próprias forças de mercado ou a ação do Estado, segundo a ideologia que se tem, seriam suficientes para consolidar, no futuro, a indústria. Esquece-se que esses dois caminhos já foram tentados, e a experiência histórica tem contradito essas políticas.

Nesse sentido, o não-reconhecimento, de novo, da natureza real das dificuldades da indústria tem levado, pelo lado brasileiro, a discussão para um terreno pantanoso, no qual a própria fragilidade da economia brasileira termina por obrigar o país a ceder, de uma forma ou de outra, como na área da informática.

## 6. OBSERVAÇÕES FINAIS

O esforço deste trabalho se dirigiu para a tentativa de se demonstrar que o debate sobre a indústria farmacêutica, entre o Brasil e os EUA, está marcado por contradições em função das falsas bases de análise dos dois lados. Resta, no entanto, resolver esta pendência, onde o mais fraco deve apresentar uma maior agilidade e imaginação na busca de soluções viáveis. Portanto, é do lado brasileiro que se devem encontrar as respostas aos problemas das patentes e do crescimento do setor farmacêutico.

Neste contexto, torna-se fundamental se levar em consideração algumas premissas antes de se propor ou não uma política de patentes para o setor. Uma delas deriva da própria existência de bloqueios e de barreiras à produção de fármacos e medicamentos no país. Impedimentos estes que são reflexos das mudanças e transformações que levaram a indústria farmacêutica da manufatura ao capitalismo monopolista em menos de vinte anos. Isto significa que o estabelecimento de uma política efetiva de fomento industrial insere-se numa questão mais geral, ou seja, como pôr o Brasil no núcleo do capitalismo central no mesmo nível das nações industrializadas.

Como este é um problema de difícil resolução em curto prazo, resta ao país definir uma política de medicamentos condizente com a sua população. Em consequência, cabe ao Estado pôr um freio aos abusos de algumas firmas produtoras, impondo ao setor, paradoxalmente, barreiras institucionais à produção de novos fármacos, seja através do impedimento à difusão de substâncias atí

vas comprovadamente perigosas à saúde; seja pela exigência de testes de avaliação da eficácia dos medicamentos vendidos ao público. Assim, na escolha entre uma política industrial de produção de fármacos e uma política de medicamentos voltada para as reais necessidades da população brasileira, a opção deve ser sempre pela última, independente se ela é contrária ou não à primeira.

Nessa problemática, a ação do Estado é central na definição do horizonte da indústria nacional. Mas "a atuação estatal não deve se limitar, todavia, ao papel de árbitro mais generoso com os capitais nacionais na disputa desigual que travem com o sistema de filiais de laboratórios multinacionais. Mais além, a intervenção estatal deve vislumbrar o mercado farmacêutico globalmente, em busca prioritariamente de mecanismos regulatórios que propiciem efetivo controle da oferta de medicamentos e a convergência desta aos objetivos médico-sanitários e de economia popular".<sup>1</sup>

E é nesse quadro mais geral que se insere a questão das patentes na indústria farmacêutica. Assim, devido ao grande número de medicamentos comercializados, cujos prazos de validade das patentes estão vencidos ou a vencer nos próximos anos, torna-se perfeitamente factível conceder patentes para produtos de descoberta e uso recentes. Assim, o estabelecimento de uma legislação especial, onde se reconhece o direito de propriedade sobre produtos e processos e se estabelece como prazo, independente de haver ou não o registro no Brasil, um pe

---

(1) Kupfer, D., A Indústria de Medicamentos no Brasil: Aspectos da Estrutura Industrial, TDI Nº 71-IEI, 1985, p. 12.

ríodo que se inicia quando se dá a primeira concessão de patentes no seu país de origem, não traz nenhuma desvantagem às indústrias nacionais.

Não é, portanto, a existência de patentes para os últimos avanços do setor, como a utilização de remédios para o combate à AIDS, que torna inviável a produção nacional. Estes, embora importantes no tratamento de algumas doenças, são ainda marginais nos gastos totales dos hospitais e da população em geral. Para esta última, é mais significativo ter organizada uma oferta básica de medicamentos, o que a Ceme vem tentando fazer em escala reduzida, do que se preocupar com a enorme multiplicidade de produtos farmacêuticos existentes. Para a indústria nacional, ao contrário do que se imagina, a instituição de "mecanismos regulatórios" sobre a oferta também cria bases estáveis à produção nacional, pois diminui a diferenciação subjetiva, principal componente das barreiras à entrada das firmas brasileiras no mercado produtor.

A concessão de patentes para as empresas do setor também pode funcionar como um estímulo ao incremento da produção brasileira. Assim, seria possível se conceder um direito a patente para cada fármaco efetivamente fabricado no país. Como para este setor industrial, ao contrário da informática, o mais importante é garantir uma produção no território nacional, se os laboratórios se virem compelidos a fabricar certos produtos, de uma cesta básica por exemplo, em troca de uma ou mais patentes, os ganhos para o Brasil e a sua população podem ser mais elevados do que a simples manutenção de uma lei que impede qualquer forma de patente.

Para terminar, gostaria de ressaltar que as propostas acima foram feitas na perspectiva de que, em primeiro lugar, o governo deveria definir uma política de medicamentos para, em seguida, verificar as possibilidades de conciliá-la com uma política industrial. Inverter a ordem dessas questões não traz nenhum benefício para a indústria, para a população e para o país.

Cad. IMS; RJ; v. 3; nº 1; p. 173 - 186; março/abril 1989.



IDEOLOGIA, NORMAS MÉDICAS E RACIONALIDADE  
EPIDEMIOLÓGICA: O CASO DO CÂNCER GENITAL  
FEMININO

EDUARDO FAERSTEIN

# IDEOLOGIA, NORMAS MÉDICAS E RACIONALIDADE EPIDEMIOLÓGICA: O CASO DO CÂNCER GENITAL FEMININO

---

---

EDUARDO FAERSTEIN \*

## RESUMO

O artigo pretende contribuir para a discussão sobre a presença de condicionamentos ideológicos no âmbito da produção e aplicação do conhecimento epidemiológico. Examina-se o caso específico do câncer genital feminino, sendo possível identificar traduções concretas desse fenômeno na esfera da sexualidade, seja na seleção de "achados epidemiológicos" que definem grupos de risco para a intervenção sanitária, como em condutas terapêuticas adotadas em nível individual.

## I. INTRODUÇÃO

É cada vez maior a preocupação, em âmbito mundial, com a busca de maior impacto das atividades médico-sanitárias sobre os níveis de saúde da população. Nesse contexto, assume importância crescente o papel da Epidemiologia, como disciplina capaz de contribuir decisivamente para a eluci

---

(\*) Professor Assistente do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

dação dos fatores determinantes das doenças, assim como para a avaliação de tendências, identificação de prioridades, seleção de alternativas de ação e avaliação de seus resultados.

Grande parte dessa contribuição vem se pautando, tradicionalmente, na identificação de grupos populacionais com risco aumentado de adoecer ou de morrer por alguma patologia, em função da presença de determinadas características individuais, hábitos de vida ou exposições a que estão submetidos.

É complexo o processo de transformação desses "achados epidemiológicos" em normas e recomendações de "Saúde Pública", ou em propostas de conduta médico-assistencial. Rothman ressalta que "o conhecimento biológico sobre as hipóteses epidemiológicas é frequentemente precário, tornando as próprias hipóteses às vezes pouco mais do que simples afirmações de associação\* entre a exposição e a doença".<sup>1</sup> Em diversas situações são pinçados resultados de pesquisas, sem dar a devida atenção a carências metodológicas do desenho e análise dos estudos que lhes deram origem.

Nesse âmbito estritamente técnico têm surgido avanços importantes, como por exemplo a aplicação de métodos de meta-análise, que permitem uma avaliação quantitativa mais adequada de um conjunto de investigações sobre um mesmo tema, muitas vezes com resultados discrepantes.<sup>2</sup>

---

(\*) Associação estatística, não necessariamente causal.

(1) Rothman, K.J. Modern Epidemiology. Boston, Little, Brown and Co., 1986.

(2) Greenland, S. Quantitative Methods in the Review of Epidemiologic Literature. Epidemiologic Reviews. 1987; 9:1-30.

Essa busca, sem dúvida necessária, da racionalidade técnica não deve obscurecer o fato de que os marcos da aplicação do conhecimento médico e epidemiológico - e mesmo de sua produção - sofrem a influência de outras racionalidades: econômica, sócio-cultural, política e ideológica. Especialmente em sua fase inicial, as características da pesquisa e do manejo da epidemia de AIDS - com sua mistura explosiva de sexo e morte - tornaram-na emblema desse entrecruzamento de determinações.<sup>1</sup>

É de interesse, a nosso ver, que se investigue concretamente o papel dessas outras dimensões na produção de conhecimentos que se voltam, em última instância, para a normalização da vida individual e social.

Pretende-se, neste artigo, apontar a presença importante de condicionamentos ideológicos em relação ao câncer, com ênfase na história do conhecimento epidemiológico do câncer de colo uterino.

## II. CÂNCER, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CONDUTAS MÉDICAS

Ao longo da história, doenças de grande magnitude e curso fatal tendem a adquirir profundos significados metafóricos para que o que se considera social ou moralmente errado. Tal ocorreu de forma marcante com a tuberculose, no século passado; ainda que a primazia neste terreno tenha se deslocado para a AIDS, em anos recentes, o mesmo vem se passando com o câncer no século XX.

---

(1) Carrara, S. e Moraes, C. Um vírus só não faz doença. Cad. IMS, RJ, 1987; 1(1):96-123

Segundo Sontag,<sup>1</sup> se a tuberculose era socialmente vista como decorrente do excesso de paixões e da sensualidade, tende-se a atribuir o aparecimento do câncer, de modo geral, à incapacidade de expressão das emoções e à insuficiência da paixão. Trata-se, na visão de Reich, citado pela autora, de "uma doença que segue a uma submissão emocional, um encolhimento bioenergético, uma desistência da esperança". Vários exemplos colhidos na literatura demonstrariam ainda que a tuberculose, mesmo como flagelo, podia adquirir algum refinamento e provocar "mortes quase sem sintomas, mortes sem sustos e mortes beatíficas". Já "a pessoa que está morrendo de câncer é pintada como destituída de toda a capacidade de transcendência e humilhada pelo medo e pela agonia"; é a própria "bárbarie dentro do organismo".<sup>2</sup>

Na esfera das representações sociais, para Sontag, a tuberculose sintetizava os efeitos do desperdício e do esbanjamento que se condenava no **Homo economicus** do século XIX, quando o capitalismo primitivo necessitava, antes de mais nada, de poupança e disciplina. Nos tempos do capitalismo avançado, que exige a especulação e a criação permanente de novas necessidades, o câncer resultaria da contenção de energia, traço não-desejável para o **Homo economicus** do século XX.

A autora não se dá conta, entretanto, de que, mesmo em relação ao câncer, os modelos etiológicos podem tornar-se contraditórios - e complementares - na medida em que se abordam neoplasias específicas. No caso do câncer cérvico-uterino, por exemplo, são justamente a precocida

---

(1) Sontag, S. A Doença como Metáfora. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984.

(2) Idem.

de e a promiscuidade sexuais as categorias causais consi  
deradas de maior relevância. Mas, de uma ou de outra for  
ma, se definido o câncer como patologia da energia e do  
desejo, passa a ser inculcada a idéia de que, além de  
causadores de sua própria doença, os pacientes também fi  
zeram por merecê-la.

Entre as mulheres, as neoplasias ginecológicas são as  
mais freqüentes. Além de representarem a possibilidade  
de morte, colocam as mulheres frente a alternativas te  
rapêuticas (mastectomia, hysterectomia, ooforectomia) que  
significam a mutilação de partes do corpo determinantes  
da própria condição feminina. Nessas eventualidades, o  
exercício da sexualidade ou da maternidade pode passar a  
depender de decisões médicas - nem sempre compartilhadas  
de modo conveniente com as maiores interessadas - sobre  
condutas de eficácia muitas vezes discutível.

É de se supor a existência de mediações especiais nas in  
terfaces entre o conhecimento científico estabelecido e  
a adoção de procedimentos médico-cirúrgicos que envolvem  
a sexualidade feminina.

Note-se, por exemplo, que a mutilação sexual nos homens  
tem tido indicações terapêuticas bastante precisas. Já  
a hysterectomia foi amplamente realizada nos Estados Uni  
dos, até anos recentes, como medida profilática para o  
câncer do útero; a ooforectomia chega a ser defendida<sup>1</sup>  
para a prevenção do câncer de ovário, em mulheres consi  
deradas de alto risco.

---

(1) La Vecchia, C. The clinical relevance of ovarian cancer. Eur. J.  
Clin. Oncol. 1984, 20 (2):175-82.

O tratamento conservador do câncer de mama operável (tu morectomia, seguida de radioterapia) surgiu há quase vinte anos como opção terapêutica e tem apresentado resultados semelhantes à mastectomia radical. Segundo Souhami et al.,<sup>1</sup> entretanto, "um grande número de cirurgiões e radioterapeutas no Brasil ainda continua relutante em aceitar essa nova forma terapêutica e permanece submetendo suas pacientes às formas mais radicais de terapia".

Ainda nesse mesmo universo de situações inter-relacionadas, deve ser lembrado que a palpação clínica das mamas é raramente realizada de forma rotineira nas consultas ginecológicas, apesar de constituir norma aceita consensualmente.

O fato de que as noções ideológicas se exacerbam quando o câncer é localizado no aparelho genital feminino pode ser captado onde menos se espera. Em singela contabilidade dos casos internados, em 1968, nos hospitais do país especializados em oncologia,<sup>2</sup> o Serviço Nacional de Câncer do Ministério da Saúde relatava que, no que se referia ao câncer da cavidade oral, "os grupos etários **mais atingidos** foram (...); para o câncer de ossos e tecido conjuntivo estava "**predominando** a incidência no grupo etário (...)" ; entre as neoplasias dos órgãos digestivos "verificou-se **maior frequência** nos grupos (...); no que diz respeito ao câncer do aparelho respiratório, "os grupos etários de **mais ocorrência** foram (...); em relação a neoplasias do aparelho genital masculino, "os grupos etários **predominantes** foram (...). De repente, muda o tom: diz-se que entre os neoplasmas malignos do aparelho genital feminino, "os grupos etários **mais castigados**

---

(1) Souhami, L.; Carvalho FQ, J.P. e Guizzardi, M.F. Cirurgia conservadora e radioterapia no tratamento do câncer da mama. Rev. Bras. Cancerol. 1985; 31 (4): 243-248.

(2) Ministério da Saúde, Serviço Nacional de Câncer. Levantamento Estatístico de Casos de Câncer - 1968. Brasília, 1970.

foram (...)" (os grifos são nossos).

A revisão da literatura sobre os fatores de risco para o câncer cervical, predominantemente norte-americana e inglesa, demonstra que tais vieses - com implicações nocivas tanto ao conhecimento científico da doença como ao êxito das ações de controle - impregnaram sobremaneira a pesquisa em relação ao assunto e apenas recente e lentamente vêm sendo superados.

### III. CÂNCER CÉRVICO-UTERINO E VIDA SEXUAL

É antiga a associação da ocorrência do câncer cérvico-uterino a variáveis ligadas à vida sexual das mulheres. Segundo Hulka,<sup>1</sup> já em 1842 Rigoni-Stern, em seu trabalho "Fatti statistici relativi alle malattie cancerose", apontava as diferenças marcantes na frequência da doença entre mulheres casadas e freiras. A autora comenta, também, que sempre se encontrou baixíssima ocorrência em mulheres pertencentes a grupos religiosos como os mórmons, amish e adventistas do Sétimo Dia, seguidores de normas de comportamento sexual estritas.

A partir da década de 50, vários estudos epidemiológicos concentraram-se na verificação de fatores de ordem conjugal e sexual no aparecimento da neoplasia.

Lombard e Potter<sup>2</sup> verificaram maior presença da doença em mulheres com antecedentes de casamento com menos de 20 anos de idade, de divórcio e de nascimento do último filho antes dos 25 anos.

---

(1) Hulka, B. Risk factors for cervical cancer. J. Chron. Dis. 1982, 35:3-11.

(2) Lombard, H.L. and Potter, E. A. Epidemiological aspects of cancer of the cervix. II) Hereditary and environmental factors. Cancer 1950; 3 (6):960-968.

Terris et al.<sup>1</sup> detectaram freqüência aumentada, entre pa-  
cientes de câncer cervical, de mulheres casadas, divo-  
rciadas e com múltiplos casamentos, e com casamento e re-  
lações sexuais mais precoces.

O exame de certos trabalhos,<sup>2,3</sup> no entanto, revela clara-  
mente tanto insuficiências metodológicas como, principal-  
mente, a debilidade dos modelos explicativos, marcados  
por preconceitos morais, sexuais, étnicos e de classe.

Em 1967, Martin<sup>4</sup> afirmava que "o fator epidemiológico  
chave (...) é a instabilidade conjugal. Casamentos ins-  
táveis são sabidamente associados com relacionamentos se-  
xuais instáveis, e com filhos ilegítimos, infecções vené-  
reas, prostituição e problemas emocionais - e tudo isso  
aparece correlacionado ao câncer em vários estudos". O  
autor reuniu evidências de estudos da época (quem sabe,  
**de época**) e relacionou os "grupos de alto risco": mulhe-  
res porto-riquenhas e negras, imigrantes mexicanas, pre-  
sidiárias, prostitutas, pacientes de clínicas de doenças  
venéreas, mulheres pobres, moradoras das cidades, protes-  
tantes e católicas que raramente ou nunca freqüentam ser-  
viços religiosos".

Rotkin,<sup>5</sup> certamente com a intenção de aprofundar a ques-  
tão, verificou que, inquiridas sobre uma variedade de  
sete posições sexuais, a única em que pacientes com car-  
cinoma de colo uterino relataram preferência de modo di-

- 
- (1) Terris, M.; Wilson, F.; Smith, M.; Sprung, C. and Nelson, J.H.  
The relationship of coitus to carcinoma of the cervix. *Am. J. Publ. Health* 1967; 57 (5):840-847.
  - (2) Martin, C.E. Marital and coital factors in cervical cancer. *Am. J. Publ. Health* 1967; 57(5):803-814.
  - (3) Rotkin, I.D. Sexual characteristics of a cervical cancer popula-  
tion. *Am. J. Publ. Health* 1967; 57(5):815-829.
  - (4) Martin, C.E. Marital and coital factors in cervical cancer. *Op. cit.*, 1967.
  - (5) Rotkin, I.D. Sexual characteristics of a cervical cancer popula-  
tion. *Op. cit.*, 1967.

verso, em relação a controles, foi aquela em que os parceiros dispõem-se lateralmente. O autor considerou a associação espúria. Os casos tenderam a iniciar práticas masturbatórias em idades mais precoces, embora não se tenham diferenciado dos controles em relação a vinte e duas técnicas avaliadas. Não satisfeito, prossegue: os casos obtiveram o primeiro orgasmo mais precocemente do que os controles, mas não referiram maior proporção de "orgasmos positivos" em relação ao número total de atos sexuais.

Epidemiologia ou voyeurismo?

Na década de 70, as investigações sobre o tema caracterizaram-se por uma busca de graus maiores de especificidade (e de seriedade, decerto) nas associações, para o que contribuiu o desenvolvimento de métodos analíticos mais sofisticados. Pode então ser verificado que a idade ao casamento, o número de gestações e a história de separações conjugais, por exemplo, não conseguiam explicar de forma independente o aumento de risco. O início precoce da atividade sexual e, principalmente, a multiplicidade de parceiros, passaram a ser apontados como os fatores de risco mais relevantes.<sup>1</sup>

Por outro lado, em estudo caso-controle realizado na Província de Herrera, Panamá, onde se encontra elevadíssima ocorrência da doença, Reeves et al.<sup>2</sup> observaram que a idade ao início da vida sexual não revelou efeito independente quando feita a padronização para o número de parceiros

---

(1) World Health Organization. Primary prevention of cervical cancer - draft report. Geneva, 1985 (mimeo)

(2) Reeves, W.C.; Brinton, L.A.; Brenes, M.M.; Quiroz, E.; Rawls, W.; De Britton; R.C. Case control study of cervical cancer in Herrera Province, Republic of Panama. Int. J. Cancer 1985; 36:55-60.

sexuais. E, apesar do excesso de quatro a seis vezes no risco das mulheres com história de quatro ou mais parceiros, apenas 8% do total relatavam tal antecedente, o que não explica, portanto, as altas taxas de incidência na região.

Passou a ser forçoso constatar que, na verdade, as populações femininas submetidas a maior risco de adoecer por câncer cervical, como as latino-americanas de baixo nível sócio-econômico, eram exatamente as que tendiam a apresentar vida sexual de tipo tradicional. Esse fato, aliado a evidências do papel de agente infeccioso de transmissão sexual, adiante comentadas, estimulou o estudo da influência do comportamento sexual masculino na gênese da doença.<sup>1</sup>

Zunzunegui et al.,<sup>2</sup> por exemplo, estudando casais de origem hispânica em San Francisco, observaram que os casos de câncer cervical e os controles não diferiram em relação ao número de parceiros sexuais, mas os casos eram, com frequência cinco vezes maior, casados com homens com história de vinte ou mais parceiras.

Investigações nessa direção surgiram muito recentemente, confirmando o peso das percepções ideológicas na pesquisa em torno do tema. Imrey,<sup>3</sup> comparando artigos científicos sobre câncer cêrvico-uterino e de próstata, chamou atenção para um "viés semântico": se em relação ao primeiro

- 
- (1) Skegg, D.C.G.; Corwin, P.A.; Paul, C. and Doll, R. Importance of the male factor in cancer of the cervix. The Lancet 1982;581-583.
  - (2) Zunzunegui, M.V.; King, M.C.; Gorla, C.F. and Charlet, F. Male influences on cervical cancer risk. Am. J. Epidemiol. 1986; 123 (2):302-307.
  - (3) Imrey, H.H. Sexual factors and cancer risk: a normative bias in cancer epidemiology. U.S.A., 1983 (mimeo).

os estudos enfatizavam a associação entre a doença e a **promiscuidade sexual** da mulher, o maior risco para o **câncer** de próstata foi relacionado a **maior energia sexual, sexualidade mais pronunciada** ou a **atividade sexual aumentada**. A autora alerta-nos igualmente para um tipo muito particular de "viés de seleção": as investigações que encontraram associações entre a doença e o número de parceiros sexuais da mulher foram mais citadas nos trabalhos de revisão sobre o tema do que as que não chegaram aos mesmos resultados.

Acredita-se hoje que a história natural da doença se inicia com a transmissão sexual de infecções genitais de origem viral. Na década de 70, foi enfatizado o possível papel do herpesvírus simples tipo 2 (HSV-2); resultados de estudos realizados em populações com frequências distintas da doença revelaram risco três a dez vezes maior em portadoras de anticorpos anti-HSV 2.<sup>1,2,3</sup> Nos últimos anos, identificou-se a presença do papilomavírus humanos em casos de câncer de colo uterino, levando à hipótese do papel sinérgico que esse vírus desempenharia no aparecimento do tumor como agente promotor da progressão de lesões celulares geradas pela infecção herpética, ou mesmo como o elemento fundamental da carcinogênese.<sup>4,5</sup>

- 
- (1) Melnik, J.L.; Adam, E. and Rauls, W.E. The causative role of herpesvirus type 2 in cervical cancer. Cancer 1974, 34(4):1377.
  - (2) Graham, S.; Rawls, W.; Swanson, M. and McCurtis, J. Sex partners and Herpes simplex virus type 2 in the epidemiology of cancer of the cervix. Am. J. Epidemiol. 1982, 115:729-35.
  - (3) Reid, R.; Stanhope R.; Herchman, B.; Booth, E.; Phibbs, G.D. and Smith, J.P. Genital warts and cervical cancer. I) Evidence of and association between subclinical papillomavirus infection and cervical malignancy. Cancer 1982; 50(2):377-387.
  - (4) Idem
  - (5) Zur Hausen, H. Human genital cancer: synergism between two viral infection and initiating events? The Lancet 1983; II, 930-934.

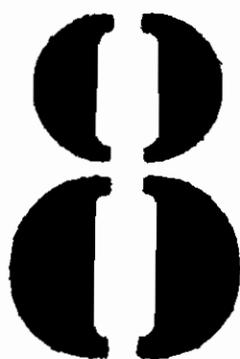
Ou seja, os fatores de risco comportamentais, em relação a ambos os sexos, descritos como associados à doença, devem ser vistos, em princípio, como condições que podem favorecer a maior circulação dessas infecções genitais virais. A evolução de parte delas no sentido da malignização depende da interação, ainda não conhecida a contento, de outros fatores contribuintes, como o tabagismo, o consumo de contraceptivos orais e a hipovitaminose A.<sup>1</sup> Tal evolução é certamente facilitada pela ausência de detecção e tratamento precoces, o que pode explicar parcialmente a maior ocorrência da doença nos países subdesenvolvidos e nos estratos da população com baixo nível sócio-econômico e acesso precário aos serviços de saúde.

Pode-se concluir que, nas situações apontadas, há evidências de que a sexualidade feminina é objeto de uma ideologização culpabilizante imiscuída na investigação epidemiológica e na prática de programas, serviços e profissionais de saúde, o que tende a duplicar normas sexuais dominantes. As inflexões de enfoque havidos a partir da década de 70 foram sem dúvida influenciadas, em grande medida, pelo avanço dos movimentos sociais femininos em várias partes do mundo.

---

(1) World Health Organization. Primary prevention of cervical cancer - draft report. Geneva, 1985 (mimeo).

Cad. IMS; RJ; v. 3; nº 1; p. 187 - 224; março/abril 1989.



O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO  
DO RIO DE JANEIRO — SUBSÍDIOS PARA UM  
DEBATE

ESTELA MARIA LEÃO DE AQUINO

# O ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO — SUBSÍDIOS PARA UM DEBATE \*

---

---

ESTELA MARIA LEÃO DE AQUINO \*\*

## RESUMO

No texto, sistematiza-se um breve histórico e a evolução recente do atendimento de emergência no Município do Rio de Janeiro. Reconhecendo-se a importância desse tipo de atenção frente ao quadro de saúde local, são discutidas algumas propostas de reorganização da assistência, tendo em vista o processo de reforma em curso no setor saúde e a perspectiva de municipalização.

## 1. INTRODUÇÃO

As primeiras tentativas de organização da assistência médica de urgência no Rio de Janeiro datam de 1893, quando, em lei vetada pelo prefeito do então Distrito Federal e aprovada pelo Senado, determinava-se, entre as atribuições da Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, o socorro "a feridos, acidentados na rua e afogados". O plano elaborado naquele momento, que pre

---

(\*) Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado em Medicina Social, denominada "Socorro: quem precisa disso?", defendida em setembro de 1987, no Instituto de Medicina Social/UERJ.

(\*\*) Professora Assistente do Instituto de Medicina Social/UERJ.

via inclusive o atendimento por ambulâncias, não pôde ter sua implementação iniciada senão na administração de Pereira Passos, que conseguiu garantir recursos para começar, em 1906, a construção de um grande Posto de Assistência Médica e encomendar na Europa as ambulâncias para o transporte de médicos e pacientes.<sup>1</sup>

Embora nas primeiras décadas desse século fosse inexpressiva a participação do Estado na prestação direta de assistência médica, cabe notar que o processo de organização do sistema hospitalar público já se iniciou centrado no pronto-socorro.

Com a transferência das atribuições municipais de saúde pública para o âmbito federal,<sup>2</sup> no início dos anos 20, ao município passou a caber exclusivamente a assistência médica, com ênfase especial no atendimento de pronto-socorro.

Dentro do modelo filantrópico-liberal de assistência médica vigente no começo do século, as propostas de participação do Estado na prestação de cuidados encontravam profunda reação por parte da corporação médica. Segundo Gadelha<sup>3</sup>:

- 
- (1) Estado da Guanabara. Secretaria de Saúde. Superintendência de Serviços Médicos. Assistência Pública - 80 Anos de História. Guanabara, 1972.
  - (2) Esse esvaziamento se deu progressivamente desde 1904, com a perda sucessiva de funções, dentro de uma política de centralização federal para a "higienização" da Capital Federal, assolada pela febre amarela, peste bubônica e varíola. Com a criação, em janeiro de 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, deu-se a transferência definitiva para o nível federal da fiscalização de gêneros alimentícios e matadouros da cidade, do Instituto Vacínico Municipal (incorporado ao Instituto Oswaldo Cruz), da Inspetoria Sanitária do Leite, dos Produtos Laticínios e do Laboratório Municipal de Análise.
  - (3) Gadelha, P.E. Assistência Médica no Rio de Janeiro (1920-1937). Reformas Institucionais e Transformações da Prática Médica. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, 1982. IMS/UERJ.

"O Estado intervém, mantendo, entretanto, a estrutura de organização dos serviços de acordo com a clientela atendida: casa de saúde para os abastados; serviço gratuito estatal ao atendimento de urgência para o operariado e indigentes; e atendimento geral para funcionários através de sistema de seguro social; modelo liberal, 'filantropia' pública, mutualidade pública. Eleger o cuidado de urgência como prioridade de assistência municipal significa definir os limites da intervenção do Estado na assistência médica".

No entender desse autor, o modelo de pronto-socorro teria ainda duas outras características fundamentais. Por um lado, viabiliza o treinamento médico-hospitalar, especialmente o adiestramento cirúrgico, que se tornava cada vez mais caro. Por outro lado, contribui também "como mais um instrumento de afirmação da medicina científica e oficial frente às práticas populares", como a utilização de farmácias para o tratamento médico.

Quanto a esse papel, é interessante a passagem descrita em Suseme:<sup>1</sup>

"Era preciso que a população se familiarizasse com tal tipo de socorro". Não era possível que as auto-ambulâncias permanecessem paradas, inúteis nos Postos, quando a cidade inteira necessitava delas, embora não as quisesse.<sup>2</sup>

(1) Estado da Guanabara. Secretaria de Saúde etc. op.cit. 1972.

(2) Grifo nosso.

Os primeiros atendimentos foram a falsos doentes, mandados cair (pela Prefeitura) em várias ruas a exigir ambulância. No sentido de educar o povo carioca e de prepará-lo para capacitar-se ao uso dos novos serviços,<sup>1</sup> foram feitos vários ensaios de socorro, no Campo de Sant'Ana e em outros locais (...) As autoridades trocaram, para isso, os guardas-jardins, de praças, determinando que simulassem mal-estar para que a ambulância fosse chamada."

É assim que, ao final da década de 20, as tentativas de organização do serviço municipal (inclusive com propostas de implantação de dispensários, assistência materno-infantil e clínicas escolares) resumiam-se apenas à ampliação dos serviços de urgência<sup>2</sup> e à criação do posto auxiliar do Méier.

Essa tendência será rompida apenas temporariamente durante a gestão de Pedro Ernesto (1931-36), onde predomina uma perspectiva de assistência policlínica e regionalizada, marcada pela constituição de uma rede de hospitais e ambulatórios em todo o município. A chamada "Reforma Pedro Ernesto" tinha como princípios fundamentais a descentralização e a autonomia local na prestação de cuidados à saúde, prevendo a centralização apenas para

---

(1) Grifo nosso.

(2) Nesse período se deram a ampliação do Posto Central de Assistência e a criação do Hospital de pronto-socorro, anexo ao primeiro. Foi inaugurado ainda o Posto de Salvamento de Copacabana, em um novo prédio na Avenida Atlântica, de modo a comportar, além do serviço de Pronto-Socorro Marítimo, o atendimento a escolares pobres, e o Dispensário.

os hospitais especializados, devido ao alto custo e pequeno número de casos.

Foram implementadas, nesse período, as construções do Hospital Regional Policlínica de Campo Grande (atual Rocha Faria e inaugurado em 1940); o Hospital Periférico da Gávea (atual Miguel Couto); o Hospital Regional de Marechal Hermes (atual Carlos Chagas); o Hospital Jesus; o Hospital Pedro Ernesto; o Hospital Getúlio Vargas; o Dispensário de Campo Grande (com cinco subpostos rurais, em Vargem Grande, Pedra de Guaratiba, Ilha e Setúba); o Dispensário da Ilha (atual Hospital Paulino Werneck); o Dispensário do Méier (atual Salgado Filho); o Dispensário do Sapê (atual Hospital Carmela Dutra); o Dispensário de Paquetá (atual Hospital Arthur Villabon); e o Dispensário de Cascadura (atual Maternidade Estadual Herculano Pinheiro).<sup>1</sup>

A política de Pedro Ernesto teve implicações profundas na constituição da rede hospitalar do Município do Rio de Janeiro. Após seu afastamento, houve um retorno ao pronto-socorrismo, que, no entanto, "teve que conviver com as realizações já concluídas ou iniciadas no período Pedro Ernesto".<sup>2</sup>

A política municipal teve progressivamente acentuada a diferença entre duas formas de atuação: por um lado, o desenvolvimento da saúde pública, com a retomada de políticas campanhistas e programas verticais; por outro, a assistência médica, centrada no atendimento hospitalar

---

(1) Estado da Guanabara. Secretaria de Saúde etc. op.cit. 1972.

(2) Gadelha, P.E. Assistência Médica no Rio de Janeiro etc. op.cit., 1982.

lar de emergência, em um grande número de hospitais distribuídos pelo município.

Em 1939, os serviços de saúde da União<sup>1</sup> foram transferidos para a Prefeitura do Distrito Federal, e as instruções que vieram regulamentar a unificação, em 1940, definiam que as atribuições de Saúde Pública seriam exercidas pelos Centros, Subcentros ou Postos de Saúde. Estes prestavam, entre outros, serviços de Pré-Natal, Higiene Infantil, Tuberculose, Lepra, Exames de Saúde e Doenças Venéreas.

Mais tarde, com a transferência da Capital Federal para Brasília, em 1960, a cidade do Rio de Janeiro assumiu a forma política de Estado da Guanabara, onde se superpunham os níveis estadual e municipal.<sup>2</sup>

Em 1962, a Secretaria de Saúde passa a ter sua estrutura configurada através de dois órgãos principais: a Superintendência de Saúde Pública, responsável pela medicina preventiva, e a Superintendência de Serviços Médicos - Suseme -, responsável pela rede hospitalar. A Suseme funcionava como autarquia com personalidade jurídica própria e dotada de autonomia administrativa, financeira e econômica.

Essa reestruturação, além de manter a dicotomia entre

---

(1) Hospital Colônia de Curupaiti, Hospital São Sebastião, Laboratório Bromatológico e Centro de Saúde nº 4, Serviço de Fiscalização ao Leite, Centros de Saúde nº 1, 5, 10 e 12, Subcentro de Saúde da Ilha do Governador, Hospital Pedro de Almeida Magalhães, Hospital Guilherme da Silveira, Hospital Miguel Pereira, Abrigo Retiro Saudoso, Hospital Torres Homem, Hospital Pedro II, Hospital São Francisco de Assis, Hospital Estácio de Sá.

(2) A lacuna histórica sobre os anos 40 e 50 deveu-se à dificuldade de acesso imediato a bibliografia específica sobre assistência municipal no período.

as ações de saúde pública e de assistência hospitalar, parece reforçar esta última através da autonomia conferida à Suseme, que tem, inclusive, possibilidades de realizar empréstimos no exterior para aquisição de equipamentos hospitalares.

Durante toda a década, a área hospitalar sofre reformas e ampliações, dentre as quais podem ser citadas: a inauguração do novo Instituto de Cardiologia, em um prédio de nove andares, com capacidade de 90 leitos e Centro Cirúrgico; a inauguração do Hospital Olivério Kraemer; ampliações dos Hospitais Miguel Couto, Getúlio Vargas, Rocha Faria e Moncorvo Filho; conclusão e inauguração do Hospital Salgado Filho e do Setor de Emergência do Souza Aguiar.

Cabe assinalar que, 1964, a Suseme chega a implantar a cobrança de atendimentos realizados na rede hospitalar, medida que é suspensa no ano seguinte. No entanto, essa perspectiva se mantém, como é possível perceber no texto a seguir, referente à administração de Hildebrando Monteiro Marinho (1966/70):

"Não é mais possível admitir-se que uma Rede Hospitalar como a do Estado da Guanabara possa continuar realizando toda a espécie de exames, dos mais simples aos mais especializados ou intervenções cirúrgicas em número cada vez maior, sem que haja da parte dos usuários, mesmo daqueles mais bem-dotados, qualquer retribuição. A assistência preventiva à população e a assistência hospitalar aos sem recursos está assegurada pela pró

pria Constituição. É indispensável a cobrança dos atendimentos das outras categorias da população, atendendo para as possibilidades financeiras dessas categorias. As cobranças direta e indireta deverão ser instituídas a breve prazo, para se evitar o ônus cada vez maior que recai sobre o Estado."<sup>1</sup>

Nesse período, parece haver ainda um esforço de modernização com a implantação de cozinhas industriais, racionalização da conservação e distribuição de alimentos e da reposição de medicamentos da rede hospitalar e ênfase na constituição de Arquivo e Documentação Médica.

Sob a justificativa da racionalização, foram entregues a entidades privadas vários serviços, como a manutenção especializada, a limpeza, a vigilância e segurança de diversas unidades.

Essas características correspondem à tendência modernizadora e privatizante também observada, no período, em outras instituições do setor saúde, tais como a Previdência Social e o próprio Ministério da Saúde.

---

(1) Estado da Guanabara. Secretaria de Saúde. Superintendência de Serviços Médicos. Assistência Pública - 80 Anos de História. Guanabara, 1972.

## 2. EVOLUÇÃO RECENTE DO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA NO RIO DE JANEIRO

Durante a década de 70, uma série de fatos vai marcar a prestação de assistência médica e, particularmente, a do atendimento de emergência no âmbito municipal.

Em 1974, através da Lei Complementar nº 20 de 1º de julho, ocorreu a fusão dos Estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, sendo criado o Município do Rio de Janeiro, onde se situa a Capital do novo Estado. Naquela ocasião, a rede assistencial existente no novo município ficou distribuída da seguinte forma:<sup>1</sup>

- **no âmbito municipal:** quatro hospitais gerais (Miguel Couto\*, Paulino Werneck\*, Salgado Filho\* e Souza Aguiar\*) seis hospitais especializados (Barata Ribeiro, Fernando Magalhães, Herculano Pinheiro, Jesus, N.S. do Loreto, Salles Neto\*); quatro hospitais dispensários (Carmela Dutra, Lourenço Jorge\*, Manoel Arthur Villa boim\*, Rocha Maia\*); dois institutos (Geriatria e Gerontologia, e Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark), além de centros e postos de saúde;
- **no âmbito estadual:** seis hospitais gerais (Carlos Chagas\*, Getúlio Vargas\*, Moncorvo Filho, Padre Olivério Kraemer\*, Pedro II\*, Rocha Faria\*); sete hospitais especializados (Anchieta, Clemente Ferreira, Colônia Estadual Curupaiti, Pedro de Almeida Magalhães, Santa Maria, São Sebastião, Torres Homem); quatro institutos (Cardiologia Aloysio de Castro, Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione, Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcante).

(1) Estado do Rio de Janeiro. FIDERJ. Estatísticas do Sistema de Saúde de, 1977. Rio de Janeiro, FIDERJ/DIGES/SIPE, 1977.

(\*) Com serviços de emergência.

No período pós-64 deu-se um processo de centralização federal que teve profundas implicações na autonomia política e financeira dos estados e municípios. A excessiva concentração tributária pela União, principalmente após a reforma de 1967, resultou em um esvaziamento estadual e municipal que teve sua mais grave expressão já na década de 70.<sup>1</sup>

Em 1979, no II Encontro Municipal de Saúde,<sup>2</sup> os representantes de 67 municípios, reunidos em Niterói, concluíam que:

"os municípios estão cada vez mais pobres, em esvaziamento tributário, endividamento e insolvência, e a União avança a passos largos para a exclusividade na participação do bolo tributário. Da soma de tributos arrecadados pelo município, cabe a eles cerca de, no máximo, 9% (...) Em termos médios, a receita per capita da União, entre 1970 e 1978, cresceu 390%, a do Estado 11% e a do Município caiu 6%".

No Rio de Janeiro, o esvaziamento tributário agravou muito a situação do setor saúde, tradicionalmente desprivilegiado entre as políticas públicas. Isso implicou, entre outras coisas, o sucateamento das redes hospitalares do Município e do Estado, com perda progressi

---

(1) Dal Poz, M.R. Os municípios e a organização dos serviços de saúde de no Brasil frente ao processo de urbanização. Dissertação de Mestrado em Medicina Social, IMS/UERJ, 1980.

(2) Encontro Municipal do Setor Saúde (II: 1979 24-27 outubro: Niterói) Relatório Final (mimeo).

va de importância na prestação da assistência de urgên  
cia, frente ao crescimento inquestionável do setor previ  
denciário nesse tipo de atenção.

O atendimento de urgência nas unidades previdenciárias  
tinha até 1970 um caráter básico de pronto-atendimento,  
exclusivo da clientela segurada, e prestado por suas  
unidades próprias. Os dados consolidados disponíveis  
nas publicações oficiais (Tabela 1), indicam, em 1970,  
a prestação apenas de "primeiro atendimento", correspon  
dendo a 21,4% do total de atendimentos nas unidades dos  
Estados da Guanabara e Rio de Janeiro. Verificando as  
unidades apenas do primeiro, essa proporção caía para  
16,9%.

No ano seguinte, aparece discriminado o atendimento de  
emergência que até o ano da fusão era prestado, na Guana  
bara, exclusivamente na rede própria; no Rio de Janeiro,  
os serviços contratados tinham pequena expressão (0,8%  
em 1972 e 10,6% em 1974<sup>1</sup>).

A partir da fusão, os dados são disponíveis apenas para  
o Estado como um todo e evidenciam que a participação  
proporcional do setor privado contratado cresce princi  
palmente de 1975/77<sup>2</sup>, chegando no entanto a apenas 24,4%  
do total.

Em 1980, os atendimentos passam a ser prestados também  
por entidades sob convênio, modalidade já existente para  
os demais atendimentos a pacientes externos e que respon

---

(1) Não encontramos disponível a publicação dos dados consolidados em 1973.

(2) Quando é implantado o Plano de Pronta Ação (Portaria n.º MPAS-39, de 5/9/74), que determinava que, em casos de urgência, a rede de ser  
viços, privada ou estatal, deveria atender os pacientes independen  
temente da vinculação ao INPS.

deu naquele ano por 41,4% do total de consultas de urgência/emergência. A rede própria prestou 45,6% e o setor contratado, 12,8% do total desse tipo de atenção.

Nos anos subsequentes, essa relação se mantém com uma pequena queda relativa dos conveniados e aumento das proporções dos contratados e próprios, chegando estes últimos a 52,4% do total, em 1984.

Comparando a evolução do volume de pronto-atendimento, de consultas de urgências/emergências e as demais (Tabela 2), observa-se que os primeiros, embora aumentando durante os anos 70, a partir de 1980 sofrem um declínio importante, chegando a 64% do volume inicial; as consultas de urgências/emergências cresceram 271,2%, no período, tendo seu pico em 1980, quando é incluída a modalidade de convênio para esse tipo de atendimento. Esse crescimento foi maior do que o observado para as consultas ambulatoriais, que foi de 158,6% no período.

A observação dos atendimentos de emergência da rede municipal (Tabela 3) revela um crescimento mantido até 1971, quando começa a haver uma tendência ao declínio, não verificado no pronto-atendimento ou em consultas ambulatoriais que, ao contrário, tendem ao acréscimo. É importante notar que a diminuição de atendimentos de emergência pode simplesmente se dever à introdução do pronto-atendimento em 1972, já que sabidamente os primeiros não se restringem aos casos de maior severidade.

A rede da SESH, por sua vez, após a fusão, passou a ser constituída por sete hospitais com serviços de emergência, dos quais cinco se encontram no município do Rio de Janeiro. No período de 1976/82, houve uma diminuição de 13,4% no volume global de atendimentos a pacientes

externos pela rede hospitalar em todo o Estado. As consultas de emergência tiveram um pequeno aumento (22,9%), passando, no entanto, a ter um maior peso em relação ao total de atendimentos em 1982 (53,5%), quando comparado à proporção de 37,6%, em 1976.<sup>1</sup>

O setor privado não tem regionalmente um papel expressivo na atenção global de urgência. As informações consolidadas existentes datam de 1977 e foram publicadas pelo IBGE.<sup>2</sup>

Inicialmente, é possível observar que naquele ano o setor privado respondia por 3/4 dos estabelecimentos com serviços de emergência em todo o Estado (Tabela 4). Nos municípios da Região Metropolitana, à exceção do Rio de Janeiro, a proporção de privados chegava a 4/5 do total.

No entanto, ao se analisar a produção de serviços no mesmo ano (Tabela 5), comprova-se que o setor público prestou a maioria absoluta dos atendimentos de emergência. Isso aconteceu mesmo nos municípios fora da Região Metropolitana, onde o setor público tinha menos da metade do número de estabelecimentos e realizou quase o dobro de atendimentos do setor privado.

É possível visualizar, também, a grande concentração dos atendimentos no Município do Rio de Janeiro, onde o setor privado era particularmente inexpressivo.

Esse quadro pode ser, indiretamente, confirmado pelos dados oriundos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicí

---

(1) A Secretaria de Estado de Saúde e Higiene (SESH) teve, em 1976, 646.603 consultas de emergência, num total de 1.717.263; em 1982, 794.995 consultas de emergência, num total de 1.487.025.

(2) Brasil, IBGE. Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária. 1977.

lios (PNAD/IBGE), de 1981.<sup>1</sup> Nesse ano, o inquérito populacional identificou que, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 73,3% das pessoas que procuraram atendimento por motivo de acidente utilizaram serviços de saúde da rede pública (Tabela 6).

Comparando-se as três instituições do setor público, em 1982<sup>2</sup> (Tabela 7), observa-se que a maior parte dos atendimentos de emergência no Estado do Rio de Janeiro foi realizada pelo INAMPS, tanto em seus serviços próprios quanto nos contratados e conveniados. As unidades da SMS/RJ situadas na capital responderam por cerca de 10% dos atendimentos prestados no conjunto do Estado. Aquelas pertencentes a SESH, também concentradas nos municípios do Rio de Janeiro e Niterói, são responsáveis por igual parcela do total.

É preciso ressaltar, no entanto, que o atendimento extra-hospitalar é feito exclusivamente pelas redes municipal e estadual, tendo, por exemplo, papel preponderante nos primeiros socorros aos acidentes de trânsito.

Do ponto de vista da organização de assistência, as instituições prestam consultas em estabelecimentos de diferentes complexidades, que envolvem desde postos até hospitais de pequeno a grande porte, com disponibilidade variada de especialidades de apoio, centro cirúrgico ou unidades de tratamento intensivo. Esse quadro apenas reflete, no subsetor em questão, a ausência de hierarquização e regionalização do sistema de saúde, já apontado an

---

(1) Brasil, IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. V.5, 1981, T.5 - Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1983.

(2) Ano cujos dados eram disponíveis no início do projeto de pesquisa que originou a dissertação de mestrado; posteriormente, não foi possível atualizar os dados para as três instituições.

teriormente de modo exaustivo pelos profissionais da área. Pelas características intrínsecas da assistência de emergência, onde os riscos são de consequência mais imediata, a desorganização tende a ter repercussões mais graves e de maior impacto junto à opinião pública.

A lei 6.229, de 17 de julho de 1975, que criou o Sistema Nacional de Saúde, dispunha sobre as atribuições dos diferentes órgãos componentes dos níveis federal, estadual e municipal, cabendo aos municípios a manutenção dos "serviços de interesse da população local, especialmente os de pronto-socorro".<sup>1</sup>

O documento final do I Encontro Municipal do Setor Saúde, que reuniu em 1978 representantes de sessenta municípios do país, afirmava, como uma de suas resoluções, que:

"...a instalação e manutenção de serviço complexo de pronto-socorro pelo município deve ser exceção decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais (...) A prioridade de programação municipal de saúde deve estar voltada para a Atenção Primária, através de Postos de Saúde".<sup>2</sup>

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Saúde, recomendava-se:

"Torna-se inadiável a modificação da lei 6229/75, no que se refere à responsabilidade dos municípios pela manutenção de

---

(1) Grifo nosso.

(2) Encontro Nacional do Setor Saúde (I: 1978 17-20 maio: Campinas) Relatório Final (mimeo).

serviços de Pronto-Socorro, por insufici  
ência de recursos financeiros por parte  
da maioria deles." <sup>1</sup>

Essa perspectiva esteve presente em diferentes propo  
tas, implementadas ou não, durante toda a década de 70.  
Como resultado das tendências expressas internacionalmente,  
durante o período, no sentido de estender a cobertu  
ra dos serviços de saúde, diferentes tentativas têm sido  
feitas buscando racionalizar a prestação de cuidados mé  
dicos através da hierarquização da assistência, regiona  
lização dos serviços e coordenação das ações desenvolvi  
das pelas diferentes instituições.

No Rio de Janeiro, embora os documentos oficiais até  
recentemente viessem atribuindo ao município a prestação  
de serviços básicos de saúde <sup>2</sup> e efetivamente tenha havido  
a ampliação da rede de unidades de cuidados primários,  
o atendimento de pronto-socorro ainda possuía, em 1982,  
o maior peso relativo entre os serviços prestados pela  
**rede hospitalar da Secretaria Municipal de Saúde;** as  
consultas de emergência constituíam 35,1% das consultas  
produzidas pelos hospitais da rede municipal (Tabela 8).

Se analisadas em relação ao conjunto de consultas médi  
cas e odontológicas nos ambulatórios hospitalares, pron  
to-atendimentos, Centros Municipais de Saúde, Unidades  
Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde e Unidades Mu  
nicipais de Atendimento Médico Primário, ainda assim  
as consultas de emergência representam, em 1982, 21,4%

---

(1) Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (I:1980:Brasília) Anais.  
Brasília, Câmara dos Deputados, 1980 in: Dal Poz, M.R. Os muni  
cípios e a organização dos serviços de saúde no Brasil frente  
ao processo de urbanização. Dissertação de Mestrado em Medicina  
Social. IMS/UERJ, 1980.

(2) Propostas atuais passam pela municipalização dos serviços de saúde,  
exceto aqueles que, por sua extrema complexidade, cumprem um  
papel de maior abrangência regional.

do total. Essa proporção não variou muito desde 1974, quando correspondia a 26,2% do total, o que indica que, em termos de produção de serviços, não houve mudanças substanciais no período.

Por outro lado, do total de recursos orçamentários previstos para o mesmo ano, coube à Divisão Geral de Assistência Hospitalar (DGAH) - a quem compete a manutenção dos serviços hospitalares e, entre eles, os de emergência - 73,9% daqueles recursos, enquanto à Divisão Geral de Saúde Pública (DGSP) - responsável pelos serviços básicos de saúde - foram destinados apenas 20,1% dos mesmos (Tabela 9).

### **3. A SITUAÇÃO DE SAÚDE E AS EMERGÊNCIAS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

A análise do perfil de mortalidade do município evidencia a importância dos serviços de emergência dentro da estrutura assistencial: as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis, em 1982, por quase metade dos óbitos em ambos os sexos e todas as idades, sendo, de longe, o principal grupo de causas de mortes na população geral (Tabela 10). Nesse conjunto específico de óbitos, ressaltam-se as doenças cerebrovasculares, nas mulheres, e o infarto agudo do miocárdio, nos homens (Tabela 11).

As causas externas representaram 11,0% dos óbitos em ambos os sexos, constituindo-se no segundo grupo de causas de óbito da população masculina.

Esses dois grandes grupos de causas, que, somados, chegam a 56,8% das mortes, implicam, em sua maioria, o aten

dimento de emergência como etapa crucial da atenção médica.

As causas externas têm crescido acentuadamente de importância no quadro de saúde do Rio de Janeiro. Szwarcwald e Castilho <sup>1</sup>, analisando a evolução da mortalidade por esse grupo de causa, no Estado do Rio de Janeiro, identificaram um aumento de 34% entre 1970 e 1980. Esse aumento se deu, fundamentalmente, pela elevação anual do número de homicídios, embora os acidentes de trânsito de veículo a motor constituam o principal componente desse grupo de causas. O estudo revela que, em 1979, 18,6% dos óbitos por acidentes de trânsito, no Município do Rio de Janeiro, ocorreram em via pública, antes que fosse prestado qualquer atendimento. Essa proporção aumenta para 42,4% e 50,0%, na Região Metropolitana e interior do Estado, respectivamente, o que reflete, pelo menos em parte, a importância da disponibilidade de atenção médica de emergência no desfecho fatal dos acidentes de trânsito.

Entre os pacientes acometidos por infarto agudo do miocárdio, a literatura indica que 60% das mortes ocorrem antes mesmo que o paciente alcance o hospital; as complicações fatais como a fibrilação ventricular, por exemplo, geralmente ocorrem logo depois do início dos sintomas, e sua incidência diminui exponencialmente à medida que aumenta o tempo decorrido.<sup>2</sup>

Isso indica a necessidade de se prestar atendimento o mais rapidamente possível, no sentido de se obter impac

---

(1) Szwarcwald, C.L. e Castilho, E.A. Mortalidade por causas externas no Estado do Rio de Janeiro no período de 1976 a 1980. Cadernos de Saúde Pública, RJ, jan/mar, 1986:2(1): 13-8.

(2) Adgey A.A. et. alii. Acute phase of myocardial infarction. Lancet, 1971, 2:501-4.

to sobre a mortalidade. Goldman e Cook,<sup>1</sup> analisando possíveis fatores determinantes da queda da mortalidade por doença isquêmica do coração, observada nos EUA entre 1968 e 1976, estimaram em quase 40% a redução decorrente de intervenções médicas, entre elas a ressuscitação pré-hospitalar e o tratamento de arritmias na fase inicial. Ainda que a maior parte da diminuição dos óbitos tenha-se dado por declínio da incidência, fato atribuído por esses autores a mudanças de comportamento (como a diminuição do consumo de cigarro e gorduras animais) e a cuidados médicos regulares (como o controle ambulatorial da hipertensão), a redução da letalidade das doenças cardiovasculares passa necessariamente pelo atendimento de emergência adequado e precoce.

É preciso ressaltar, no entanto, que problemas relativos à organização do sistema de saúde em nossa realidade determinam um padrão peculiar de utilização dos serviços de saúde, estabelecendo-se um quadro onde a população, na tentativa de resolução de suas aflições, busca alternativas para as dificuldades de acesso à assistência.

Em primeiro lugar, sabe-se que a demanda atendida pelos hospitais municipais não se limita à população local, principalmente naqueles estabelecimentos em que, entre outros motivos, as vias de transporte transformaram em pólos de atração de moradores em áreas carentes de serviços de saúde.

Os serviços de emergência representam um importante setor da prestação de serviços, sobretudo na rede pública.

---

(1) Goldman, L. and Cook, F. The decline in Ischemic Heart Disease Mortality Rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. Annals of Internal Medicine, 1984; 101:825-36.

Suas características intrínsecas (funcionamento de 24 horas por dia e, pelo menos em princípio, sem restrições de clientela), aliadas à falta de racionalização e hierarquização do sistema de saúde, são fatores que fazem os serviços de emergência representarem, muitas vezes, a porta de entrada privilegiada para os demais níveis de assistência.

O congestionamento desses serviços por condições não-urgentes<sup>1</sup> implica o deterioramento da atenção prestada às emergências/urgências e o consumo de recursos especializados e de maior custo por um grande contingente de casos passíveis de serem solucionados de modo mais eficaz e racional em ambulatórios médicos e odontológicos.

Do ponto de vista dos usuários, não seria legítimo criar ou reforçar mecanismos de restrição ao atendimento nos serviços de emergência sem modificar o quadro precário da oferta de serviços de saúde em geral.

O aperfeiçoamento da triagem de pacientes, em várias realidades, tem tido resultados duvidosos na redução de casos de menor gravidade. A triagem pode ter "sucesso reduzindo o congestionamento nas áreas de emergência e acelerando o fluxo, mas uma proporção de não-urgências continua caracterizando a demanda".<sup>2</sup>

Certamente, a reorientação da clientela com condições não-urgentes passa pela melhoria da oferta de atendimen

---

(1) No estudo que originou este texto, observou-se proporções de não-urgências variando de 50 a mais de 70% dos atendimentos realizados, em 1983, nos três principais hospitais da SMS/Rio de Janeiro - H.M. Salgado Filho, H.M. Souza Aguiar e H.M. Miguel Couto.

(2) Weinerman, E.R., Ratiner, R.S., Robbins, A. and Lavenhar, M.A. Yale studies in ambulatory medical care, v. Determinants of use of hospital emergency services. *AJPH*, July, 1966: 56/7): 1037-56.

to ambulatorial, não apenas quanto à produção de consul  
tas, mas, também, quanto à adequação dos serviços produ  
zidos às necessidades da população.

#### **4. REORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO ÀS EMERGÊNCIAS: ALGUMAS PROPOSTAS**

A perspectiva de unificação do sistema de saúde deve ser entendida como um processo onde estratégias criativas podem consolidar os avanços obtidos, dando conteúdos pro  
gramáticos às articulações interinstitucionais já alcançadas.

Mesmo enfatizando os limites de medidas setoriais, pode-se considerar que o subsetor da prestação de serviços de emergência tem características que permitem pensá-lo co  
mo um espaço privilegiado de intervenção.

Existe, no Município do Rio de Janeiro, uma extensa rede de serviços de emergência (municipais, estaduais, do INAMPS e de hospitais universitários). Essa rede é es  
sencialmente pública e, apesar dos problemas de ordem ma  
terial, tem ampla tradição de assistência especializada.

Em primeiro lugar, seria necessário um dimensionamento da oferta atual de serviços de emergência das institui  
ções públicas, com o estabelecimento de categoria  
ção que permita hierarquizar essa rede.

Em princípio, deveriam ser definidos padrões mínimos de funcionamento, no sentido de orientar a desativação ou reestruturação de serviços que não cumprissem essas exi  
gências em determinado período de tempo.

A definição de padrões adequados dos serviços de emergência deve estar firmemente embasada pela identificação das necessidades regionais, através de dados epidemiológicos sobre o tipo, frequência e distribuição de acidentes e outras emergências médicas. Nesse sentido, as informações sobre mortalidade por essas causas, ainda que limitadas, podem fornecer um perfil da situação atual, expressando os casos de extrema gravidade.

Cabe ressaltar que a ampla distribuição geográfica da rede de serviços públicos de emergência permitiria a chegada dos pacientes às unidades, em curto espaço de tempo, desde que havendo um sistema coordenado de atendimento, de modo a transportar ou encaminhar os usuários para o serviço mais próximo do local de ocorrência.

Atualmente, encontra-se implantado o atendimento de via pública por ambulâncias com equipamento complexo, pertencentes ao serviço do Corpo de Bombeiros. Essa alternativa, conquanto possa estar representando maior eficiência no socorro aos acidentados, refere-se apenas a parte do problema.

A falta de articulação entre as instituições prestadoras desse tipo de atenção não garante a continuidade necessária da assistência. Por outro lado, cada instituição tem sua própria frota de ambulâncias, muitas vezes em estado precário de conservação, para o transporte de pacientes entre unidades e o atendimento domiciliar.

A criação de uma central de atendimento externo deve ter caráter interinstitucional, com comando único, de fácil acesso aos usuários,<sup>1</sup> para que possa racionalizar os re

---

(1) Para reduzir a demora ao mínimo, deve existir um número telefônico único, padronizado e fácil de ser memorizado. Além disso, as ligações telefônicas devem ser gratuitas.

cursos e de fato garantir a atenção oportuna e adequada sempre que preciso. É necessário, por conseguinte, a de-  
finição concomitante de mecanismos claros de referência às unidades hospitalares mais próximas do local de ocorrência.

Parcela minoritária dos pacientes tem, no entanto, seu contato inicial com o sistema de saúde através do atendimento de ambulância. A grande maioria dos casos de emergência/urgência tem como porta de entrada o próprio serviço de emergência, devendo ser garantida a referência hospitalar nos casos onde esteja indicada a internação subsequente ao atendimento.

Nas demais situações, principalmente nos casos de agudização de doenças crônicas, será recomendável encaminhar os pacientes a serviços ambulatoriais para o acompanhamento rotineiro.

Em todos os casos, por definição, a assistência de emergência envolve a avaliação e estabilização imediatas de condições críticas, resumidas a contato único e de curta duração. Essas características fazem com que o fluxo de pacientes, através dos diferentes níveis de atenção, tenha um sentido único desde o contato inicial com o sistema. Isso permitiria testar mecanismos de referência que, pelo menos em tese, seriam menos complexos dos que os habitualmente necessários na atenção rotineira à saúde.

Quanto à organização da assistência hospitalar, o grande volume de traumas<sup>1</sup> deve orientar não apenas a composição

---

(1) No presente estudo, relativamente ao total de atendimentos, corresponderam a 29,2% no H.M. Souza Aguiar, 40,5% no H.M. Salgado Filho e 41,3% no H.M. Miguel Couto.

das equipes de plantão mas, também, a própria definição da localização espacial do atendimento prestado dentro dos serviços de emergência. Isso porque os recursos utilizados nesses casos diferem bastante daqueles necessários ao atendimento a condições não-traumáticas, o que determina, inclusive, diferentes fluxos de pacientes nos serviços.

Exceto os grandes traumas, que vão acarretar internações hospitalares e a necessidade de diversas especialidades cirúrgicas, a grande maioria dos casos é resolvida na própria sala de emergência, por profissionais de Traumatologia-Ortopedia e tendo a Radiologia como principal serviço de apoio propedêutico. Parte desses atendimentos, no entanto, resultará em contatos subsequentes com os serviços para novos curativos, retirada de pontos de sutura ou aparelhos gessados. Esses contatos, idealmente, poderiam ser efetuados ao nível ambulatorial. De qualquer forma, ainda que sejam realizados no próprio serviço de emergência, devem ser definidas rotinas que impeçam que esse tipo de atenção constitua fator adicional de congestionamento.

Sabe-se que a maioria das emergências/urgências não-traumáticas também resulta em alta médica após o atendimento. No entanto, quadros agudos como asma brônquica, cólica renal e crise hipertensiva costumam requerer, por vezes, horas de atenção até que estejam em condição de alta. Isto indica a necessidade de condições adequadas ao monitoramento dos pacientes, inclusive de acomodações confortáveis e situadas de tal forma que facilitem a supervisão de enfermagem.

Embora todos os serviços devam estar organizados para equilibrar qualquer caso de emergência, as especialida

des de apoio hospitalar devem ser hierarquizadas em função da magnitude das afecções correlatas. Assim, é recomendável a disponibilidade ampla de leitos nas especialidades básicas (Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e Gineco-Obstetrícia) e, adicionalmente, em algumas ou tras como a Traumato-Ortopedia. No entanto, a atenção a queimados, por exemplo, pode perfeitamente ser centralizada pelo pequeno número de casos<sup>1</sup> e o grau de especialização da assistência adequada.

As intoxicações exógenas, também, com pequeno número de casos<sup>2</sup> e, na maioria das vezes, constituindo grupo de extrema gravidade, são passíveis, frequentemente, de intervenção restrita ao próprio serviço de emergência. Já existe, hoje, um Centro de Informação Tóxico-Farmacológica, localizado em Manguinhos, prestando apoio à assistência a esses casos. Tal Centro deve ser reforçado, podendo ter suas potencialidades maximizadas se inserido em estrutura regionalizada de atenção às emergências.

## 5. COMENTÁRIOS FINAIS

Por razões óbvias, não se pretende esgotar aqui todos os aspectos que envolvem o tema em questão. Ao contrário, entende-se que este, por sua complexidade, merece ser objeto de investigações que possam aprofundá-lo nas suas diversas facetas.

Apesar de a literatura internacional sobre o tema ser razoavelmente extensa - embora nem sempre localizável aqui -, o que se tinha ao início do presente estudo eram

---

(1) Nos hospitais estudados as queimaduras (CID 940-949) representam cerca de 1 a 2% do total de atendimentos por causas externas.

(2) Da mesma forma, as intoxicações (CID 960-989) variaram de 1 a 3%.

fragmentos dessa realidade, expressos em documentos oficiais, notícias de jornal e opiniões diversas baseadas na experiência profissional.

Durante o desenvolvimento do projeto, iniciou-se na Universidade Federal do Rio de Janeiro um estudo sobre todos os serviços de emergência das diferentes instituições de uma área de planejamento definida (A.P.3.1), onde se situa a Universidade.

Em 1986, foi realizado um inquérito de usuários da sala de emergências pediátricas do Hospital Municipal Souza Aguiar, pelo Serviço de Pediatria do mesmo hospital, e os resultados ainda não estão publicados.

As propostas de municipalização dos serviços de saúde colocam em pauta a necessidade de um maior conhecimento sobre a lógica dessa rede de serviços em seus múltiplos aspectos. Parece existir uma grande lacuna na análise histórica da constituição da assistência hospitalar pública de âmbito municipal.

A maior parte da produção acadêmica sobre as instituições de saúde no país concentrou-se naquelas de âmbito federal, especialmente a Previdência Social.

Como Capital Federal, o Rio de Janeiro desenvolveu uma rede de assistência pública bastante complexa. No âmbito municipal, esse desenvolvimento teve peculiaridades importantes e, ainda, pouco exploradas. Por exemplo, ao contrário de outras realidades e dos próprios hospitais do INAMPS, a assistência hospitalar municipal nasceu montada em torno do pronto-socorro. Cabe perguntar por que essa vocação pronto-socorrista esteve presente em quase toda a sua história. Em que medida a estrutura existen

te dificultará o processo de reformas em curso?

Essas questões devem estar presentes não apenas no intenso debate político que se trava, atualmente, sobre as alternativas para o setor saúde. A produção acadêmica pode, mais do que respondê-las, antecipar novas questões que também contribuam para a viabilização de propostas nascidas nesse processo.

TABELA 1

Evolução das consultas de pronto-atendimento e urgências/emergências dos serviços próprios, contratados e sob convênio do setor previdenciário no Estado do Rio de Janeiro\* - 1970/84

| ANO    | PRONTO<br>ATENDIMENTO<br>(Próprios) | URGENCIAS/EMERGENCIAS |             |              | TOTAL   |
|--------|-------------------------------------|-----------------------|-------------|--------------|---------|
|        |                                     | PRÓPRIOS              | CONTRATADOS | SOB CONVÊNIO |         |
| 1970   | 2524041                             | -                     | -           | -            | -       |
| 1971   | 1524243                             | 2044757               | -           | -            | 2044757 |
| 1972   | 1402179                             | 2325930               | 9212        | -            | 2335142 |
| 1973   | ...                                 | ...                   | ...         | ...          | ...     |
| 1974   | 1487280                             | 3005571               | 151297      | -            | 3156868 |
| 1975   | 2007950                             | 3094434               | 413990      | -            | 3508424 |
| 1976** | 2452512                             | 3934540               | 448766      | -            | 4383306 |
| 1977   | 2397685                             | 4046119               | 861076      | -            | 4907195 |
| 1978   | 2678121                             | 3723643               | 940477      | -            | 4664120 |
| 1979   | 2609564                             | 3569457               | 1152824     | -            | 4722281 |
| 1980   | 3288278                             | 3773952               | 1063877     | 3436318      | 8274147 |
| 1981   | 2811255                             | 3452383               | 1323084     | 3009930      | 7785397 |
| 1982   | 2632627                             | 3432105               | 1245972     | 2236010      | 6914087 |
| 1983   | 2129010                             | 3652132               | 1098706     | 2531055      | 7281893 |
| 1984   | 1615165                             | 3980112               | 1301460     | 2309615      | 7591187 |

\* Até a Fusão, somados Rio de Janeiro e Guanabara

\*\* Estimativa a partir de dados do 1º semestre

Fontes: BRASIL. INPS. Diretoria de Planejamento. Atividades do INPS em 1970. Rio de Janeiro, 1970  
BRASIL. MPAS. INAMPS. INAMPS em Dados. Rio de Janeiro, 1972/1984.

**TABELA 2**

**Evolução dos atendimentos a pacientes externos da rede previdenciária segundo tipo -  
Estado do Rio de Janeiro - 1970/84**

| A N O | PRONTO ATENDIMENTO |      | URGENCIAS EMERGENCIAS |      | CONSULTAS AMBULATORIAIS |      | T O T A L |       |
|-------|--------------------|------|-----------------------|------|-------------------------|------|-----------|-------|
|       | Nº                 | %    | Nº                    | %    | Nº                      | %    | Nº        | %     |
| 1970  | 2524041            | 21,3 | -                     | -    | 9317593                 | 78,7 | 11841634  | 100,0 |
| 1971  | 1524243            | 12,0 | 2044757               | 16,1 | 9145844                 | 71,9 | 12714844  | 100,0 |
| 1972  | 1402179            | 10,3 | 2335142               | 17,3 | 9788086                 | 72,4 | 13525407  | 100,0 |
| 1973  | ...                | ...  | ...                   | ...  | ...                     | ...  | ...       | ...   |
| 1974  | 1487280            | 9,7  | 3156868               | 20,6 | 10687087                | 69,7 | 15331235  | 100,0 |
| 1975  | 2007950            | 11,3 | 3508424               | 20,6 | 12113861                | 68,7 | 17630235  | 100,0 |
| 1976  | 2452512            | 10,9 | 4383306               | 19,4 | 15731902                | 69,7 | 22567720  | 100,0 |
| 1977  | 2397685            | 9,3  | 4907195               | 10,0 | 20233041                | 78,4 | 25815769  | 100,0 |
| 1978  | 2678121            | 9,8  | 4664120               | 17,2 | 19826171                | 73,0 | 27168412  | 100,0 |
| 1979  | 2609564            | 9,6  | 4722281               | 17,4 | 19823799                | 73,0 | 27155644  | 100,0 |
| 1980  | 3288278            | 10,4 | 8274147               | 26,2 | 20020712                | 63,6 | 31583137  | 100,0 |
| 1981  | 2811255            | 8,7  | 7785397               | 24,0 | 21777010                | 67,2 | 32373662  | 100,0 |
| 1982  | 2632627            | 8,3  | 6914087               | 21,8 | 22147773                | 69,9 | 31694497  | 100,0 |
| 1983  | 2129010            | 7,0  | 7281893               | 24,0 | 20992191                | 69,0 | 30403094  | 100,0 |
| 1984  | 1615165            | 4,8  | 7591187               | 22,8 | 24098456                | 72,4 | 33304808  | 100,0 |

Fontes: BRASIL. INPS. Diretoria de Planejamento. Atividades do INPS em 1970. RJ, 1970.  
BRASIL. MPAS. INAMPS. INAMPS em Dados. Rio de Janeiro, 1978/1984.

TABELA 3

Evolução dos atendimentos a pacientes externos pela rede hospitalar da SMS/RJ segundo tipo - Município do Rio de Janeiro - 1966/80

| A N O | PRONTO ATENDIMENTO |      | EMERGÊNCIAS |      | CONSULTAS AMBULATORIAIS |      | T O T A L |       |
|-------|--------------------|------|-------------|------|-------------------------|------|-----------|-------|
|       | Nº                 | %    | Nº          | %    | Nº                      | %    | Nº        | %     |
| 1966  | -                  | -    | 471828      | 54,2 | 398442                  | 45,8 | 870270    | 100,0 |
| 1967  | -                  | -    | 586683      | 59,4 | 401783                  | 40,6 | 988466    | 100,0 |
| 1968  | -                  | -    | 660400      | 63,7 | 377099                  | 36,3 | 1037499   | 100,0 |
| 1969  | -                  | -    | 770505      | 65,1 | 413222                  | 34,9 | 1183727   | 100,0 |
| 1970  | -                  | -    | 835387      | 65,5 | 439598                  | 34,5 | 1274985   | 100,0 |
| 1971  | -                  | -    | 907944      | 69,8 | 392741                  | 30,2 | 1300685   | 100,0 |
| 1972  | 149543             | 10,6 | 833059      | 59,1 | 426728                  | 30,3 | 1409330   | 100,0 |
| 1973  | 276345             | 18,6 | 834225      | 56,3 | 371314                  | 25,1 | 1481884   | 100,0 |
| 1974  | 238960             | 16,4 | 773816      | 53,1 | 444132                  | 30,5 | 1456908   | 100,0 |
| 1975  | 310377             | 19,5 | 672679      | 42,3 | 605976                  | 38,2 | 1589032   | 100,0 |
| 1976  | 363562             | 21,0 | 781002      | 45,2 | 585622                  | 33,8 | 1730186   | 100,0 |
| 1977  | 447161             | 22,2 | 852793      | 42,3 | 715511                  | 35,5 | 2015465   | 100,0 |
| 1978  | 490540             | 24,8 | 736437      | 37,2 | 751257                  | 38,0 | 1978234   | 100,0 |
| 1979  | 580752             | 29,9 | 654625      | 33,8 | 703846                  | 36,3 | 1939223   | 100,0 |
| 1980  | 608302             | 31,9 | 684778      | 36,0 | 610981                  | 32,1 | 1904062   | 100,0 |

Fonçe: SMS/RJ

**TABELA 4**

**Estabelecimentos com serviços de emergência por tipo de entidade  
mantenedora segundo localização  
Estado do Rio de Janeiro - 1977**

| Localização                              | Público   |             | Privado    |             | Total      |              |
|--|-----------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|
|  | Nº        | %           | Nº         | %           | Nº         | %            |
| Capital                                  | 44        | 24,2        | 138        | 75,8        | 182        | 100,0        |
| Região Metropolitana<br>(exceto capital) | 20        | 18,9        | 86         | 81,1        | 106        | 100,0        |
| Demais Regiões                           | 35        | 29,7        | 83         | 70,3        | 118        | 100,0        |
| <b>Estado</b>                            | <b>99</b> | <b>24,4</b> | <b>307</b> | <b>75,6</b> | <b>406</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: BRASIL. IBGE. Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária.  
1977

**TABELA 5**

**Atendimentos de emergência por tipo de entidade mantenedora segun-  
do localização - Estado do Rio de Janeiro - 1977**

| Localização  | Público        |             | Privado        |             | Total          |              |
|--|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
|  | Nº             | %           | Nº             | %           | Nº             | %            |
| Capital  | 4829689        | 94,0        | 306844         | 6,0         | 5136533        | 100,0        |
| Região Metro-<br>politana<br>(exceto capi-<br>tal) | 2399311        | 78,2        | 667668         | 21,8        | 3066979        | 100,0        |
| Demais Regiões                                     | 943491         | 62,3        | 571076         | 37,7        | 1514567        | 100,0        |
| <b>Estado</b>                                      | <b>8172491</b> | <b>84,1</b> | <b>1545588</b> | <b>15,9</b> | <b>9718079</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: BRASIL. IBGE. Estatísticas da Saúde. Assistência Médico-Sanitária.  
1977

TABELA 6

Pessoas que utilizaram serviços de saúde no período de referência de 1 mês por rede utilizada, segundo o motivo pelo qual procuraram atendimento - PNAD 1982 - Região Metropolitana do Rio de Janeiro

| MOTIVO   | REDE PÚBLICA |      | REDE PRIVADA |      | REDE PÚBLICA E PRIVADA |     | TOTAL   |       |
|----------|--------------|------|--------------|------|------------------------|-----|---------|-------|
|          | Nº           | %    | Nº           | %    | Nº                     | %   | Nº      | %     |
| Doença   | 362727       | 55,1 | 285270       | 43,3 | 10887                  | 1,6 | 658884  | 100,0 |
| Acidente | 53903        | 73,3 | 19334        | 26,3 | 313                    | 0,4 | 73550   | 100,0 |
| Outros   | 123126       | 43,4 | 157630       | 55,5 | 3106                   | 1,1 | 283862  | 100,0 |
| Total    | 539756       | 53,1 | 462234       | 45,7 | 14306                  | 1,4 | 1016296 | 100,0 |

Fonte: BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios. v-5-1981, T.5. Rio de Janeiro, 1983.

TABELA 7

Atendimento de Emergência da Rede da SMS, SESH e INAMPS - Valores  
Absolutos e Relativos - Estado do Rio de Janeiro - 1982

| Instituição  | Atendimentos   |              |
|--------------|----------------|--------------|
|              | Nº             | %            |
| SMS          | 776993         | 10,0         |
| SESH         | 794995         | 10,2         |
| INAMPS*      | 6192161        | 79,8         |
| <b>TOTAL</b> | <b>7764149</b> | <b>100,0</b> |

\* Excluídos os dados dos convênios INAMPS/SMS e INAMPS/SESH.

Fontes: INAMPS, SESH e SMS.

TABELA 8

Atendimentos a pacientes externos nos hospitais da SMS/RJ  
Valores Absolutos e Relativos- 1982

| Tipo de atendimento | Nº      | %     |
|---------------------|---------|-------|
| Emergência          | 779751  | 35,1  |
| Ambulatório         | 730060  | 32,8  |
| Pronto Atendimento  | 714842  | 32,1  |
| Total               | 2224653 | 100,0 |

Fonte: DGAH/SMS

TABELA 9

Distribuição de Recursos Orçamentários por setor da SMS/RJ  
Valores Absolutos e Relativos - 1982

| S e t o r     | Frequência Absoluta (Cr\$ 1.000,00) | Frequência Relativa (%) |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------|
| Subsecretaria | 416778                              | 6,0                     |
| DGAH          | 5132873                             | 73,9                    |
| DGSP          | 1392623                             | 20,1                    |
| Total         | 6942274                             | 100,0                   |

Fonte: Orçamento-Programa - SMS/RJ - 1982.

TABELA 10

Óbitos por grandes grupos de causas definidas (CID), segundo sexo no Município do Rio de Janeiro - Valores absolutos e relativos - 1982

| CID   | HOMENS |       | MULHERES |       | TOTAL |       |
|---|--------|-------|----------|-------|-------|-------|
|   | Nº     | %     | Nº       | %     | Nº    | %     |
| D. Aparelho Circulatório                          | 8176   | 37,7  | 8214     | 46,5  | 16390 | 41,7  |
| Neoplasmas  | 3099   | 14,3  | 2846     | 16,1  | 5945  | 15,1  |
| Causas Externas                                   | 3434   | 15,8  | 906      | 5,1   | 4340  | 11,0  |
| D. Aparelho Respiratório                          | 2058   | 9,5   | 1420     | 8,1   | 3478  | 8,8   |
| D. Gland. End., Nutric., Metab. e Transt. Imunit. | 1011   | 4,7   | 1311     | 7,4   | 2322  | 5,9   |
| D. Aparelho Digestivo                             | 1106   | 5,1   | 660      | 3,7   | 1766  | 4,5   |
| D. Inf. Parasitárias                              | 1019   | 4,7   | 653      | 3,7   | 1672  | 4,2   |
| Algumas afecções originárias do período perinatal | 858    | 3,9   | 674      | 3,9   | 1532  | 3,9   |
| Todas as outras                                   | 931    | 4,3   | 967      | 5,5   | 1898  | 4,9   |
| Total   | 21692  | 100,0 | 17651    | 100,0 | 39343 | 100,0 |

Fonte: Estatísticas de Mortalidade/Ministério da Saúde.

**TABELA 11**

**Óbitos por causa do aparelho circulatório (CID-BR) segundo sexo no Município do Rio de Janeiro - Valores absolutos e relativos - 1982**

| CID - BR                   | HOMENS |       | MULHERES |       | TOTAL |       |
|----------------------------|--------|-------|----------|-------|-------|-------|
|                            | Nº     | %     | Nº       | %     | Nº    | %     |
| D. cerebrovascular         | 2499   | 30,6  | 2995     | 36,5  | 5494  | 33,5  |
| Infarto agudo do miocárdio | 2585   | 31,6  | 1700     | 20,7  | 4285  | 26,1  |
| Todas as outras            | 3092   | 37,8  | 3519     | 42,8  | 6611  | 40,4  |
| Total                      | 8176   | 100,0 | 8214     | 100,0 | 16390 | 100,0 |

Fonte: Estatísticas de Mortalidade/Ministério da Saúde.