

FERNANDO CESAR CHACRA

NECESSIDADES DE SAÚDE E DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:  
CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR, SEUS INCOMODOS E O DESEJO DE  
COMUNICAÇÃO COM A MEDICINA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

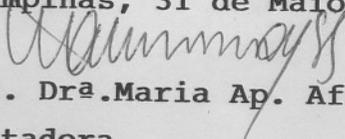
Campinas

1995

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP para a obtenção do título de Mestre em Medicina, área Saúde Coletiva do médico Fernando César Chacra.

Campinas, 31 de Maio de 1995.

  
Prof.ª. Dr.ª. Maria Ap. Affonso Moysés.  
Orientadora

UNIDADE	BC		
N.º CHAMADA:	T/unicamp		
	C344		
V.	E.		
TOMBO B3	25543		
PROC.	433,95		
C	<input type="checkbox"/>	D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	244,00		
DATA	20/09/95		
N.º CPD			

CM-00076757-1

FERNANDO CESAR CHACRA

**NECESSIDADES DE SAÚDE E DIAGNÓSTICOS MÉDICOS:  
CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR, SEUS INCOMODOS E O DESEJO DE  
COMUNICAÇÃO COM A MEDICINA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção de título de Mestre em Medicina, área de concentração em Saúde Coletiva, Departamento de Medicina Preventiva e Social.

**Orientadora: Maria Aparecida Affonso Moysés**

Campinas

1995

FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Chacra, Fernando Cesar

C944n

Necessidades de saúde e diagnosticos medicos : crianças em idade escolar, seus incomodos e o desejo de comunicacao com a medicina / Fernando Cesar Chacra. - - Campinas, SP : [s.n.], 1995.

Orientador: Maria Aparecida Affonso Moyses.

Tese (mestrado) Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciencias Medicas.

1. Saude publica. 2. Pediatria. 3. Saude escolar.  
4. Diagnostico. 5. Medicina - Filosofia. I. Moyses, Maria  
Aparecida Affonso. II. Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Ciencias Medicas. III. Titulo.

## Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: (A) Profa. Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés

### Membros:

1. Prof.Dr. Victor Vincent Valla: *Victor Vincent Valla*

2. Prof.Dr. Laymert Garcia dos Santos: *Laymert Garcia dos Santos*

3. Profa.Dra. Maria Aparecida Affonso Moysés: *Maria Aparecida Affonso Moysés*

Curso de pós-graduação em Medicina, área Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/05/95

A Amarilys

A Glauber

A meus pais

A meus irmãos

Agradeço à:

Amarilyns, Cenise, Willians, Eliana, Emerson, Maryara, Jurema, Gastão, Maurício, Priscila, Góia, Glauco, Yara, Ricardo, Suzana, Selma, Ricardão, Carlão, Teixeira, Angélica, Carmem, Carminha, Haideé, Tereza, Lina, Wagner, Solange, Nelson, Marilisa, Barros, Marcelo, Mônica, Salete, Silvana, Paulinho, Marisa, Raimunda, Zezé, Lúcia e Marcinha, pela amizade, companheirismo e interlocução;

Cida Moysés, pela orientação e pela introdução ao tema;

Todos residentes da Pediatria e alunos da FCM-UNICAMP com os quais trabalhei e venho trabalhando, sem os quais este mestrado não teria sentido;

Carlos Gamboa, Sérgio, Elaine, Andréia, Carlos Eduardo, Larissa, Kênia, Loíde, Maria das Graças, Patrícia, Ana Paula, Jandira, Jonatas, Kelly, Crizaura, Gracilda, Katia, Simone, Gisa, Cleber, Wilson, Fabrício, Lucas, Nina, Luíza, Cora, Maira, Iara, Rafael, Mariano, Thaís, Maria Laura, Juliana, Augusto, Julia, Henrique, Lyn, Yago, Glauber, entre outras crianças e adolescentes inesquecíveis..., pela constante presença neste trabalho.

## RESUMO

Este trabalho parte de uma série de insatisfações com relação às práticas de saúde voltadas para a criança em idade escolar. De tais insatisfações surge o primeiro movimento do trabalho, o levantamento de 2867 diagnósticos atribuídos a 782 crianças da faixa etária de 4 a 14 anos. Pretendia-se com o estudo do *perfil de morbidades* revelar quais seriam as *necessidades de saúde* do grupo.

Entretanto, chegou-se a conclusão de que não bastava levantar *diagnósticos médicos* para se compreender *necessidades de saúde*. Foi necessário transformar o objeto de estudo bem como a metodologia para abordá-lo, a partir dos *sujeitos* envolvidos.

A criança em idade escolar precisou ser compreendida como *sujeito*. O objeto de estudo, suas *necessidades de saúde*, teve que ser conceituado a partir de diferentes ângulos de visão. Desta busca de referenciais surge o conceito de *necessidade* que irá fundamentar os movimentos seguintes do trabalho: a necessidade de serviços de saúde passa a ser compreendida como *desejo de comunicação com uma medicina*.

O segundo movimento do trabalho parte deste objeto de estudo transformado, tentando compreender como tais *necessidades de comunicação* se constituem a partir de incômodos percebidos nos corpos até se apresentarem aos serviços.

As *necessidades de saúde* uma vez constituídas, ao apresentarem-se aos serviços médicos, confrontam-se com a realidade dos mesmos. Este confronto constitui o terceiro movimento do trabalho: *o processo diagnóstico*. A racionalidade médica e as dificuldades afetivas da relação médico-"paciente" completam a configuração de um dilema: podem as necessidades de saúde como *desejo de comunicação* serem compreendidas pelo arcabouço institucional e tecnológico da medicina atual?

## RESUME

This work springs from a course of dissatisfactions with regard to the health practices directed to the child in school age. From these dissatisfactions arises the first movement of the work, the survey of 2867 diagnosis attributed to 782 children in the age group from 4 to 14 years old. It was intended with the study of the *morbidities profile*, to reveal which would be the *health needs* of the group.

However, it was brought to a conclusion that surveying medical diagnosis was not enough to comprehend *health needs*. It was necessary to transform the study object as well as the methodology to broach it, starting from the involved *subjects*.

The child in school age needed to be comprehended as subject. The study object, her *health needs*, had to be conceived from different points of view. From this search of references arises the concept of *necessity* that will found the next movements of the work. The necessity of health services has come to be comprehended as *desire of communication with a medicine*.

The second movement of the work springs from this study object transformed, trying to comprehend how these communication needs are constituted from the *discomforts* noticed in the bodies up to when they are presented to the services.

The *health needs* once constituted, when presented to the medical services, face the reality of these. This confrontation constitutes the third movement of the work: *the diagnosis process*. The medical rationality and the affective difficulties of the relationship doctor-"patient" complete the configuration of a dilemma: can the health needs as *desire of communication* be comprised by the technological and institutional framework of the current medicine?

## INDICE

Introdução	001
<b>Primeiro Movimento:</b>	
<b>Necessidades e Perfil de Morbidade da Demanda</b>	<b>012</b>
Ponto de Partida...	013
Um pouco da história inicial do projeto	017
Primeira questão: sobre a representatividade dos dos dados estatísticos	023
Segunda questão: sobre a influência dos serviços	030
Terceira questão: sobre os registros	041
Quarta questão: sobre o enquadramento classificatório	043
Quinta questão: a classificação e a subjetividade	063
<b>Preparativos para o Vão</b>	<b>077</b>
<b>Os Sujeitos em Foco:</b>	
<b>As Crianças em Idade de Frequentar Escolas e seu Devir como Sujeitos Adultos</b>	<b>078</b>
<b>Em Busca de um Conceito de Necessidade</b>	<b>089</b>
<b>Segundo Movimento:</b>	
<b>A Constituição das Necessidades de Saúde e suas Formas de Apresentação</b>	<b>117</b>
O Incômodo	123
A Percepção dos Incômodos	134
A Carga Imaginativa e o Medo da Morte	145
A Necessidade de Dizer	161
A Necessidade de se Fazer Ouvido	173
A Mídia	175
A Afetação de outros Corpos	178
Formas de Apresentação das Necessidades	184

<b>Terceiro Movimento: das Necessidades aos Diagnósticos -</b>	
<b>o Processo Diagnóstico</b>	<b>190</b>
Barreiras Institucionais: os Serviços de Saúde e o	
Acolhimento das Necessidades	194
<i>Serviços-empresas e Serviços-arremedos -</i>	
<i>Diferenças no Acolhimento</i>	200
Barreiras de Ordem Técnica no Processo Diagnóstico	
Médico: as Máscaras e suas dificuldades	212
<i>O Momento Prático do Processo (ou a Prática)</i>	213
Possíveis máscaras envolvidas	215
Perspicácia e escolha das máscaras	220
A necessidade de vínculo afetivo	
eticamente suficiente	227
<i>O Momento Teórico do Processo</i>	
<i>(ou a Racionalidade)</i>	236
Sobre a tendência à medicalização	238
O fascínio pela técnica	245
Efeitos do desenvolvimento tecnológico	250
"Especialismo" médico, fragmentação do	
conhecimento, e necessidade de atualização	253
O hospital como centro de tecnologia	256
Apontando um Dilema	263
Anexo I	266
Anexo II	274
Bibliografia	299

"E não me esquecer, ao começar o trabalho de me preparar para errar. Não que o erro muitas vezes se havia tornado o meu caminho. Todas as vezes em que não dava certo o que eu pensava ou sentia - é que se fazia enfim uma brecha, e, se antes eu tivesse tido coragem, já teria entrado por ela. Mas eu sempre tivera medo de delírio e erro. Meu erro, no entanto, devia ser o caminho de uma verdade: pois só quando erro é que saio do que conheço e do que entendo. Se a 'verdade' fosse aquilo que posso entender - terminaria sendo apenas uma verdade pequena, do meu tamanho."

(Clarice LISPECTOR, *A Paixão Segundo G.H.*, 1964)

"A verdade se encontra acima de qualquer questão, ela é o que torna a questão possível."

(Olgária C. F. MATTOS, *O Iluminismo Visionário*, 1993)

**INTRODUÇÃO**

## Introdução

*"Foi praticando pediatria que me dei conta do valor terapêutico da obtenção da história e descobri que isto provê a melhor oportunidade de tratamento desde que a história não seja feita com o propósito de coletar dados"*

(WINNICOTT, "Treinamento para psiquiatria de crianças", 1963)

Neste início de trabalho, é importante evocar a pessoa de WINNICOTT, através desta sua pequena observação sobre a importância da história clínica no trabalho do pediatra, por alguns motivos. WINNICOTT, que em sua biografia caminha *Da Pediatria à Psicanálise*, é um dos primeiros a ter sensibilidade de que a pediatria *"proporciona ao estudante e ao médico a melhor oportunidade de conhecer de verdade os pacientes pediátricos e seus pais"*. Com a perspicácia do bom clínico, sai a procura de outros referenciais teóricos para melhor compreender as dificuldades cotidianas de seu trabalho. Está sempre a procura de uma *sinceridade* explícita, em busca de clareza, que pode ser observada na maioria de seus trabalhos sobre o desenvolvimento humano. E ainda um outro motivo para sua evocação é a *ousadia* de criar

conceitos a partir de suas experiências, leituras e constante debate reflexivo com seus interlocutores.

WINNICOTT reúne, assim, qualidades expressivas do que se considera necessário para a construção de alguma forma de conhecimento, independente do rótulo que este venha a ter.

Compreende-se aqui por processo de produção de conhecimento o *desejo* de se aproximar com *clareza* de alguma coisa que nos afeta. Desejo que é motivação, movimento e ação de homens concretos no sentido do aproximar, do explorar através de um meio, de uma forma criativa, de se comunicar com as coisas que os afetam. Coisas que não afetam isoladamente, mas sim como constituintes de um *todo* complexo que age, que reage, que tem um movimento, e que quando tomadas de forma isolada, deixam de ser a coisa da qual se pretende aproximar.

A aproximação, assim, só existe se permitir, através de um esforço *racional e emocional*, a revelação das relações da coisa com o todo: suas determinações, suas mediações, suas causas, e também as paixões envolvidas, as dificuldades e crises existenciais... Não há como separar razão de emoção... Um esforço exige o outro...

A coisa que aqui se propõe a uma aproximação é um processo\*: um processo de elaboração de um *perfil de diagnósticos médicos atribuído a crianças de uma determinada faixa etária* (4-14 anos), num determinado serviço de saúde, num determinado espaço de tempo. O desejo de aproximação se deu no momento em que o autor, ao procurar compreender quais eram as *necessidades de saúde*, ou melhor, as *necessidades por serviços de saúde* destas crianças, sentiu necessidade de transformar seu objeto de estudo, e tentar compreendê-lo a partir do que acontecia antes da coleta de dados, ou seja, da coleta dos diagnósticos.

A partir das dificuldades encontradas no dia a dia da coleta dos diagnósticos realizados no serviço foram surgindo várias questões, que se complicaram ainda mais no momento da construção do perfil procurado. Tais questões são apresentadas no primeiro movimento deste trabalho. É a partir delas que emerge a necessidade de busca de outros referenciais teóricos que permitissem uma aproximação mais clara do novo objeto que se constituía: que de busca de um *perfil de morbidade* da demanda desta faixa etária passa a ser: a compreensão dos movimentos que transformam um incômodo singular num desejo de comunicação concreto com uma

\* A palavra *processo* é utilizada neste trabalho no sentido de ressaltar que a intenção do estudo é compreender criticamente os movimentos, mudanças e fluxos da elaboração de um perfil de diagnósticos ou de um estudo de morbidade. Trata-se portanto de um esforço de compreender a sequência de todos os momentos desta elaboração de forma dinâmica, realçando as dificuldades e limites metodológicos deste tipo de trabalho.

*medicina* e a transformação que esta última faz para transformar esta *necessidade* em *diagnóstico*.

A partir de uma busca em outros campos teóricos tenta-se esboçar dois conceitos que serão fundamentais nos outros dois movimentos do trabalho: o conceito de criança e o conceito de necessidade.

Em seguida, lança-se num vôo teórico em dois movimentos:

- O movimento no sentido da compreensão das *necessidades de saúde* a partir de sua constituição como *desejo* de comunicação com alguma coisa que represente um saber sobre saúde e doença, ou seja, uma *medicina*; e,

- O movimento no sentido da compreensão das dificuldades na leitura que a *medicina oficial* faz dessas necessidades, que se transformam em diagnósticos médicos, ou seja, as dificuldades no *processo de produção de diagnósticos*.

Do ponto de vista metodológico o trabalho parte de um modelo quantitativo de pesquisa, cuja técnica será melhor detalhada no primeiro movimento deste trabalho. Este modelo busca identificar, a partir de anotações médicas em prontuários de um serviço de saúde, não só o perfil de diagnósticos atribuído à faixa etária em questão como apontar criticamente as dificuldades encontradas nesse processo. Algumas categorias empíricas foram criadas neste momento. A principal, e que coloca em questão toda a possível "objetividade"

esperada neste processo de trabalho, é a categoria diagnóstica de *dificuldades no modo de andar a vida*, para designar um grupo de diagnósticos que vinha sendo feito no serviço, mas que não encontrava nosologia adequada em sistemas classificatórios de doenças utilizados em trabalhos deste tipo. A categoria é criada a partir da assunção do que propõe Georges CANGUILHEM (1966) de que a clínica médica se esforça por normatizar e ordenar até mesmo "os modos de andar a vida".

Ao não assumir tal intenção, o discurso e a prática médica acaba atribuindo nosologias inadequadas a uma série de situações cotidianas, que nem de longe poderiam ser assim designadas. Para ficar mais claro, um exemplo: crianças que estão sofrendo algum tipo de dificuldade no seu cotidiano escolar, e que por algum motivo estão ameaçadas de fracassar nos objetivos escolares, são muitas vezes taxadas de portadoras de um *distúrbio de aprendizagem*, ou ainda, de um *déficit de atenção*. Um estado de tensão nas relações entre familiares muitas vezes é diagnosticado como *distúrbio emocional*, ou simplesmente é negligenciado como problema que mereça atenção por parte do médico. Assim, optou-se por agrupar em uma categoria, que pudesse destacar estes problemas cotidianamente apresentados nos serviços de saúde tais como, dificuldades escolares, dificuldades familiares, afetivas, do processo de desenvolvimento da criança e do

adolescente, etc, como uma categoria diagnóstica que acabou sendo denominada de *dificuldades no modo de andar a vida*.

Já a segunda parte do trabalho, que será chamada de *vôo teórico*, trata-se de uma tentativa de um *exercício de subjetividade* do autor. Exercício que não pode pretender a si nenhuma intenção metodológica pré-definida. Trata-se, sim, de um esforço do pensamento em visitar o cotidiano de algumas crianças, de seus pais, de seus médicos, etc, e deles extrair algum ponto de reflexão que traduza todas as intensidades de afetos envolvidos, todos eventos possíveis, todos os discursos. Destes pontos de reflexão, parte-se para novos vôos.

Permitir-se um *exercício de subjetividade* significa tentar produzir *subjetividade* a partir da singularidade das vivências do autor, mas ao mesmo tempo não perder de vista que este produzir singular articula-se em outros movimentos de produção de subjetividade individuais, coletivos e institucionais. Faz parte deste exercício identificar os entrelaçamentos de subjetividades singulares, bem como as relações destas com as produzidas por instâncias mais complexas. Em outras palavras, os processos de subjetivação, como diria Félix GUATTARI, "(...) não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egóicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de

natureza extrapessoal, extra-individual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, etológicos, de mídia, enfim sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagens, de valor, modos de memorização e de produção idéica, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos, etc.)" (GUATTARI, 1986, p. 31). A conexão dessas diferentes instâncias é um dos escopos desta tentativa. Para isto, o esforço teórico será dirigido, fundamentalmente, para a tentativa de contextualização, caracterização e análise das categorias escolhidas e/ou criadas. Assim como, as categorias emprestadas de outros autores e outras fontes (de grupo de autores, discursos diretos de pessoas do cotidiano, textos institucionais, conversas do dia a dia, filmes, programas de TV, etc.) merecerão o mesmo tipo de cuidado, para que se possa perceber claramente o *porquê* do empréstimo: se foi o caso de adesão, de reelaboração, de reforço, ou ainda de contraposição.

Não há preocupação classificatória ou de rotulação histórica, política ou ideológica dos interlocutores. Sem com isto significar que o autor queira distanciar-se de qualquer posicionamento político ou ideológico, ou que desvalorize a contextualização histórica. A palavra ideologia não causa medo, nem é aqui compreendida como sinônimo de

rigidez intelectual diante dos acontecimentos históricos deste fim de século. Não se compartilha do falso discurso do *fim das ideologias*. Por outro lado, a preocupação exagerada de *coerência ideológica* parece neste momento histórico desnecessária. Quanto ao histórico, merecerá atenção sua referência e sua contextualização sempre que o conteúdo do texto emprestado assim o exigir para a sua mais fiel compreensão.

A busca de um *porquê* que fundamente a realidade cotidiana exige uma estratégia de trabalho em dois territórios simultaneamente: o *território do desejo* "iluminista" do autor que está em busca de *clareza* das coisas que o afetam neste momento, e o *território da cotidianidade* onde se produzem estas coisas que estão a afetar o autor.

Entende-se aqui por *território* a noção criada por Félix GUATTARI como forma de organização dos seres existentes de uma determinada sociedade. Territórios que delimitam esses seres e "(...) os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos". Como especifica GUATTARI, "(...) o território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos." (GUATTARI, 1986, p. 323)

O território, que aqui se está referindo como *território da cotidianidade*, será construído a partir da representação que o autor faz de seu cotidiano de vida, onde emerge o que mais está afetando o autor neste trabalho: a questão das práticas de saúde com relação às crianças em idade de frequentar escolas. Será reproduzido aqui de forma *ficcional*. Cada história, que será apresentada nos momentos de aterrissagem ao território cotidiano, constitui a recuperação de várias histórias vivenciadas e/ou imaginadas pelo autor em seu cotidiano de trabalho.

Um personagem dessas histórias pode significar a condensação de vários outros, reais ou imaginários. Uma situação apresentada pode ser a composição de mais de uma vivenciada ou imaginada. Enfim, mergulhar no cotidiano significa, neste trabalho, mergulhar na *ficção* de uma "realidade" controlada, onde suas pulsões processuais não podem ser apreendidas. Para isto, faz-se necessário lançar-se a outro território.

O território do desejo. Penetrar neste território significa tentar não se deixar *capturar* pela permanente reterritorialização que o sistema impõe à esfera do cotidiano. Trata-se da tentativa de "*abrir-se, engajar-se em linhas de fuga*", sem com isso se perder de curso ou se destruir. Pelo contrário, o *desejo* de fuga constitui-se no desejo de situar-se em um território que permita maior visibilidade de todo o processo enfocado, e ao mesmo tempo

permita a comunicação concreta com todos sujeitos envolvidos. Necessita v8o, em busca de altura e de luz, que, por sua vez, permitam observar o processo com mais clareza.

PRIMEIRO MOVIMENTO

Primeiro Movimento: Necessidades e Perfil de Morbidade da  
Demanda

*"Mesmo pressupondo-se uma adequação técnica, e ela deve ser buscada sempre, não há possibilidade de se eliminar o "erro", isto é, doenças existentes não serão diagnosticadas e aquelas que não existentes, o serão. Pois o processo diagnóstico se realiza em condições sociais e técnicas específicas, por e para sujeitos determinados, fatores estes condicionantes do que é possível ser diagnosticado."*

(H. Maria Dutilh NOVAES, *Diagnosticar e Classificar*, 1987, p. 192)

Ponto de partida...

Cotidiano de trabalho num Centro de Saúde de Campinas. 1990. Crianças e adolescentes se aproximam da área da Pediatria. Mães, pais, tias, avós, vizinhas, irmãos mais velhos, entre outros representantes ou tutores, procuram justificar o motivo de suas preocupações com as crianças.

Uma auxiliar de saúde tenta acolher as reivindicações. Sabe que nem todos serão atendidos, pois existe um limite no número de atendimentos. Alguns critérios de prioridade foram definidos pelo conjunto da equipe: crianças doentes devem ser priorizadas, as pequenas (lactentes e desnutridas) também. Mas o que foi definido como criança doente?

Dependendo do profissional presente no dia, os critérios mudam. Tem dia que o atendimento da criança com febre há poucas horas tem mais prioridade sobre aquela que já suportou duas semanas de febre. Tem dia que o critério é o inverso. De qualquer forma, o sintoma *febre* parece ser *prioridade*. Talvez seja porque *febre* é um dos sintomas que mais facilmente pode ser identificado como um problema que desarranjou o corpo. O aumento da temperatura, a languidez, a falta de apetites, e o medo de possíveis conseqüências tais como a convulsão, são elementos mais que suficientes para justificá-la como prioridade. Sem dizer que por trás deste sintoma estão a maioria das doenças. Outras situações também podem ser priorizadas (sempre a depender do médico que estiver atendendo no dia), tais como: tosse com falta de ar, falta de ar com chiado no peito, diarréias com sinais de desidratação, vômitos, alergias de pele, outras lesões de pele acompanhadas de desconforto, problemas urinários, e acidentes com indícios de intoxicação ou risco de sangramento... Outras situações, como dores e queixas mais vagas, têm que passar por uma avaliação do tempo de

evolução, parte do corpo afetada, e condições de aparecimento. Assim, uma situação de dor não presente no momento da solicitação de consulta, dificilmente, será considerada prioridade de atendimento. Se a dor, por exemplo, ocorreu "por causa" de um acidente, ou se a região afetada foi alguma considerada "nobre", quase sempre será um motivo de prioridade.

Outra prioridade definida é a da criança pequena. A idade é indício de fragilidade. Já que pela dificuldade de expressão, pode-se estar doente sem ser percebido como tal. É, portanto, prioridade no sentido da *prevenção* de possíveis agravos, que podem ser diagnosticados num momento em que a doença ainda pode estar "muda", porém com riscos de comprometer o desenvolvimento e até a vida da criança.

Quando a falta de vagas obriga a definir prioridades corre-se o risco de sempre estar sujeito a situações de conflito. Primeiro, porque dar *prioridade* quase sempre é confundido como sinônimo de dar *exclusividade*. O peso da *prioridade*, que tem o peso de definir *necessidade*, muitas vezes impede o *bom senso*. Situações de conflito entre médico e auxiliares, auxiliares e acompanhantes, e destes com os médicos são muito frequentes. Estas situações quase sempre são atribuídas aos acompanhantes, ou, quando muito, aos auxiliares do médico. São mães que "mentiram" e "forçaram" um atendimento que não era prioridade, ou são auxiliares que não observaram bem os critérios de seleção

das prioridades. O médico quase sempre é protegido pelo poder que lhe é conferido. É ele quem decide o que é prioridade, é ele quem determina, em última instância, o processo de trabalho de toda equipe. A racionalidade dos critérios de prioridade é fundamentalmente a mesma do conhecimento médico. Para isto, o médico, seu principal representante, lança mão de todo seu conhecimento técnico, que lhe confere o *poder* no espaço em que a prática tem sua vez.

Conhecimento técnico passa a ser sinônimo de saber e vivência prática. Daí surge a confusão de *prioridade* com *exclusividade*, pois a prática exige um conhecimento mais amplo que o técnico, *um conhecimento que passa pela compreensão do que é necessidade de saúde dos sujeitos da sociedade em questão*.

Esta redução de saúde ao que o modelo médico de atendimento pode oferecer às queixas apresentadas, através de condutas exclusivamente "técnicas", tem também reduzido os corpos ao que eles têm de biológico e orgânico, ao que é palpável ou identificável através de procedimentos onde os critérios estatísticos determinam e "distinguem" o que é *normal* do que é *patológico* quanto a queixa, e o que é eficaz e benéfico do que é ineficaz e de risco quanto à conduta.

O objetivo primeiro deste trabalho é um esforço de identificar as *necessidades de saúde* de parte das crian-

ças e adolescentes que chegam aos serviços de saúde e, muitas vezes, por algum motivo, saem insatisfeitas; ou por que não foram "encaixadas" nas prioridades do serviço, ou quando o foram, não conseguiram *comunicar* suas reais necessidades. Trata-se das *crianças e adolescentes em idade de freqüentar escolas\**, faixa etária reconhecidamente considerada como de pouco risco de mortalidade.

#### Um pouco da história do fase inicial do projeto

A experiência cotidiana de trabalho, bem como o desenrolar inicial do projeto desta dissertação são o marco zero desta empreitada. Tudo começa quando o autor se depara com o atendimento de crianças que fugiam ao controle, quase que natural, das prioridades estabelecidas pela pediatria e pelos programas de atenção à saúde da criança. No atendimento de crianças em idade escolar pôde-se perceber que as queixas quase nunca se encaixavam nos limites das priorida-

\* Utiliza-se, aqui, *crianças e adolescentes em idade de freqüentar escolas*, em vez de pré escolares, escolares e adolescentes por dois motivos: 1. para, de uma certa forma, ressaltar uma característica social comum do grupo estudado, que não se restringe a crianças escolares mas também as crianças em idade de freqüentar pré-escola e adolescentes, que também deveriam estar frequentando escolas; 2. por não poderem ser assim chamados como a literatura médica e pediátrica já os consagraram, pois estes grupos sociais apesar de estarem em *idades de freqüentar escolas*, não têm este direito de cidadania (direito à educação) garantido socialmente, em países como o Brasil. Serão muitas vezes, aqui, chamadas de crianças e adolescentes na faixa etária de 4 a 14 anos atendidas na Policlínica Municipal I de Campinas, em 1990, o que as caracteriza como *demanda específica* deste serviço de saúde.

des e, pior ainda, quando conseguiam escapar destes limites era no consultório que elas se "enroscavam".

Tornou-se necessário estudar mais. Os livros de pediatria, em sua maioria quase que ignoravam as queixas que causavam essas dificuldades. Ou, na melhor das hipóteses, abordavam-nas de forma insuficiente para abarcar a riqueza de detalhes que iam aparecendo nas histórias clínicas do dia a dia e as inúmeras indagações suscitadas. Para se estudar uma queixa como a de cefaléia, por exemplo, encontrava-se nos livros de pediatria uma lista de diagnósticos diferenciais extensa, que ia de *hemorragia subaracnóide pós traumática*, passando por *hipertensão intracraniana tumoral, infecciosa e parasitária*, por *meningites, sinusites*, até chegar nas *enxaquecas*, nas de *origem emocional*, e por fim, em algumas difíceis de classificar, agrupadas como *cefaléias recorrentes mal definidas*.

A grande maioria das crianças com cefaléia que se apresentava ao serviço, após uma anamnese detalhada e de um exame físico adequado, acabava ficando com diagnóstico de cefaléia a esclarecer e pouca coisa era feita além da orientação de analgésicos e tempo dedicado para conversa. A ansiedade com relação a este tipo de queixa foi crescendo quando nos retornos as queixas persistiam e acabava-se encaminhando a criança a um serviço de saúde mental. "O que o médico não esclarece é bem possível que não seja do âmbito de seu conhecimento", talvez seja da famosa "esfera psi",

portanto, procede-se o encaminhamento o quanto antes. Antes que ocorra um *suicídio* ou antes que alguém *enlouqueça*. O que nada adiantava, pois ou a fila de espera para atendimento com psicólogo estava muito longa, ou depois de uma ou duas consultas com o especialista, a criança ou a família desistia.

Foi neste momento que surgiu a questão: porque a medicina tradicional fragmenta tanto o corpo, que este não é mais responsabilidade de ninguém, ou seja, porque o corpo perdeu seu *estatuto* de corpo para transformar-se em aglomerado de órgãos, cada um referido a uma especialidade ou até mesmo a uma subespecialidade? Despertou-se assim o *desejo* de conhecer, com clareza, o processo de elaboração de tecnologia desta medicina. O que fazer para mudar tal situação?

O projeto de dissertação de mestrado foi decorrência desta indagação. Tinha que partir daí: da insatisfação que o atendimento destas crianças em idade escolar provocava em todos os envolvidos. Insatisfação de quem atendia e não conseguia dar conta das queixas, que quando "esmiuçadas" revelavam a necessidade de elaboração teórica que extrapolava os limites do conhecimento médico tradicional. Insatisfação da instituição serviço de saúde, pois o atendimento dessas crianças significava rompimento com os limites normatizados como prioridade-exclusividade. E por fim, insatisfação das crianças e de seus acompanhantes, que quando conseguiam ser

atendidas não conseguiam se encaixar em um diagnóstico claro.

Ficou evidente, neste momento, que a tecnologia médica não pertencia só aos médicos. Estava impregnada no corpo de todos. Mesmo que insuficiente e incomodativa era um *desejo* de todos: *desejo* de diagnóstico, *desejo* de terapêutica, *desejo* de prognóstico, *desejo* de atenção, *desejo* de cura... Com outras palavras, esperava-se um enquadramento em alguma classificação, fosse ela de normalidade ou de morbidade, bem como algum tipo de intervenção da medicina sobre o processo para que, por fim, se pudesse dizer-se *normal*, indivíduo perfeito, "saudável", "pelo menos estatisticamente", para viver numa sociedade que valoriza esta mesma normalidade estatística. O importante era estar "enquadrado". Enquadrado em alguma coisa que não fosse um *diagnóstico a esclarecer*...

Foi assim que surgiu a idéia de estudar o perfil de diagnósticos anotados nos prontuários das crianças da faixa etária de 4 a 14 anos, atendidas na Policlínica I de Campinas, no ano de 1990. Neste ano foram realizadas 1656 consultas médicas para 782 crianças e adolescentes desta faixa etária. Foram coletados diariamente todos os diagnósticos anotados nos prontuários dessas crianças.

Neste primeiro momento, trabalhava-se com a idéia de se estudar não uma amostragem, mas o universo das crian-

cas, para que se pudesse avaliar um levantamento que fosse o mais significativo possível do conjunto total das crianças. Foram anotados o nome da criança, o sexo, a idade, a procedência, o número de consultas realizadas no ano, a data de cada uma das consultas, o nome do médico responsável por cada atendimento, e os diagnósticos anotados.

Posteriormente, deste total de crianças atendidas, foi selecionada uma amostragem casual simples estratificada de 173 prontuários (22,1% do total). Os estratos escolhidos foram: três subgrupos proporcionais às faixas etárias consideradas diferentes (de 4 a 7 anos, de 7 a 10 anos, e de 10 a 14 anos), e dois grupos de médicos responsáveis (um primeiro de médicos contratados pela Prefeitura Municipal de Campinas com objetivos exclusivamente assistenciais, e um segundo grupo de médicos docentes do departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas, contratados para uma atividade de supervisão docente-assistencial). Os dois grupos de médicos foram subdivididos em quatro subgrupos, por critérios relativos ao tipo de vínculo com serviço, tempo de trabalho no serviço, tipo de anotações nos prontuários, etc., que mais adiante serão apresentados.

O objetivo deste estudo amostral era identificar padrões de atendimento que pudessem justificar diferenças na abordagem clínica e produção de diagnósticos nos diferentes subgrupos de faixas etárias e nos diferentes subgrupos de

médicos, cujos vínculos contratual e com o serviço, a princípio, foram considerados diferentes.

O que se chamou *padrão de atendimento*, na realidade, se restringiu ao *padrão de anotação do atendimento*. Este último era o que de mais concreto se tinha para avaliar que preocupações cada profissional deixava registrado nos prontuários. Uma vez que estes são de domínio público e sujeitos a possíveis auditorias da secretaria de saúde, bem como de qualquer órgão judicial competente que queira investigar os procedimentos médicos do serviço, inferiu-se que as anotações deveriam refletir um certo grau de veracidade que se aproximava das preocupações centrais decorrentes do atendimento.

A análise dos prontuários consistia, num primeiro momento, em avaliar forma de anotação da queixa, o conteúdo da história clínica (quanto a cronologia dos sintomas, grau de detalhamento dos mesmos, elementos relativos a antecedentes pessoais e familiares, abordagem de aspectos psicológicos, culturais e sociais), o exame físico quanto a elementos essenciais a serem avaliados dependendo da história, com o objetivo de identificar os subgrupos médicos a serem estudados. Num segundo momento, os diagnósticos atribuídos às crianças e adolescentes foram submetidos a uma leitura classificadora e comparativa pelo autor, que procurou utilizar-se ao máximo da forma que os diagnósticos foram anotados. Todavia, tendo, muitas vezes, que eliminar também ao máximo

as singularidades da anotação de cada médico e de cada situação diagnóstica em si, para torná-las compatíveis com um sistema de classificação diagnóstica, que permitisse comparações entre as faixas etárias, entre os subgrupos de médicos, e com outros trabalhos de morbidade.

Surgiram indagações e dificuldades no processo de coleta e análise de dados sobre as crianças e sobre os diagnósticos a elas atribuídos, que fizeram emergir uma série de questionamentos com relação à utilização de *métodos quantitativos* no estudo de questões complexas como a que desencadeou esta pesquisa, ou seja, as *necessidades de saúde* de uma determinada faixa etária.

**Primeira questão: sobre a representatividade dos dados estatísticos**

*Que representatividade pode-se esperar desses dados após a coleta e análise dos mesmos?*

Ao se tentar estudar todos os diagnósticos estabelecidos pela equipe de pediatras da Policlínica I de Campinas, pretendia-se encontrar um *conjunto de necessidades de saúde* que tivesse algum nível de *representatividade* da "realidade" daquelas crianças e que, ao mesmo tempo, permitisse a elaboração de propostas de atendimento mais próximas

dessa "realidade". Logo se percebeu que mesmo se aproximando ao máximo do conjunto de crianças que foram atendidas, a representatividade do possível *perfil de necessidades* a ser encontrado se limitaria às necessidades não de quem conseguisse chegar ao serviço, mas sim daqueles que conseguissem sair com alguma leitura médica de sua necessidade.

A necessidade de que o perfil buscado *representasse* o máximo possível (pelo menos a "realidade" daqueles que procuraram o serviço e foram atendidos no ano de 1990) suscitou a idéia de se trabalhar com o número de crianças mais próximo possível da realidade, ou seja, o *universo* das crianças atendidas na faixa etária em questão. As *estatísticas de produção* de serviços, relativas ao atendimento médico do ano anterior, permitiam que se pudesse "prever" que o número total de crianças da referida faixa etária, a serem atendidas no ano de 1990, não seria um número exagerado, e portanto, passível de ser estudado pelo autor. Assim as estatísticas do serviço reforçaram a idéia de se trabalhar, a princípio, com o universo das crianças atendidas.

Outro limite começou a ser percebido quando o que se tinha de mais "real" das crianças era o *registro do atendimento médico* nos prontuários, ou melhor, as várias formas registrar e de interpretar o que se deve (ou não se deve) anotar num prontuário médico, bem como as diversas situações que determinam o que se é possível anotar. A pretensão de que o possível *perfil de morbidade* da demanda pediátrica com

faixa etária entre 4 e 14 anos fosse representativa da "realidade" da mesma começava a desabar.

A tal "realidade", desta forma, ia mostrando-se cada vez mais longe das crianças e cada vez mais perto do olhar médico e "epidemiológico" do autor sobre os prontuários das crianças. Assim, já delineava-se uma alternativa: em vez de *necessidades de saúde* ou *perfil de morbidade da demanda* estava se chegando a possibilidade de se obter algo próximo de *representação ou leitura do autor do perfil de diagnósticos* atribuídos pelos médicos à demanda pediátrica de 4-14 anos, da Policlínica I Municipal de Campinas, em 1990.

Na *tabela 1* pode-se observar a distribuição dos 782 sujeitos com idade entre 4 a 14 anos e 11 meses, que procuraram atendimento médico na área de pediatria da Policlínica I Municipal de Campinas. Foram, aqui, distribuídos em três subgrupos etários estabelecidos previamente para análise comparativa, tendo em vista as possíveis diferenças no perfil que esses três subgrupos poderiam apresentar.

Por estarem vivendo diferentes etapas do desenvolvimento físico e emocional, assim como submetidas a diferentes exigências sociais, o perfil esperado para cada subgrupo etário deveria expressar diferenças, e ao mesmo tempo sinais de um certo aumento progressivo de diagnósticos vagos e pro-

cessuais. Em outras palavras, inferia-se a partir da experiência cotidiana de trabalho do autor como pediatra que alguns tipos de queixas começavam a aparecer a partir de determinada faixa etária, 4 a 7 anos e tornavam-se então progressivamente um problema significativo para o serviço como um todo, principalmente dos 10 anos em diante. Em termos de diagnósticos, estas queixas poderiam ou não se revelarem de alguma forma. Assim, ao se fracionar o universo estudado em três subgrupos etários tinha-se em mente evidenciar se esta observação empírica poderia ser quantitativamente identificada.

*Tabela 1.* Distribuição por subgrupo etário das crianças e adolescentes estudados neste trabalho e que constituem o universo da demanda pediátrica de 4 a 14 anos, atendida na Policlínica I Municipal de Campinas, em 1990.

Subgrupo etário	Número	%
entre 4a* e 6a e 11m**	268	(34,2)
entre 7a e 10a e 11m	309	(39,5)
entre 11a e 14a e 11m	205	(26,2)
Total	782	(100,0)

\* a = anos

\*\* m = meses

As 782 crianças foram atendidas em 1656 consultas médicas realizadas por médicos pediatras da Policlínica I, de 15 de janeiro de 1990 à 14 de janeiro de 1991. Receberam em média 2,11 atendimentos por criança. Na tabela abaixo, pode-se comparar a média de atendimentos e de diagnósticos por criança, para os três subgrupos etários analisados.

*Tabela 2.* Distribuição da demanda de 4 a 14 anos, dividida em três subgrupos etários, por número absoluto e média (por criança) de atendimentos recebidos e, por número absoluto e média (por criança) de diagnósticos realizados.

Subgrupo etário	Atendimentos			Diagnósticos	
	No.	%	X	No.	X
4a - 6a e 11m	589	(35,5)	2,19	999	3,72
7a - 10a e 11m	653	(39,4)	2,11	1036	3,35
11a - 14a e 11m	414	(25,0)	2,02	832	4,05
Total	1656	(100,0)	2,11	2867	3,66

Das 782 crianças, 50,9% receberam mais de um atendimento. A *Tabela 3* apresenta a distribuição das crianças e adolescentes segundo o número de atendimentos médicos recebidos no ano de 1990.

Tabela 3. Distribuição das crianças e adolescentes atendidos por número de atendimentos médicos recebidos no ano, Policlínica Municipal I, Campinas, 1990.

Número de atendimentos	Número de crianças e adolescentes	%
Apenas 1 atendimento no ano	384	(49,1)
Mais de 1 atendimento no ano	398	(50,9)
2 atendimentos	208	(26,5)
3 atendimentos	91	(11,6)
4 atendimentos	43	( 5,5)
+ que 4 atendimentos	56	( 7,2)

Na tabela seguinte (*Tabela 4*), os atendimentos foram categorizados em três tipos básicos de consulta, identificados pelo autor, que os categorizou da seguinte forma: a) Pronto atendimento (entendido, aqui, como atendimento que segundo critérios estabelecidos pelo serviço ao se avaliar as queixas a ele apresentadas, deveria ser realizado naquele mesmo dia); b) Atendimento agendado para uma primeira consulta (quando a avaliação da queixa apresentada permitiu um

adiamento e uma data programada para que o atendimento ocorresse); c) Atendimento agendado como retorno (entendido como todo aquele atendimento programado para que se pudesse avaliar a evolução dos eventos detectados em consultas anteriores, ou o próprio desenvolvimento físico e emocional das crianças consideradas saudáveis).

*Tabela 4.* Distribuição em número absoluto e percentual dos atendimentos por categoria tipo de atendimento, Policlínica I, Campinas, 1990.

Tipo de atendimento	Número	%
Pronto atendimento	518	(31,3)
Agendado 1o. atendimento	417	(25,2)
Agendado retorno	721	(43,5)
Total	1656	(100,0)

A partir da distribuição da demanda estudada nas categorias descritivas acima, engendra-se uma outra questão:

**Segunda questão: sobre a influência dos serviços**

*Que importância jogam os serviços no processo de elaboração de um perfil de diagnósticos da demanda?*

A *representação social\** que se faz dos serviços de atenção direta na área de saúde no sentido de identificar a finalidade dos mesmos, sua capacidade de acolhimento, seu nível de complexidade (tecnologia oferecida), sua capacidade resolutive, etc., delinea, até um certo limite, a demanda destes serviços. Também a *representação social* da estrutura do serviço, ou seja, do aspecto físico, das características individuais dos profissionais, e da própria demanda, delinham um outro limite.

A Policlínica Municipal de Campinas, tornou-se (sem nunca ter sido) policlínica no final de 1988, quando o projeto de implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) no município, se fazia como plano piloto de um projeto mais amplo que só se concretiza-

\* Utiliza-se, aqui, o que Denise JODELET conceitua como *representação social* e que "designa uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente caracterizados. Em sentido mais amplo, designa uma forma de pensamento social." (JODELET, 1984, p. 361) As representações sociais apresentam-se sobre várias formas: "imagens que condensam um conjunto de significados; sistemas de referência que nos permitem interpretar o que nos sucede, e inclusive, dar um sentido ao inesperado; categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenômenos e aos indivíduos com os quais temos algo a ver; teorias que permitem estabelecer fatos sobre eles." (idem, 1984, p.472)

As citações acima foram traduzidas pelo autor do original em francês; Cf. pg. 275, número 1, ANEXO II deste trabalho.

ria nos anos seguintes em todo estado. Tendo como proposta central a municipalização de serviços públicos de saúde (até então geridos com recursos técnicos e financeiros do estado de São Paulo), o projeto propunha reforma organizacional, gerencial e financeira. Transferiu-se, assim, ao município a responsabilidade integral por esses serviços, sem que um apoio consistente pautado em reformas mais profundas, como a do sistema tributário, fosse conjuntamente implantado.

Assim, de um momento para outro um centro de saúde estadual de nível de complexidade básico, com alguns recursos técnicos a mais que as outras unidades da rede básica de serviços, passava a assumir o *status* de ser a primeira policlínica municipal de Campinas, status que lhe conferia um caráter de serviço de nível de complexidade secundária. Embora passasse a ser assim chamada, o projeto de fato nunca foi de fato implantado. Portanto, quando aqui se fala de Policlínica I, deve-se ter em mente um centro de saúde com alguns recursos a mais (por exemplo, aparelho de raio-x, alguns médicos especialistas, tais como oftalmologistas e profissionais de saúde mental), localizado em região próxima ao centro da cidade e assim com possibilidade de manter um grupo de profissionais mais permanente e com algumas particularidades, tais como a especialização médica, e interesse maior em manter o emprego, dadas as precárias condições de trabalho e valorização do mesmo na rede como um todo. Ou seja, a capacidade de articulação de seus atores principais

com o restante dos profissionais passa por um viés "técnico" que destaca o serviço como um todo dos demais da rede, o que permite uma variabilidade maior de interesses individuais e coletivos dentro do serviço.

A área de pediatria da unidade, que é a que mais interessa a este trabalho, não se insere oficialmente como área de referência técnica de nível mais complexo para outros serviços da rede. No entanto, atende considerável número de crianças e adolescentes de outras áreas que de alguma forma não conseguem ser acolhidos nos respectivos serviços próximos de sua residência (ver tabela abaixo).

*Tabela 5.* Distribuição geral da demanda estudada, quanto à procedência (ou local de residência).

Procedência	Número	%
da área de cobertura	615	(78,6)
fora da área	153	(19,6)
sem informação	14	( 1,8)

Portanto, se a referência não se faz pela via oficial ela acaba ocorrendo por vias indiretas não oficiais, porém legítimas. Um exemplo: sabe-se que os Centros de Saúde do estado desenvolviam programas de controle de doenças específicas como a tuberculose. Portanto, mesmo não sendo um

serviço oficialmente identificado como serviço de referência para este tipo de problema na faixa etária pediátrica, o serviço é reconhecido como tecnicamente capacitado para lidar com tudo aquilo que se refere à tuberculose em crianças, ou seja, controle de comunicantes, diagnóstico, conduta e seguimento da conduta adequados. Assim, trata-se de um serviço de nível de complexidade primária com algumas referências não oficiais para ações programáticas específicas (tais como, o programa de tuberculose) para atendimento de crianças e adolescentes que chegam ao serviço após terem tido dificuldades no atendimento nas unidades próximas de suas residências, ou no pronto socorro do hospital municipal localizado ao lado da unidade e, ainda, para queixas agudas de crianças acompanhadas em outras áreas de atendimento da policlínica, tais como serviço de saúde mental, dermatologia, etc.

A equipe de pediatria é constituída de profissionais com vínculos profissionais diferentes e com interesses específicos, mas não antagônicos. Parte da equipe é contratada pela Universidade Estadual de Campinas e volta-se para o ensino apoiado na assistência supervisionada de crianças e adolescentes para alunos de graduação em fase de internato em pediatria e de residência médica em pediatria (estágio de pediatria social). A outra parte da equipe é constituída de pediatras contratados pela Prefeitura do município de

Campinas com o objetivo central de desenvolver assistência individual à demanda de faixa etária pediátrica.

A carga assistencial do grupo docente equivale a carga assistencial de um médico contratado para o mesmo período de trabalho, ou seja, equivale a 3 (três) atendimentos por hora. Este número médio de atendimentos por profissional foi acordado entre os profissionais da área, tendo em vista o caráter didático de parte do serviço, bem como a avaliação de que este número se adequava aos padrões de qualidade nos atendimentos requeridos tanto pela demanda como pelos profissionais.

Os dois grupos de profissionais se articulam através da demanda assistencial que é a mesma para todos, ou seja, não há nenhuma recomendação no sentido de selecionar tipos de atendimentos, ou queixas específicas, ou ainda faixa etária determinada, para qualquer um dos profissionais envolvidos. Outra forma de articulação da equipe como um todo são as reuniões ordinárias para se planejar as ações que serão oferecidas pelo serviço, "organizar" o processo de trabalho da área, *dentro do possível*, e discutir protocolos técnicos de atendimento de problemas específicos selecionados pela equipe, também *dentro do possível*, como problemas significativos e merecedores de padronização (como por exemplo, diagnosticar e acompanhar crianças com anemia dentro do serviço, realizado no segundo semestre de 1990).

Em 1990, a equipe de profissionais responsável pelo trabalho docente-assistencial compunha-se de quatro docentes e três médicos contratados, que se dividiam na tarefa de supervisionar em média oito alunos e um residente nos dois serviços conveniados da universidade com a prefeitura (Policlínica I e Centro de Saúde Jardim Aurélia). A equipe de pediatras contratados para a assistência exclusiva compunha-se de quatro profissionais, que se dividiam em 2 pediatras por período de trabalho de quatro horas. Nesse ano, a equipe de médicos responsáveis exclusivamente pela demanda sofreu modificações em seus quadros, tendo passado pelo serviço 6 (seis) profissionais diferentes.

Neste trabalho a equipe de profissionais foi dividida em quatro subgrupos de médicos que, segundo a percepção do autor, tinham relações com o serviço e com a demanda diferenciados. Tendo em vista os interesses e formas de contratação, as responsabilidades diferenciadas (docente-assistencial e assistencial exclusiva), o tempo de trabalho em serviços da rede pública e o tipo de anotação dos atendimentos nos prontuários, os médicos foram divididos nos seguintes subgrupos:

- Médico A: subgrupo constituído por dois profissionais que atuaram no serviço com vínculo de trabalho estável no ano de 1990, contratados pela Prefeitura Municipal para assistência direta à demanda, por 20 horas semanais; com experiência de pouco tempo de trabalho em rede pública (um com experiência

inferior a dois anos e outro com experiência inferior a um ano); frequência e cumprimento de horários regulares bem como comparecimento frequente às reuniões "ordinárias" da equipe; que anotavam os atendimentos com clareza e objetividade centrada principalmente nos aspectos orgânicos das queixas, subdividindo a anotação em história, exame físico, chave de hipóteses diagnósticas e diagnósticos e conduta próxima ao que se "padronizava"\* pela equipe.

- Médico B: subgrupo constituído por dois profissionais com vínculos heterogêneos, mas com tipo de anotação em prontuário muito próximos; um dos profissionais atuou com vínculos estáveis, contratado pela Prefeitura Municipal para assistência exclusiva em 20 horas semanais, experiência de trabalho em rede pública de saúde inferior a dois anos, com frequência e cumprimento de horários regulares, comparecimento frequente às reuniões ordinárias da equipe; o outro profissional atuou no serviço no ano de 1990 por período irregular de alguns meses, contratado pela Prefeitura para 20 horas semanais de assistência direta exclusiva, com frequência irregular, e experiência em rede pública inferior a 1 ano; as anotações dos atendimentos em prontuário dos dois profissionais aproximavam-se do que será

---

\* a padronização das ações oferecidas pelo serviço através de seus profissionais aparece aqui entre aspas por não se tratar de protocolos bem estabelecidos, mas sim um *saber-fazer* cotidianamente construído pela equipe no contato com as *necessidades* apresentadas, intercâmbio de informações que circulavam pelos prontuários, e que também emergiam nas reuniões da equipe para organizar o serviço.

aqui chamado anotação tipo queixa-diagnóstico-conduta, isto é, anotações suscintas das queixas, com pequena descrição das características das mesmas, e até mesmo pequena preocupação cronológica com os eventos das mesmas, diagnósticos correspondentes e condutas marcadamente individualizadas com relação ao restante da equipe.

- Médico C: constituído de dois profissionais com duplo vínculo de trabalho: 20 horas semanais pela Universidade para trabalho docente-assistencial e 20 horas semanais com a Prefeitura para trabalho assistencial direto à demanda; frequência regular ao trabalho e reuniões da equipe; experiência de trabalho na rede diferenciada (um mais de 5 anos e outro de três anos); a anotação em prontuário se aproximava muito da descrita para o subgrupo médico A, porém com alguns elementos na história e exame físico que revelavam preocupações que iam além dos aspectos físicos das queixas, por exemplo, descrição de dinâmica familiar e escolar, situação sócioeconômica, etc.

- Médico D: subgrupo constituído pelos docentes e médicos contratados pela Universidade para trabalho docente-assistencial que supervisionaram os atendimentos realizados e anotados por alunos de 5o. ano de medicina e residentes de pediatria supervisionados; a frequência ao trabalho e reuniões da equipe foram regulares; a experiência de trabalho em rede pública de saúde que variava entre 3 e mais de 10 anos de trabalho; e a anotação dos prontuários dentro de pa-

drões estabelecidos pelo grupo de pediatria social com as interpretações muitas vezes diferenciada do que era preconizado pelos docentes por motivos de compreensões muitas vezes variadas e individuais dos objetivos do estágio por parte de residentes e alunos, bem como por motivos relacionados à situação específica de cada atendimento; no entanto, o padrão poderia ser definido como anotação detalhada e cronológica das queixas, história completa das características clínicas de cada sintoma apresentado, antecedentes pessoais e familiares também detalhados e, dentro dos limitações acima apontadas, abordando aspectos sociais, de dinâmica familiar e psicológicos, exame físico, chave de diagnósticos, e conduta dentro do estabelecido pela equipe.

Para a análise comparativa dos possíveis reflexos do tipo de atendimento dispensado por cada subgrupo médico no perfil de diagnósticos atribuídos à demanda em questão optou-se pela análise de uma amostra de 173 crianças (22,1% do universo atendido) selecionada através de técnica de amostragem casual simples estratificada com partilha proporcional para dois tipos de extratos: subgrupos etários (4 anos a 6 anos e 11 meses, 7 anos a 10 anos e 11 meses, 11 anos a 14 anos e 11 meses) e subgrupos médicos (A, B, C e D).

O processo de seleção da amostragem foi realizado através do levantamento sistemático de cada unidade amostral (criança ou adolescente atendido), cuja ficha contendo todos

os dados coletados no ano de 1990, encontrava-se em um dos três arquivos separados por subgrupo etário, com as fichas ordenadas em ordem alfabética. O *intervalo de amostragem* foi 4 e o *início casual* sorteado foi a 15a. ficha de cada arquivo. Em outras palavras foram levantadas a partir da 15a. ficha de cada arquivo toda aquela que correspondesse à quarta ficha seguinte. Com relação a partilha proporcional por subgrupo médico realizou-se análise da distribuição de 50% da amostra levantada e verificou-se as diferenças no número de fichas levantados por subgrupo médico. Quando havia divisão desproporcionada para algum subgrupo médico, este passava a ser prioritário na escolha a seguir. Assim, caso a ficha devidamente selecionada no intervalo amostral não correspondesse ao subgrupo médico considerado então prioritário, percorria-se as fichas seguintes até se encontrar uma que correspondesse ao referido subgrupo. Após o levantamento de tal ficha voltava-se àquela correspondente ao determinado pelo intervalo amostral. (BERQUÓ, 1981)

As tabelas a seguir mostram como ficou a distribuição da amostra por subgrupo etário comparado com o universo (*Tabela 6*), e por subgrupo médico com as variações médias de número de atendimento por criança e número de diagnósticos realizados para cada criança (*Tabela 7*).

*Tabela 6.* Distribuição comparativa do universo da demanda atendida e amostra selecionada por subgrupo etário, quanto a número absoluto e percentual de crianças e adolescentes, número absoluto e médio (por criança) de atendimentos e de diagnósticos

Subgrupo etário	Demanda atendida		Atendimentos		Diagnósticos	
	No.	%	No.	X	No.	X
<b>Universo</b>						
4a - 6a11m	268	(34,3)	589	2,19	999	3,72
7a - 10a11m	309	(39,5)	653	2,11	1036	3,35
11a - 14a11m	205	(26,2)	414	2,02	832	4,05
Total	782	(100,0)	1656	2,11	2867	3,66
<b>Amostra</b>						
4a - 6a11m	62	(35,8)	140	2,29	236	3,80
7a - 10a11m	67	(38,7)	142	2,11	245	3,65
11a - 14a11m	44	(25,4)	91	2,06	178	4,04
Total	173	(100,0)	373	2,15	659	3,80

*Tabela 7.* Distribuição por subgrupos de médicos do número e percentagem das crianças amostradas, número absoluto e média (por criança) de atendimentos, número absoluto e média (por criança) de diagnósticos realizados.

Subgrupos de médicos	Amostra da Demanda atendida		Atendimentos		Diagnósticos	
	No.	%	No.	X	No.	X
Médico A	43	(24,8)	94	2,18	139	3,23
Médico B	45	(26,0)	84	1,86	132	2,93
Médico C	42	(24,2)	99	2,35	214	5,09
Médico D	43	(24,8)	96	2,23	174	4,04
Total	173	(100,0)	373	2,15	659	3,81

### Terceira questão: sobre os registros médicos

*Ao se trabalhar com dados oriundos do registro médico dos atendimentos, que grau de veracidade pode-se inferir do que está ali anotado? Ou, em outras palavras o que representa para os médicos a anotação do atendimento em prontuário?*

As dificuldades no atendimento dessa faixa etária (4 a 14 anos) decorrem da presença cada vez maior da expressão da subjetividade dos sujeitos atendidos. A partir do domínio da linguagem uma série de emoções podem exteriorizar-se ou esconder-se através dela. Muitas delas são dolorosas, outras sufocantes, ou ainda, enfraquecedoras e estonteantes... Toda esta gama de queixas que alteram os corpos vibráteis desses sujeitos podem se apresentar aos serviços de saúde e, dependendo dos mesmos, podem chegar ao olhar normativo do médico. Este filtro permite passar alguma "coisa", considerada essencial no processo diagnóstico. O que passa depende do *filtro*, que para cada médico tem uma qualidade diferente, sujeita a múltiplas possibilidades e determinações, que passam por todo processo educacional do médico, mas também por sua história singular de vida, seus desejos, aspirações, sucessos, fracassos, representações, preconceitos, etc. O que passa pelo *filtro* depende, e muito, das circunstâncias em que ocorre o momento particular do encontro do médico com o "paciente".

Na *tabela 8*, pode-se observar a distribuição dos atendimentos realizados segundo o tipo de atendimento realizado e subgrupo médico. O tipo de atendimento revela, em parte, as circunstâncias em que o mesmo se deu. Um pronto atendimento, por exemplo, ocorre quase sempre em condições não programadas que determinarão, em parte, a forma de anotação do mesmo. A concentração diferenciada de maior número de retornos entre os médicos do subgrupo C, de maior número de pronto atendimentos entre os médicos do subgrupo A e, ainda, de maior número de agendados para 1o. atendimento entre os médicos dos subgrupos B e D, terá reflexos sobre a anotação nos prontuários e, portanto, no perfil levantado.

*Tabela 8.* Distribuição dos atendimentos realizados às 173 crianças amostradas por categoria tipo de atendimento e subgrupo médico que realizou o atendimento correspondente, Policlínica I, Campinas, 1990.

Subgrupo de médicos	Tipo de atend.	Pronto Atendimento		Agendado 1o. atend.*		Agendado retorno	
		No.	%	No.	%	No.	%
Médico A		37	(31,3)	23	(24,2)	31	(18,9)
Médico B		27	(22,8)	25	(26,3)	33	(20,1)
Médico C		28	(23,7)	20	(21,0)	52	(31,7)
Médico D		26	(22,0)	27	(28,4)	48	(29,2)
Total		118	(100,0)	95	(100,0)	164	(100,0)

Neste trabalho considera-se como pressuposto que o que foi mais valorizado na oportunidade de encontro do médico com o usuário do serviço, o que pôde ser considerado

como essencial daquele momento prático de trabalho do médico, foi por ele registrado." Se a preocupação concentrou-se mais na história e não no exame físico, de alguma forma isto ficou registrado. Se o diagnóstico foi o que mais se valorizou, este apareceu como destaque. Enfim, se a anotação não pode refletir exatamente o que ocorreu naquele momento, pode, em parte, expressar o que o médico desejou que ficasse registrado como *mais importante* de seu processo de análise da situação apresentada.

#### Quarta questão: sobre o enquadramento classificatório

*A partir do pressuposto acima pode-se inferir que para cada médico, o processo diagnóstico terá uma verdade que em parte é particular de cada situação de encontro médico com aquele que o procura e em outra parte é genérica, pois diagnosticar significa atribuir um significado a uma situação dada e este significado tem que se apresentar legível por todos; posto isto, emerge a questão: como solucionar este paradoxo no processo de elaboração de um perfil do conjunto de diagnósticos?*

A solução encontrada pela medicina oficial é a padronização de categorias diagnósticas passíveis de integrar um sistema classificatório. Como escreve H. Maria Dutilh NOVAES, classificar "(...)" *significa agrupar de acordo com um critério pré determinado*"("...)" *implica, assim, identifi-*

*car nas individualidades as características que permitem a criação de conjuntos, cujo objetivo não é mais ressaltar as diferenças, as especificidades, mas, ao contrário, apontar as semelhanças que se quer destacar.*" (NOVAES, 1987, p. 78) Significa, portanto, dispor as situações particulares em padrões mais gerais.

O processo cotidiano de trabalho médico, em seu momento diagnóstico, combina dois sentidos que a palavra diagnóstico pode receber: diagnóstico como categoria nosográfica e como processo. No entanto, no momento classificatório, ou seja, no trabalho estatístico e/ou epidemiológico, interessa apenas o primeiro. Neste sentido aponta NOVAES (1987): "(...) há o diagnóstico como categoria nosográfica, que incorpora na sua formulação o processo atual de produção sobre as doenças", e este "(...) não se confunde com o diagnóstico enquanto processo, que se constitui na dinâmica da interação entre processos mentais e práticas técnicas utilizadas na consulta." (NOVAES, 1987, p. 68) Apesar de serem sentidos diferentes, referem-se a uma mesma coisa, ou seja, a *necessidade de saúde* trabalhada pelo médico e, podem ser separados dependendo do ângulo que se coloca para analisar o trabalho médico.

Se o interesse é compreender o processo de elaboração médica em suas nuances singulares colocadas por cada situação dada, é do diagnóstico como processo que se está falando. Se se interessa compreender a distribuição dos

diagnósticos realizados para um grupo populacional qualquer há que se trabalhar com os padrões, ou seja, as *categorias nosográficas*. Os dois sentidos, assim, não são independentes, pois o processo diagnóstico estrutura-se na interpretação da realidade a partir de um referencial técnico (que será chamado de momento técnico), que por sua vez necessita sempre lançar mão das *categorias nosográficas* existentes. Por outro lado estas últimas só existem, e só são criadas, a partir das dificuldades encontradas na prática clínica cotidiana, ou seja, nos *processos diagnósticos* e suas nuances de cada situação, de cada dia.

Ao se procurar realizar um levantamento que se configure num perfil de diagnósticos atribuídos a algum grupo selecionado, faz-se necessário utilizar algum instrumento classificatório padrão. Trata-se da necessidade de uma *nosologia*, que se constitui no agrupamento de categorias nosográficas representativas do processo atual de produção de conhecimento na área médica, em especial, das doenças. A OMS recomenda que a realização de estudos estatísticos sobre morbidade e mortalidade, bem como a interpretação de estatísticas em saúde, utilizem como referencial a Classificação Internacional de Doenças, 9a. revisão (CID9), de 1975, adotada pela 20a. Assembléia Mundial de Saúde. (OMS, 1977)\*

---

\* A 43a. Assembléia Mundial de Saúde (1989) aprovou a 10a. Revisão da CID. A CID10 não foi utilizada neste trabalho pois os trabalhos de tradução e adaptação para a língua portuguesa só terminaram em 1993. A mesma só passou a ser

Na tabela a seguir, pode-se observar a distribuição de parte dos diagnósticos levantados no estudo da demanda de 4 a 14 anos na Policlínica Municipal I de Campinas em 1990, tendo por instrumento classificatório a CID9. Foram agrupados segundo os capítulos que subdividem a CID9.

O instrumento satisfaz a necessidade de classificação e interpretação do autor em 86,8% dos diagnósticos levantados (2867). Não satisfaz a necessidade de classificação de algumas queixas que ao final do atendimento não puderam ser traduzidas em diagnósticos. São exemplos as queixas de *dores em membros* que só puderam ser contempladas em 20,5% dos casos, isto é, somente naqueles que se referiam a *artralgias a esclarecer* (CID9 - 719.4); queixas como *nervosismo, agressividade, desânimo e timidez* também não encontraram classificação adequada, mesmo no Capítulo V dos *Transtornos Mentais*, que, no caso dos diagnósticos acima, são tratados como *distúrbios de emoções especificamente da infância e da adolescência* (CID9 - 313), que pouco traduziam o caráter menos psiquiátrico de *dificuldades afetivas* que eram detectadas por pediatras.

Tabela 9. Número absoluto e percentual de diagnósticos atribuídos á demanda de faixa etária de 4 a 14 anos, da Policlínica Municipal I, Campinas, 1990, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças Revisão no. 9 (CID9)

Capítulos	Número	%
I. Infecto-parasitárias	299	(12,0)
II. Neoplasmas	1	( - )
III. Endócrino, nutricional, metabólico, e imunitários	104	( 4,2)
IV. Sangue e órgãos hematopoiéticos	48	( 1,9)
V. Mental	71	( 2,8)
VI. Sistema nervoso e órgãos do sentido	111	( 4,5)
VII. Ap. circulatório	14	( 0,6)
VIII. Ap. respiratório	508	(20,4)
IX. Ap. digestivo	220	( 8,8)
X. Ap. gênito- urinário	84	( 3,4)
XI. Gravidez, parto, puerpério	-	-
XII. Pele	150	( 6,0)
XIII. Sistema ósteo-muscular e tecido conjuntivo	63	( 2,5)
XIV .Anomalias congênitas	13	( 0,5)
XV. Período perinatal	-	-
XIV. Sintomas e sinais	525	(21,1)
Código V. Classificação suplementar*	279	(11,2)
<b>Total</b>	<b>2490**</b>	<b>(100,0)</b>

\* classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde;

\*\* Cf. com os 2867 diagnósticos levantados; 377 (13,1%) destes diagnósticos não encontraram classificação na CID9.

Outra necessidade classificatória não contemplada foi a relativa às *dificuldades escolares*, que apareceram em aproximadamente 4% do total dos diagnósticos levantados, numa média de 14,3 diagnósticos por 100 crianças estudadas (ver página do Anexo I). As categorias nosográficas que mais se aproximavam do que se diagnosticou como *dificuldades escolares*, são encontradas na *classificação suplementar de fatores que exercem influência sobre o estado de saúde e de oportunidades de contato com serviços de saúde* (CV), sob os códigos V62.3 *Circunstâncias educacionais*, que nada indicam de dificuldades e, V40.0 *Problemas de Aprendizado*, que apesar de não classificarem as dificuldades escolares como *distúrbios\** (ou ainda *Retardo específico do desenvolvimento* do Capítulo do *Transtornos Mentais*), localizam o problema no *aprendizado e não no processo ensino-aprendizagem*.

Além das dificuldades na classificação de alguns diagnósticos, encontrou-se outras dificuldades com a CID9

---

\* "A palavra *distúrbio* compõe-se do radical *turbare* e do prefixo *dis*. O radical *turbare* significa "alteração violenta na ordem natural" e pode também ser identificado nas palavras *turvo*, *turbilhão*, *perturbar*, *conturbar* etc. O prefixo *dis*, por seu significado - alteração com sentido anormal, patológico - possui, intrinsecamente, valor negativo. É exatamente por esse significado que é muito usado na terminologia médica. Assim, retomando a palavra *distúrbio*, pode-se traduzi-la por "anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural". (MOYSÉS, 1992, p.31)

decorrentes da própria estruturação histórica da classificação. A recuperação da história da Classificação internacional de Doenças (CID) em suas diversas reformulações permite identificar, segundo NOVAES (1987), suas características fundamentais, enquanto instrumento de análise da saúde e da doença no coletivo. São elas:

*1. Adequação mais apropriada para registros e estudos de mortalidade do que para registros e estudos de morbidade e motivos de procura por serviços de saúde.*

As classificações internacionais de doenças emergem na segunda metade do século XIX, a partir da necessidade de aperfeiçoar instrumentos classificatórios de causas de morte. Instrumentos, que já na primeira metade do século, tornavam-se de registro obrigatório em alguns países europeus como a Inglaterra ("Registration Act" de 1837).

A partir da classificação de causas de morte, proposta pelo médico e estatístico William Farr em 1855, passando pela Classificação de Causas de Morte de Bertillon de 1893, que introduz a adoção de 14 capítulos divididos por princípios topográficos, chega-se a 1a. Revisão da Classificação de Doenças em 1900, sob a responsabilidade do Instituto Internacional de Estatística. "Este Instituto, com apoio do governo francês, manteve-se a frente da 2a. Revisão em 1909 e da 3a. Revisão em 1920. A partir daí, a Organização de Higiene da Liga das Nações, ainda com o apoio

do governo francês, foi responsável pela 4a. Revisão em 1929 e pela 5a. Revisão em 1938, acentuando-se cada vez mais o seu caráter inter e supra nacional e refletindo os conflitos na redistribuição do poder mundial. Estas primeiras cinco revisões, em certo sentido, formam um conjunto relativamente homogêneo, dado que todas elas mantêm como objetivo básico classificar as causas de morte" (NOVAES, 1987, p. 110).

A partir da 6a. Revisão de 1948, sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde da França, inicia-se "(...) um novo ciclo nas classificações Internacionais, que agora são de Doenças, Lesões e (não apenas) Causas de Morte" (NOVAES, 1987, p. 118). O padrão de desenvolvimento capitalista do pós guerra, propicia processos de industrialização e urbanização complexos que obrigam o desenvolvimento e expansão de medidas de caráter previdenciário que incluem a assistência médica. Assim, "faz-se necessário, não mais apenas conhecer as causas de morte de uma população, mas também a sua morbidade e a utilização que faz dos serviços médicos". O conhecimento da morbidade passa a ser valorizado, principalmente, pelas instituições de seguro (privadas ou não) de saúde, especialmente no âmbito hospitalar. (NOVAES, 1987, p. 119)

As Revisões subsequentes passarão a perseguir todas as possibilidades de classificação de estados mórbidos da clínica cotidiana para transformá-los em categorias nosográficas passíveis de comparação em qualquer lugar que as

utilizarem. Surge um novo capítulo na CID, o capítulo dos sinais e sintomas que, apesar de pouco recomendado, evidencia o reconhecimento de que nem sempre se chega a um diagnóstico num atendimento médico. Este processo de busca de novas categorias nosográficas tem gerado a cada nova revisão esboços de novas classificações suplementares que tentam abarcar não só o que é diagnosticado, mas também uma série de circunstâncias que influenciam a saúde dos indivíduos como a procura de serviços de saúde. Apesar deste esforço de ampliação das categorias nosográficas, o processo histórico de reelaborações da CID mantém uma forte marca das categorias relativas às causas de morte, em detrimento das categorias de morbidade.

*2. Dificuldade na consideração da temporalidade e do estado de evolução característicos do diagnóstico quando considerado como processo.*

Ao se tratar do diagnóstico como categoria, perde-se a possibilidade de se classificar os processos de saúde-doença em suas nuances e etapas de evolução. No máximo, classifica-se a intensidade em leve, moderada ou grave para algumas situações tais como *desnutrição*, ou em agudo e crônico em situações tais como *diarréia*. Ou seja, muito mais relativas a um significado morfológico, que um significado de estado no tempo, indicio de melhora ou piora, esclarecimento ou não, etc.

No levantamento de diagnósticos atribuídos à demanda amostrada que se está estudando, observou-se que boa parte (43,2%) dos diagnósticos ou hipóteses diagnósticas (e, muitas vezes, é difícil\* diferenciar uma coisa da outra) vinham adjetivados de indícios, que demonstram a importância que o médico desejava registrar com relação a *processualidade* do diagnóstico. Trata-se de diagnósticos que procuram demarcar bem o caráter indefinido, ou confirmado, ou ainda, de evolução dos mesmos. Indicam, muitas vezes, que aquele encontro, no qual esboça-se o diagnóstico, não foi suficiente para determiná-lo totalmente; ou ainda, indicam que naquele momento o diagnóstico adquiriu a *condição* de diagnóstico-categoria, conseguiu-se confirmá-lo, ou, na linguagem comum dos médicos, conseguiu-se "fechar" o diagnóstico.

A *tabela 10* apresenta a distribuição por subgrupo de médico de diagnósticos adjetivados atribuídos a demanda amostrada em questão. Foi elaborada a partir das anotações encontradas nas "chaves" diagnósticas de cada médico estudado. A hipótese diagnóstica *sintoma a esclarecer* refere-se á sintomas relatados na história como queixa

---

\* a dificuldade decorre da não padronização da anotação diferenciada do que é diagnóstico confirmado do que não é confirmado e, portanto no âmbito das hipóteses. Também não se encontra nas anotações estudadas indicativos que diferenciem o que, para o médico, foi considerado como diagnóstico principal e diagnósticos secundários. No entanto, encontrou-se com bastante frequência a anotação de avaliações, consideradas fundamentais na prática pediátrica e muito difundidas nas escolas medicas brasileiras, do estado nutricional, desenvolvimento neuro-psico-motor, e estado vacinal.

principal ou secundária, que ao desenrolar da história clínica e exame físico, ou ainda, após investigação e/ou seguimento, não se pode determinar um diagnóstico-categoria ("fechado"); são exemplos: febre a esclarecer, dores a esclarecer, etc. *Sinal a esclarecer* refere-se a achados de exame físico, relacionados ou não à história clínica, que não permitiam diagnóstico naquele momento; exemplos: palidez a esclarecer, linfonodomegalia a esclarecer, dermatose a esclarecer, etc. Por *síndrome a esclarecer*, entende-se conjunto de sinais e sintomas, com ou sem achados laboratoriais, que constituem um diagnóstico sindrômico, merecendo maiores investigações e/ou seguimentos; exs. síndrome asmatiforme, síndrome atópica, síndrome anêmica, etc. Quando se lê *diagnóstico* pretende-se que o mesmo seja entendido como diagnóstico anatômico (bem localizado) e/ou etiológicos, ou muitas vezes apontando a causa (etiologia) mais provável, ou pelo menos aventada; exs. ITU ?, Anemia carencial por deficiência de ferro, etc., sempre seguidos de uma adjetivação do tipo *não esclarecido*, ou *não resolvido*, ou *controlado*, etc. Sintoma, sinal, síndromes, diagnósticos, com adjetivação única ou dupla ( p. ex. *resolvido e não esclarecido*) indicam situações diagnósticas ou hipóteses diagnósticas pendentes do ponto de vista do esclarecimento anatômico e /ou etiológico mais próximo da *certeza*, ou seja, da elucidação mais completa das mesmas, e/ou ainda, do ponto vista de evolução e seguimento das mesmas, no sentido atenuação do problema, resolução, controle, ou remissão.

Tabela 10. Distribuição de diagnósticos e hipóteses diagnósticas adjetivadas, expressando *processos diagnósticos* atribuídos à demanda amostrada de faixa etária de 4 a 14 anos, da Policlínica Municipal I, Campinas, 1990, por subgrupos de médicos.

Diagnóstico ou hipótese	Médico A		Médico B		Médico C		Médico D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sintoma a esclarecer	24	(17,2)	21	(15,9)	32	(14,9)	23	(13,2)
Sinal a esclarecer	9	(8,5)	2	(1,5)	13	(6,0)	4	(2,3)
Síndrome a esclarecer	4	(2,9)	2	(1,5)	8	(3,7)	6	(3,4)
Diagnóstico confirmado após investigação	7	(5,0)	4	(3,0)	6	(2,8)	7	(4,0)
Sinal, ou sintoma, ou síndrome resolvido não escliar.*	5	(3,5)	6	(4,5)	10	(4,7)	2	(1,1)
Sinal, ou sintoma, ou síndrome, ou diagnóstico controlado	4	(2,9)	4	(3,0)	5	(2,3)	3	(1,7)
Sinal, ou sintoma, ou síndrome não resolv. não escl.**	1	(0,7)	2	(1,5)	3	(1,4)	-	-
Diagnóstico não esclarecido não resolvido	1	(0,7)	2	(1,5)	-	-	1	(0,6)
Sinal, ou sintoma, ou síndrome, ou diagnóstico em remissão	1	(0,7)	-	-	5	(2,3)	5	(2,9)
Sinal, ou sintoma, ou síndrome, ou diagnóstico em tratamento	3	(2,1)	6	(4,5)	6	(2,8)	1	(0,6)
Diagnóstico confirmado tratado ou resolvido	8	(5,7)	6	(4,5)	8	(3,7)	9	(5,1)
Mudança clara de diagnóstico	2	(1,4)	-	-	2	(0,9)	1	(0,6)
Diagnósticos ou hipóteses adjetivados	71	(51,0)	55	(41,6)	98	(45,7)	61	(35,0)
Total de diag.	139	(100,0)	132	(100,0)	214	(100,0)	174	(100,0)

\* não escliar. = não esclarecido

\*\* não resolv. não escl. = não resolvido e não esclarecido

Observa-se na tabela da página anterior que o subgrupo A de médicos, que apresentou maior frequência de atendimentos do tipo pronto atendimento (ver tabela 8), foi o que mais registrou diagnósticos com indícios de processualidade. Segue-se a ele o subgrupo C, que apresentou a maior frequência de atendimentos do tipo retorno agendado (tabela 8). O subgrupo D, que se constitui dos profissionais voltados para o trabalho docente-assistencial, apresentou a frequência mais baixa de diagnósticos adjetivados, talvez pelo tempo maior dedicado à consulta, à anotação e a possibilidade de discussão das possibilidades diagnósticas, bem como da anotação revelar o que foi considerado mais importante pelo aluno ou residente supervisionado, o que nem sempre reflete o que realmente foi discutido com o docente.

*3. A classificação segundo capítulos dificulta a identificação de doenças e circunstâncias importantes que ficam "escondidas" sob um título genérico que pouco exprime o problema da população estudada*

Pode-se compreender melhor esta característica (que muitas vezes pode ser negativa) da CID contrapondo-se o resultado classificatório apresentado na *tabela 9*, que dispõe os diagnósticos dentro dos capítulos da CID9, diante o resultado classificatório utilizando as mesmas categorias nosográficas, porém não enquadrado-as em capítulos, da *tabela 11*, que as apresenta em ordem de frequência encontrada.

Tabela 11. Distribuição geral, em ordem de frequência, do número absoluto e percentual dos 25 principais diagnósticos segundo as categorias nosográficas da CID9 (sem agrupá-las por capítulos), atribuídos à demanda estudada, Policlínica I Municipal de Campinas, em 1990.

Diagnósticos (Código CID)	Número	%
1. Dor abdominal (789.0)	172	(6,9)
2. Cefaléia (784.0)	141	(5,7)
3. Nasofaringite aguda (460.9)	119	(4,8)
4. Parasitose intestinal sem outra especificação (129.9)	111	(4,4)
5. Circunstâncias familiares não especificadas (V61.9)	102	(4,1)
6. Comunicante de tuberculose (V01.1)	78	(3,1)
7. Cáries dentárias (521.0)	71	(2,8)
8. Sinusites (461)	63	(2,5)
9. Enterobíase (127.4)	59	(2,4)
10. Asma (493.9)	54	(2,2)
11. Rinite alérgica (477.9)	51	(2,0)
12. Vulvovaginites (616.1)	44	(1,8)
13. Desnutrição (263.9)	43	(1,7)
14. Amigdalite aguda (463.9)	42	(1,7)
15. Ptíriase alba (696.5)	37	(1,5)
16. Otite média (381.0)	35	(1,4)
17. Bronquite aguda (466.0)	34	(1,3)
Déficit visual (367.9)	34	(1,3)
19. Hepatites (573.3)	33	(1,3)
Palidez (782.6)	33	(1,3)
Piodermites (686.0)	33	(1,3)
22. Anemia por deficiência de ferro (280.9)	32	(1,3)
Giardíase (007.1)	32	(1,3)
24. Ascariíase (127.0)	30	(1,2)
25. Diarréia infecciosa (009.3)	28	(1,1)

Diagnósticos muito freqüentes como *dor abdominal, cefaléia, circunstâncias familiares, e comunicantes de tuberculose*, por exemplo, ficariam diluídos nos capítulos de *sinais e sintomas e classificação suplementar de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde*. Por outro lado, situações mórbidas secundárias assumem destaque pela freqüência em que são diagnosticadas. São exemplos: a *enterobíase, a pitríase alba, as vulvovaginites, etc.*

4. *Os eixos classificatórios principais das CIDs (que são o eixo anatomopatológico, fisiopatológico e etiológico) dificultam classificações de situações diagnósticas em que emergem outros paradigmas não totalmente reconhecidos pela medicina como o psicológico e o social.*

Situações angustiantes do cotidiano mas que jamais poderiam ser classificadas como *transtornos neuróticos ou da personalidade*, não encontram espaço na CID. Do mesmo modo, a concepção de que as situações como fracasso escolar, evasão escolar, falta de vagas, dificuldades no processo de ensino-aprendizagem, não podem ser localizadas na criança ou no adolescente, não encontra uma categoria que bem a represente. Ou ainda, as dificuldades próprias do processo de desenvolvimento físico e emocional da puberdade e as dificuldades decorrentes de conflitos na esfera familiar, por exemplo, também não encontram classificação adequada na

CID. Ficaram sem classificação adequada: 377 diagnósticos (13,1% do total de diagnósticos levantados). Mais do que diagnósticos não classificáveis, este número representa pessoas e necessidades que não se "encaixam" em tal classificação.

Neste sentido, escreve NOVAES (1987), que a clínica encontra-se *"em um momento de dificuldades ao procurar incorporar ao seu discurso conceitos que se originam de áreas do conhecimento sustentados por parâmetros diversos, sem que existam mecanismos que os integrem. O conhecimento anatomopatológico, fisiológico e etiológico infeccioso tem como base para o seu desenvolvimento premissas que não podem incorporar o sujeito não apenas orgânico. Por outro lado, o conhecimento que foi construído sobre a psique apresenta sérias dificuldades em dar conta de sua articulação com o orgânico. Ambos, por sua vez, construíram o seu saber tendo como ponto de partida e de finalização o indivíduo, o que dificulta pensá-lo na sua inserção social"* (NOVAES, 1987, p. 190).

Estas condições históricas, que configuram o atual momento do desenvolvimento tecnológico da medicina e sua forma de olhar tudo o que se refere a saúde e a doença, engendram o que Emílio QUEVEDO (1990) identifica como *obstáculo epistemológico\** do *paradigma\*\** médico moderno.

---

\* Emílio QUEVEDO em seu artigo "El proceso salud-enfermedad: hacia una Clínica y una Epidemiología no positivistas",

Escreve Emilio QUEVEDO: "Chegamos ao máximo da concepção biologicista da enfermidade e da saúde. Avançamos e seguramente seguiremos avançando nas possibilidades tecnológicas do diagnóstico e da terapêutica" (...) "Entretanto, assistimos a um estancamento da própria concepção de saúde e de enfermidade. Vamos hoje da semiologia física clássica da palpação, da percussão, e da ausculta até a tomografia axial computadorizada, passando por toda classe de laparotomias exploratórias, biópsias de congelação, radiografias mais e mais precisas, isótopos radiativos, diagnósticos por ultrassom e ressonância nuclear magnética; porém tudo isto para buscar lesões anatômicas e estruturais dos órgãos. Das simples análises bioquímicas e registros gráficos cada vez mais numerosos e sutis até a cineradiografia, passando por toda classe de provas funcionais; porém tudo isto para encontrar alterações funcionais. Das pesquisas em lâminas tingidas com gram até as mais sutis provas de imunofluorescência, pas-

utiliza o conceito de Gaston Bachelard de obstáculos epistemológicos, que são "entorpecimentos e confusões que aparecem intimamente, por uma espécie de necessidade funcional, no próprio ato de conhecer, fenômenos estes que constituem-se em causas de estancamento, inércia e até de retrocesso para o processo de conhecimento, isto é, obstáculos epistemológicos." (QUEVEDO, 1990, nota de rodapé da p. 2)

\*\* QUEVEDO utiliza, por falta de uma categoria teórico-metodológica melhor até o momento, a concepção de paradigma cunhada por Thomas S. Kuhn, em 1962, e que pode ser entendido como "modelo ou padrão intelectual, que regula toda uma etapa no desenvolvimento de uma ciência determinada, e com relação a qual tudo o que durante esta etapa se faz nessa ciência parece ser 'obrigatório' ou 'normal'." (QUEVEDO, 1990, nota de rodapé da p. 1)

- o texto original em espanhol das referências de QUEVEDO nas notas acima encontra-se na pp. 275-6, número 2, do ANEXO II.

sando por toda classe de cultivos de colonias bacterianas, dosagem de substâncias tóxicas no corpo do paciente e toda classe de provas imunológicas; porém tudo isto para identificar uma etiologia externa tóxica ou microbiológica. Toda esta estrutura semiológica e terapeutica para ter todas as possibilidades de identificação e solução de um realmente reduzido número de enfermidades que afligem o homem: a de seus órgãos, as que o enfermam como animal biológico. Entretanto, para o inumerável acúmulo de enfermidades que o afligem como homem que sente, que pensa, numa cultura e numa sociedade apenas se começa vislumbrar uma saída." (QUEVEDO, 1990, pp.14-15)\*

Este obstáculo reflete-se diretamente nos sistemas classificatórios propostos pela medicina e só pode ser superado através da "(...) construção de um novo campo que supere as determinações históricas e conceituais dos saberes atuais"; (...) "não se trata de simplesmente aceitar ou rejeitar o processo diagnóstico clínico hoje utilizado na prática médica. Nem tampouco tomá-lo como única forma de se conhecer a saúde e a doença, ou rejeitá-lo como destituído de qualquer valor. Porém, compreendê-lo como um instrumento que permitiu a obtenção de um conhecimento sobre as doenças do homem na sua manifestação orgânica, sem, no entanto e nesses termos, tê-lo esgotado plenamente. Apesar de , ao não se re-

---

\* Tradução do autor; Cf. com o texto original em espanhol, que encontra-se no ANEXO II, p. 276-7, número 3.

*sumir a doença à visibilidade apenas orgânica, não pode dar conta da totalidade.*" (NOVAES, 1987, p. 191)

Uma alternativa classificatória, internacionalmente reconhecida, para estudos estatísticos de morbidade detectada em serviços de atenção primária é a ICHPPC (International Classification for Health Problems in Primary Care). Esta classificação em sua 2a. versão aproxima-se muito da CID9. Trata-se na realidade de uma versão da CID9 com a mesma subdivisão por capítulos, reduzindo o número de categorias por capítulo, com exceção ao relativo a sintomas e sinais, e ainda uma estruturação diversa da CID9 no último capítulo, que na ICHPPC inclui explicitamente os *problemas sociais*. Estas duas classificações têm por objetivo classificar as *necessidades de saúde* a partir de quem está provendo a assistência à saúde, ou seja, por quem está fornecendo diagnósticos.

Com o intuito de se criar um sistema classificatório que permitisse acompanhar "(...) *de forma integrada a saúde e a doença dos indivíduos desde as suas manifestações iniciais, e toda sua passagem pelo sistema de atenção médica, nos vários níveis de especialização*", surge na década de 80, sob o patrocínio da OMS, a RFE-C (Reasons for Encounter Classification). Esta foi traduzida e publicada pelo Centro da OMS para Classificações de Doenças em Português como Classificação de Motivos para Consulta (CMC), e evoluiu, após série de testes, para a última versão

traduzida para o português como Classificação Internacional para Assistência Primária (CIAP). Tal classificação está estruturada em dois eixos: capítulos e componentes. "(...) Os capítulos são em número de 17, a maioria abrangendo os sistemas orgânicos (B, D, F, H, K, L, N, R, S, T, U, X, Y); os demais não obedecem a critérios anatômicos, mas correspondem a "problemas gerais" (capítulo A), "psicológicos" (P), "relativos à reprodução" (W), e "sociais" (Z)" (LEBRÃO, 1985, p. 70). Os componentes estão distribuídos em sete categorias (sintomas e queixas, procedimentos diagnósticos e preventivos, procedimentos terapêuticos, resultados de exames, razões administrativas, encaminhamentos e outras razões para encontro e, diagnósticos/doenças). A partir destes dois eixos aplica-se um sistema relativamente simples de classificação biaxial, mas que no entanto não é capaz "(...) de superar as dificuldades para um registro 'não traduzido' do motivo da consulta por parte do profissional." (NOVAES, 1987, p. 204)

As pesquisas realizadas com este instrumento em vários países do mundo revelaram algumas dificuldades. A principal delas refere-se a própria metodologia do processo classificatório que parte do motivo da consulta alegado antes do atendimento de fato ocorrer, o que pode mascarar motivos mais fortes que só se revelam durante o processo de atendimento.

### Quinta questão: a classificação e a subjetividade

*Da coleta do diagnóstico anotado à tentativa de classificação num sistema nosológico, quanto da subjetividade de quem está realizando esta tarefa pode influenciar o perfil encontrado?*

Todo trabalho que implique algum grau de interpretação ou leitura de dados aparentemente objetivos estará sujeito à influência da subjetividade de quem o faz. Mesmo com relação aos diagnósticos mais objetivos, que podem ser estabelecidos por parâmetros reconhecidos e determinados por algum consenso intersubjetivo, podem ser lidos com um certo grau de subjetividade. Admitem leituras diferentes daquela pretendida por quem registrou. Esta subjetividade depende de vários fatores que constituem o olhar do pesquisador, que nunca é neutro. Ao contrário, sempre tem objetivos específicos, tem uma história singular, sujeita até certo ponto a determinantes históricos mais gerais, mas que tem um certo grau de liberdade de ação, que depende da maneira de se colocar no mundo própria de cada um.

Se a leitura do que foi registrado em cada prontuário não foi isenta das intervenções subjetivas do autor, muito menos a sua adequação ao sistema classificatório esco-

lhido (CID9) poderia ser. Desta forma, passa-se à análise do perfil encontrado antes de se tentar adequá-lo à CID9. Pretende-se demonstrar, aqui, que a subjetividade do autor foi positiva no sentido de criar saídas para as dificuldades decorrentes do processo classificatório construído pelo próprio autor, e ao mesmo tempo para as dificuldades decorrentes da falta de diagnósticos mais criativos para situações pouco convencionais em medicina e que não podem ser negligenciadas.

A *tabela 12* apresenta as categorias diagnósticas elaboradas pelo autor para contemplar as necessidades de expressão do que já era identificado no cotidiano de trabalho como pediatra. Pode-se perceber que utilizam-se algumas categorias nosográficas perfeitamente adequadas às categorias da CID, porém outras são criadas e permitem a expressão de situações diagnósticas que a CID não permitia contemplar. No ANEXO I encontra-se a tabela completa com todos os diagnósticos levantados.

O olhar subjetivo do autor, impregnado de sua concepção de saúde e doença, permite uma leitura de uma série de diagnósticos realizados pelos diversos profissionais envolvidos, que muitas vezes utilizavam nomes diferentes para expressar situações iguais, e vice-versa.

É importante ressaltar aqui que nenhum diagnóstico foi criado. De alguma forma foram registrados pelos médicos

que atenderam as crianças e adolescentes. A subjetividade do autor se permitiu uma leitura do diagnóstico, a partir do que estava registrado não só nas chaves de diagnósticos, mas também na história e no exame físico. Ou seja, partiu-se do diagnóstico encontrado (por exemplo: dificuldade de aprendizagem) e através da leitura do atendimento como um todo (história, antecedentes, exame físico, exames laboratoriais solicitados e realizados) julgou-se se seria possível adequar o diagnóstico realizado à categoria classificatória do autor (por exemplo: dificuldade escolar).

Os diagnósticos que não permitiam uma classificação dentro deste sistema classificatório foram categorizados num grupo de *outros diagnósticos* não contemplados pelo olhar classificatório próprio do autor. A classificação do autor não contemplou 135 diagnósticos, ou seja, 4,8% dos diagnósticos realizados.\*

Pode-se verificar na *tabela 12* que diagnósticos indicativos de dificuldades cotidianas, aqui chamadas de *dificuldades no modo de andar a vida*, foram apresentadas ao serviço, e identificadas como situações diagnósticas em 15,4% do total de diagnósticos levantados. Foram agrupadas neste item uma série de anotações diagnósticas do tipo ansiedade, nervosismo, tontura e inclusive, também, uma série de situações em que o emocional é admitido como fator condi-

---

\* Cf. com o que não foi contemplado pela CID9, página 57 deste texto.

cionante importante (por exemplo *enurese primária*). Dificuldades decorrentes de circunstâncias familiares difíceis também foram agrupadas nesta categoria. Da mesma forma, as dificuldades escolares, as dificuldades na comunicação oral, as dificuldades próprias da puberdade, dificuldades decorrentes da situação financeira da família, do trabalho do adolescente, etc.

Outro grupo de categorias diagnósticas destacadas na classificação do autor foi o das *Dores em geral*, que contemplou significativa percentagem dos diagnósticos levantados (13,4%). Aqui foram agrupados uma série de diagnósticos de dores mal definidas na história e exame físico, outras categorizadas como recorrentes após período de observação e/ou investigação sem resultados positivos, e, ainda, dores com algum grau de definição, sugerindo diagnósticos específicos (por exemplo: *enxaquecas*).

Tabela 12. Número e percentagem de diagnósticos clínicos atribuídos à demanda pediátrica de faixa etária de 4 a 14 anos da Policlínica Municipal I, Campinas, em 1990 (condensada)\*.

Diagnósticos	Número	%
1. Afecções respiratórias	604	(21,0)
2. Dificuldades no modo de andar a vida	444	(15,4)
3. Dores em geral	385	(13,4)
4. Afecções infecto-parasitárias	362	(12,6)
5. Afecções digestivo-nutricionais	326	(11,4)
6. Afecções dermatológicas	203	( 7,0)
7. Antecedentes pessoais e familiares relevantes	97	( 3,4)
8. Afecções geniturinários	84	( 2,9)
9. Afecções oculares	80	( 2,8)
10. Sinais e sintomas à esclarecer**	67	( 2,3)
11. Afecções do aparelho locomotor	55	( 1,9)
12. Afecções do crescimento e desenvolvimento	42	( 1,4)
13. Afecções neurológicas	30	( 1,0)
14. Afecções cardíacas	23	( 0,8)
15. Afecções hematológicas	9	( 0,3)
16. Outros diagnósticos	68	( 2,4)
Total	2867	(100,0)

\* ver distribuição mais detalhada no ANEXO I.

\*\* sinais e sintomas à esclarecer que não se incluem em outras categorias. Por exemplo: *dores em geral*, que inclui as *dores à esclarecer*, ou *afecções cardíacas*, que inclui os *sopros cardíacos à esclarecer*. Ver ANEXO I.

A *tabela 13* apresenta as 10 categorias diagnósticas criadas pelo autor que agruparam os principais diagnósticos levantados, distribuídos pelos três subgrupos etários estudados. Merece destaque a observação que se pode fazer do progressivo crescimento de diagnósticos relativos às *dificuldades no modo de andar a vida e de dores em geral* nos subgrupos mais velhos, bem como a diminuição de diagnósticos considerados de forte teor orgânico nos mesmos grupos ( por exemplo: *afecções respiratórias*, com exceção, evidentemente das alérgicas).

*Tabela 13.* Número absoluto e número médio (por 100 crianças atendidas) de diagnósticos clínicos atribuídos à demanda pediátrica de 4 a 14 anos dividida em três subgrupos etários, Policlínica Municipal de Campinas, 1990.

Diagnósticos Clínicos	4a - 6a11m		7a - 10a11m		11a - 14a11m	
	No.	(X)	No.	(X)	No.	(X)
<b>1. Afecções respiratórias</b>						
Infecções resp. agudas	159	(59,3)	108	(34,9)	50	(24,3)
Infecções resp. de repetição	15	(5,5)	11	(3,5)	9	(4,3)
Infecções resp. persistentes	8	(3,0)	22	(7,1)	6	(2,9)
Alergias resp.	31	(11,5)	43	(13,9)	41	(20,0)
Afecções resp. indefinidas	34	(12,7)	35	(11,3)	21	(10,2)

Tabela 13. cont.

Diagnósticos Clínicos	4a - 6a11m		7a - 10a11m		11a - 14a11m	
	No.	(X)	No.	(X)	No.	(X)
<b>2. Dificuldades no modo de andar a vida</b>						
Dif. afetivas/ emocionais	42	(15,6)	71	(22,9)	56	(27,3)
Dif. escolares	1	(0,4)	65	(21,0)	46	(22,4)
Dif. familiares	25	(9,3)	45	(14,5)	32	(15,6)
Dif. comunicação oral	15	(5,5)	10	(3,2)	5	(2,4)
Dif. próprias da adolescência	-	-	-	-	15	(1,9)
<b>3. Dores em geral</b>						
Dores mal definidas	56	(20,8)	93	(30,0)	73	(35,6)
Dores recorrentes	19	(7,0)	52	(16,8)	29	(14,1)
Dores com algum grau de definição	18	(6,7)	25	(8,0)	19	(9,2)
<b>4. Afecções infecto-parasitárias</b>						
Infeções próprias da infância	20	(7,5)	8	(2,6)	4	(1,9)
Inf. específicas	4	(1,5)	7	(2,3)	4	(1,9)
Parasitoses confirmadas	67	(25,0)	77	(24,9)	42	(20,4)
<b>5. Afecções digestivo-nutricionais</b>						
Do aparelho digestivo	86	(32,0)	97	(31,3)	37	(18,0)
Nutricionais	46	(17,1)	33	(10,6)	27	(13,1)
<b>6. Afecções dermatológicas</b>						
Lesões infecto- parasitárias	44	(16,4)	36	(11,6)	31	(15,1)
Lesões por hipersensibilidade	18	(6,7)	43	(13,9)	14	(6,8)

Tabela 13. cont.

Diagnósticos Clínicos	4a - 6a11m		7a - 10a11m		11a - 14a11m	
	No.	(X)	No.	(X)	No.	(X)
<b>7. Antecedentes relevantes</b>	25	( 9,3)	42	(13,5)	30	(14,6)
<b>8. Afecções geniturinários</b>						
Genitais	13	( 4,8)	27	( 8,7)	18	( 8,7)
Urinárias	6	( 2,2)	11	( 3,5)	6	( 2,9)
<b>9. Afecções oculares</b>						
	24	( 8,9)	38	(12,2)	17	( 8,3)
<b>10. Afecções do aparelho locomotor</b>						
	15	( 5,6)	26	( 8,4)	14	( 6,8)

A tabela a seguir (*Tabela 14*) mostra a distribuição dos diagnósticos encontrados no grupo amostrado. Pode-se comparar o perfil encontrado em cada subgrupo de médicos estudado, bem como o perfil totalizado da amostra, que se aproximam bastante da distribuição encontrada no universo dos diagnósticos apresentados na *tabela 12*.

Na comparação do perfil de diagnósticos encontrado no estudo amostral dos quatro subgrupos médicos, chama a atenção a maior frequência de diagnósticos de *dificuldades no modo de andar a vida* entre os subgrupos C e D, cujos médicos realizaram maior número de atendimentos do tipo *agendado retorno* (ver *tabela 8*) e tinham vínculos, de alguma forma, com o trabalho docente-assistencial do serviço, o que implicava em atendimentos com maior disponibilidade de tempo, assim como uma preocupação maior com aspectos clínicos que fossem além do orgânico. Nos subgrupos A e B, cujos médicos tinham vínculos exclusivos com a assistência direta à demanda, predominaram os pronto atendimentos (ver *tabela 8*) e conseqüentemente diagnósticos mais próximos das doenças orgânicas.

Tabela 14. Número e percentagem de diagnósticos clínicos atribuídos a crianças e adolescentes amostrados, da faixa etária de 4 a 14 anos, por subgrupos de médicos, Policlínica Municipal I, Campinas, 1990.

Subgrupos de médicos Diagnósticos	Médico A		Médico B		Médico C		Médico D		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
1. Afecções respiratórias	48	(34,5)	35	(26,5)	39	(18,2)	31	(17,8)	153	(23,2)
2. Dificuldades no modo de andar a vida		5,8)	17	(12,9)	47	(22,0)	34	(19,5)	106	(16,1)
3. Dores em geral	22	(15,8)	16	(12,1)	31	(14,5)	19	(11,0)	88	(13,3)
4. Afecções infecto-parasitárias	12	(8,6)	17	(12,9)	22	(10,2)	28	(16,1)	79	(12,0)
5. Afecções digestivo-nutricionais	11	(7,9)	12	(9,1)	17	(7,9)	18	(10,3)	58	(8,8)
6. Afecções dermatológicas	12	(8,6)	10	(7,5)	15	(7,0)	16	(9,2)	53	(8,0)
7. Antecedentes pessoais e familiares relevantes	1	(0,7)	3	(2,3)	7	(3,3)	5	(2,9)	16	(2,4)
8. Afecções genito-urinárias	4	(2,9)	6	(4,5)	10	(4,7)	6	(3,4)	26	(3,9)
9. Afecções oculares	5	(3,6)	4	(3,0)	4	(1,9)	2	(1,1)	15	(2,3)
10. Afecções do aparelho locomotor	2	(1,4)	1	(0,8)	3	(1,4)	-	(-)	6	(0,9)
11. Afecções do crescimento e desenvolvimento	-	(-)	3	(2,3)	5	(2,3)	2	(1,1)	10	(1,5)
12. Afecções neurológicas	1	(0,7)	3	(2,3)	1	(0,5)	1	(0,6)	6	(0,9)
13. Afecções cardíacas	4	(2,9)	-	(-)	-	(-)	1	(0,6)	5	(0,7)
14. Afecções hematológicas	-	(-)	1	(0,8)	1	(0,5)	-	(-)	2	(0,3)
15. Outros diagnósticos	9	(6,5)	4	(3,0)	12	(5,6)	11	(6,3)	36	(5,5)
Total	139	(100,0)	132	(100,0)	214	(100,0)	174	(100,0)	659	(100,0)

Certamente, não foram somente os vínculos diferenciados com o serviço e com a demanda que determinaram *perfis de diagnósticos* diferentes entre os subgrupos de médicos estudados. Concepções de atendimento médico e de assistência à faixa etária em questão, tempo de atendimento em serviços básicos de saúde, formação médica e condições cotidianas de trabalho, entre outras possibilidades, devem ter influenciado as diferenças nos perfis encontrados.

Por outro lado, as diferenças de perfis encontradas tornam-se menos significativas quando separa-se diagnósticos do tipo afecção orgânica clara de diagnósticos de dificuldades e dores de causas mais vagas. Comparando-se os quatro subgrupos médicos, verifica-se que, somando-se as percentagens de diagnósticos aferidos como sendo das categorias 2 e 3 da classificação do autor, respectivamente referentes às *dificuldades no modo de andar a vida e dores em geral*, encontra-se a variação de 21,6% de diagnósticos "vagos" no subgrupo A e 36,5% no subgrupo C. Neste serviço, portanto, pode-se dizer que em média 29,4% dos diagnósticos aferidos à faixa etária em questão são situações diagnósticas pouco estudadas e pouco reconhecidas pela prática pediátrica mais tradicional. São situações que demandam um esforço de escuta e reflexão que, infelizmente, ainda está distante da prática médica atual.

Do ponto de vista quantitativo, não se pode negar a importância dos 70,6% de diagnósticos tipo afecção orgânica, considerados *necessidades* de saúde concretas, "inquestionáveis", destas crianças e adolescentes, pelo menos para o olhar do médico. No entanto, o que deixava a sensação de insatisfação no processo de atendimento dessa faixa etária estava nos 29,4% de situações a que não se estava preparado para atender e em parte nestes 70,6%. A aparente sensação de certeza e de objetividade quanto a estes diagnósticos, muitas vezes se desfazia quando a evolução não era a esperada. Tal situação obrigava a reavaliação das "certezas", que "contaminavam-se" de dúvidas. Tudo isto sem tocar na questão do que não chegava ao consultório, ou seja o que havia ficado fora dos critérios de prioridade/exclusividade. O levantamento destes diagnósticos, a tentativa de objetivar, quantitativamente, o olhar médico para as necessidades de saúde que adentravam ao consultório mostrava-se insuficiente para revelar o porquê da insatisfação que inquietava a todos.

A opção pelo método quantitativo era insuficiente para revelar o objetivo central do trabalho, ou seja, identificar quais eram as *necessidades de saúde* das crianças e adolescentes em idade de freqüentar escolas. E,

ao mesmo tempo, insuficiente para abordar os motivos pelos quais o cotidiano das práticas médicas dirigidas a essa faixa etária, não satisfazia tanto aos profissionais do serviço de saúde, quanto àqueles que procuravam este serviço nestas condições.

O perfil de diagnósticos, mesmo quando reanalisado em suas nuances relativas ao tipo de vínculos estabelecidos e as diferenças de abordagem dos subgrupos de médicos, e ainda as diferenças encontradas entre os subgrupos etários, revelava apenas uma face da questão: o registro médico parcial de seu escutar e olhar o problema. Tudo o que antecedia ao registro, ou seja, o surgimento da necessidade individual de procurar o serviço, bem como as barreiras e filtros encontrados para se chegar até lá, e ainda o que acontecia dentro do consultório, estava ignorado. Era óbvio que tudo isto parecia influenciar o resultado do perfil, mas carecia-se de instrumentos metodológicos quantitativos adequados para se avaliar como e quanto influenciava. Era necessário buscar outros recursos de análise, que subsumissem os elementos encontrados até então, mas que permitissem ao mesmo tempo ampliar o campo de visão do problema além do escutar e do olhar médico e epidemiológico. Era o momento de sair em busca de outros referenciais teóricos neste sentido.

A partir deste momento redefine-se um outro projeto. O projeto de se tentar compreender o *porquê* de um perfil epidemiológico não refletir com fidelidade as

*necessidades* daquele grupo de *crianças e adolescentes*. Tornou-se necessário delimitar o que significava *processo de elaboração de conhecimento* para o autor, que proposta de conhecimento se delineava, que importância poderiam ter as *indagações subjetivas* do autor no decorrer do processo e acima de tudo que objeto de estudo se reelaborava.

Neste sentido tornava-se obrigatório no mínimo tentar compreender o que se estava chamando de *crianças e adolescentes em idade de freqüentar escolas*, que sujeitos eram estes que estavam sob o foco central do trabalho; que significado tinham para o autor e para o trabalho que então se delineava. Da mesma forma, tornou-se necessário sair em busca de um conceito que se aproximasse do que se está tentando compreender como *necessidade* e a partir deste conceito, compreender o que se buscava conhecer desde o início, ou seja, as *necessidades de saúde* desses sujeitos em sua constituição social.

PREPARATIVOS PARA O VOO

**Os Sujeitos em Foco: as Crianças em Idade de Freqüentar  
Escolas e Seu Devir como Sujeitos Adultos**

*Depuz a mascara e vi-me ao espelho...  
Era a creança de há quantos annos...  
Não tinha mudado nada...*

*É essa a vantagem de saber tirar a mascara.  
É-se sempre a creança,  
O passado que fica,  
A creança.*

*Depuz a mascara, e tornei a pol-a.  
Assim é melhor.  
Assim sou a mascara.*

*E volto à normalidade como a um terminus de  
/linha.*

(PESSOA, 1990, p. 335)

*"Todo estudo sobre a criança implica o  
adulto, suas reações e seus preconceitos."  
(MANNONI, 1967, p. 30)*

As duas epígrafes acima traduzem em essência o espírito deste trabalho. Fernando PESSOA sempre soube, através de suas máscaras (neste com a chamada Alvaro de Campos), expressar tudo aquilo que está fora da razão. Aquilo que encontra-se nas profundezas da alma humana. Com esse poema traz a angústia da constatação de que fazer-se *normal* é um

constante esforço de por e repor máscaras. Máscaras que escondem a real *essência* do homem: a criança dentro de si. Criança que justifica o desejo de viver, a necessidade de viver, a existência como *corpo vibrátil*.

Para Suely ROLNIK as máscaras são a espessura material dos afetos. Ao descrever, ou melhor, cartografar, o processo de *produção de universos psicossociais*, ou seja, do *desejo*, sintetiza: "(...) *intensidades (de afetos) buscam formar máscara para se apresentarem, se "simularem"; sua exteriorização depende delas tomarem corpo em matérias de expressão. Afetos só ganham espessura de real quando se efetuem.*" (ROLNIK, 1989, pp. 25-6) A "simulação", finalidade do processo de construção de máscaras, não pode ser confundida com falsidade, fingimento ou irreabilidade, pois enquanto funcionar como condutor de afeto, ganha realidade. Assim, "(...) *intensidades em si mesmas não têm forma nem substância, a não ser através de sua efetuação em certas matérias cujo resultado é uma máscara. Ou seja, intensidades em si mesmas não existem: estão sempre efetuada em máscaras - compostas, em composição ou em decomposição.*" (ROLNIK, 1989, p. 31) No entanto, ao materializarem-se, os afetos em sua intensidade passam a ser operados por máscara, que enquanto funcionar como condutor de afeto "(...)" *ganha espessura de real, ela é viva e, por isso, tem credibilidade: é "verdadeira". E na medida em que deixa de ser esse condutor -(...)-, ela simplesmente torna-se irreal,*

*sem sentido, e por isso perde sua credibilidade, torna-se "falsa". É verdade que, a olho nu, é só ela que aparece.*" (ROLNIK, 1989, pp.31-2)

Ao se depor a máscara, segundo ROLNIK, "(...) não há rosto algum, um suposto rosto verdadeiro, autêntico, originário - em suma um rosto real que estaria oculto, seja por um trauma ou recalque (versão psicologizante), seja por ideologia ou falsa consciência (versão sociologizante) ou, simplesmente por ignorância." Assim o que ocorre ao se depor a máscara "(...) são movimentos permanentes e imperceptíveis de criação de outras máscaras." (ROLNIK, 1989, p. 32)

Esse processo de constante e imperceptível criação e recriação de máscaras só existe a partir do momento em que o corpo vibrátil torna-se capaz de canalizar ou conduzir afetos através de matérias de expressão, ou seja, através sentidos que constituirão as próprias máscaras. Pode-se então dizer "(...) que o movimento de simulação é feito, necessariamente, de intensidade-e-língua, ao mesmo tempo. Ou seja, no artifício encontramos, absolutamente indissociáveis, os afetos e suas línguas, formando constelações singulares. E os mundos nada mais são que tais constelações: atrás delas, como vimos, só intensidades se dispersando e, ao mesmo tempo, línguas se desmanchando; outros movimentos de intensidade-e-língua se esboçando, germinação de outros mundos." (ROLNIK, 1989, p. 33)

Enquanto os afetos não se podem conduzir através de máscaras mais fáceis de desvendar, ou seja, as máscaras dos adultos, ficam as máscaras, que encerram *sentidos de mundos e intensidades de afetos* indissociáveis, e que provocam sempre a maior perplexidade dentro de nós, que são as máscaras da criança: *intensidade de afeto em plena voracidade*. Voracidade em vias de ser delimitada, restringida. Não há como escapar dessa constrição, porém será sua intensidade e sua qualidade que poderá conformar a plena voracidade em desejo em pleno funcionamento. E como escreve ROLNIK: "*o pleno funcionamento do desejo é uma verdadeira fabricação incansável de mundo*". (ROLNIK, 1989, p. 40)

A constrição tende nos dias de hoje ao adestramento de crianças cada vez mais precoce para homogeneizar comportamentos e atitudes diante de códigos sociais dominantes. Félix GUATTARI escreve no seu *Revolução Molecular* que "(...) estamos longe do tempo em que se dizia aos jovens: 'Você vai ver, durante seu serviço militar, vão por você na linha, vão fazer de você um homem...'. Não se pode mais esperar tanto tempo assim. A precocidade do adestramento da criança implica uma mudança de método. Este tende a recorrer, cada vez menos, a sistemas de coerção materiais - pode-se dispensar a palmatória, o castigo - e, cada vez mais, a técnicas de impregnação audiovisuais que fazem o trabalho com suavidade, e em muito maior profundidade. Uma espécie de lei de retroação poderia ser tirada: quanto mais precoce for

a iniciação, mais intenso e duradouro será o imprinting do controle social." (GUATTARI, 1977, p. 52) A precocidade garante a intensidade da constrição. As técnicas cada vez mais sofisticadas de impregnação audiovisuais garantem a qualidade. As duas juntas garantem o produto dessa forma de constrição: homens adaptados ao modo capitalístico de vida.

O sistema escolar joga importante papel nesse processo, mas é a televisão que assume o papel central: "(...) é ela a babá, que tomou o lugar de um certo tipo de relações que se estabeleciam antigamente no quadro das semiologias da fala. Toda a linguagem que nela é produzida está a serviço de um certo tipo de formação, de iniciação às diferentes engrenagens da produção e do campo social." (...) "A educação televisual modela o imaginário, injeta personagens, cenários, fantasmas, atitudes, ideais; ela impõe toda uma micropolítica das relações entre os homens e as mulheres, os adultos e as crianças, as raças, etc... Ela ocupa o lugar de um certo tipo de conversa, de leitura, etc." (GUATTARI, 1977, p. 53) A escola exerce um papel coadjuvante, de reforço, não através de suas diferentes técnicas de ensino, mas no que GUATTARI denomina "(...) efeito da política semiótica dos adultos sobre as crianças", efeito das atitudes favorecedoras à iniciação das crianças aos valores do sistema. "(...) O inconsciente da criança é inseparável do dos adultos; ele está inteiramente contaminado pelos conflitos que existem no nível, por exemplo, do trabalho dos pais, da

*competição e das lutas sexuais no seio do casal parental, dos modelos de integração que são veiculados pelas crianças mais velhas, etc...*" (GUATTARI, 1977, p. 54) Assim, são professores, psicólogos, pedagogos, auxiliares de ensino, auxiliares de creches, recreadores, pais, mães, irmãos, etc., os facilitadores da iniciação das crianças aos sistemas de de integração e de alienação, o mais precocemente possível e, principalmente, quando estão despreparados para um trabalho de luta micropolítica contra estes sistemas.

Daí a epígrafe de MANNONI (1967) de que todo estudo sobre a criança pressupõe o adulto. Este trabalho ao se propor estudar o processo de produção das *necessidades de saúde de crianças em idade de freqüentar escolas*, a partir da tentativa de se traçar um perfil de morbidades encontradas na demanda desta faixa etária, num serviço de atenção primária, não pode prescindir do papel que o adulto assume nas várias etapas do processo. Assim, como não pode prescindir do *dever adulto* que significam essas crianças e ainda a criança que se *dissimula* através das máscaras adultas de cada um. Se "(...) *demorou muito tempo até que se desse conta de que as crianças não são homens ou mulheres em dimensões reduzidas*", e que somente no século XIX essa miniatu- rização tenderia a ser superada, é chegada a hora de se superar o que se fez delas: a *infantilização* das crianças e a relutância "(...) *inclusive em aceitá-las como pequenos*

*seres humanos.*" (BENJAMIM, 1928, p. 64) Pequenos em massa física, mas ainda não totalmente conhecidos em suas outras dimensões.

Ser tratado como uma criança, para um adulto, tem muitas vezes o significado de ser desrespeitado em sua capacidade de refletir e de compreender o mundo com lucidez, ou ainda, de merecer atenção como uma pessoa alienada e "inocente". Essa representação social que se tem do ser criança reflete bem o que se conseguiu ao infantilizá-la, ou seja, desqualificá-la. Este feito deve-se à *modernidade*.

Segundo Philippe ARIES em seu *História Social da Criança e da Família*, antes do século XVI a criança não existia socialmente como uma categoria de pessoa de uma faixa etária: "(...) A idade do homem era uma categoria científica da mesma ordem que o peso ou a velocidade o são para nossos contemporâneos. Pertencia a um sistema de descrição e de explicação física que remontava aos filósofos jônicos do século VI a.C., que fora revivido pelos compiladores medievais do Império Bizantino, e que ainda inspirava os primeiros livros impressos de vulgarização científica no século XVI." (ARIES, 1973, p. 34) A idéia de periodização da vida vai passando dos tratados pseudo-científicos da idade média à linguagem cotidiana das pessoas no início da idade moderna.

Assim, primeiro a idéia de que as "idades da vida" são a *infância*, a *juventude* e a *velhice*. Depois a incorporação de outras palavras que já faziam parte do jargão "científico" medieval, tais como *adolescência* e *primeira infância*. Mais tarde, com o processo de universalização do direito à educação na Europa no final do século XIX, surgirá o *escolar*, e com este o *pré-escolar*, logo incorporados pela pediatria. Assim, "(...) a longa duração da infância, tal como aparecia na língua comum, provinha da indiferença que se sentia então pelos fenômenos propriamente biológicos: ninguém teria a idéia de limitar a infância pela puberdade. A idéia de infância estava ligada a idéia de dependência: as palavras *filis*, *valets* e *garçons* eram também palavras do vocabulário das relações feudais ou senhoriais de dependência. Só se saía da infância ao se sair da dependência, ou, ao menos, dos graus mais baixos da dependência." (ARIES, 1973, p. 42)

Se a criança não existia como faixa etária antes da modernidade, também não existia como ser dotado de qualidades físicas e psicológicas específicas. "(...) Na história da psicologia, e em conseqüência de observações muito exatas, admite-se que as características psíquicas específicas da criança foram 'descobertas' nos séculos XVII e XVIII."... "A psicogênese de determinadas particularidades seguiu-se à sociogênese da categoria etária da criança. As antigas leis e costumes permitem-nos confirmar estas hipóte-

ses. Segundo as *Leges Barbarorum*, nas quais se codificava o antigo direito popular, concedia-se a maioridade aos onze anos entre os lombardos, e aos doze entre os anglo-saxões. Podia-se ser condenado à reclusão aos doze anos, às vezes até aos dez ou sete anos. Aos sete ou oito anos, a criança já devia ser capaz de ganhar a vida sozinha." (USSEL, 1970, p. 119)

Com relação à sexualidade, as crianças foram consideradas assexuadas até o século XX. Embora Sigmund FREUD, no segundo de seus *Três Ensaios sobre a Sexualidade*, publicasse em 1905 os elementos fundadores de toda uma interpretação psicanalítica da sexualidade humana a partir do desenvolvimento do *instinto sexual* da criança, somente neste final de século este vem sendo admitido e encarado como assunto de real interesse entre pais e professores. FREUD alertava nesse ensaio: "(...) Acredito, então, que a *amnésia infantil*, que transforma a infância de todos em algo semelhante a uma época pré-histórica e lhes oculta o início de sua própria vida sexual, é responsável pelo fato de, em geral, nenhuma importância se atribuir à infância no desenvolvimento da vida sexual. As lacunas em nosso conhecimento que surgirem desta forma não podem ser preenchidas por um único observador. Já em 1896 eu insistia na importância dos anos da infância na origem de certos fenômenos ligados à vida sexual, e desde então nunca deixei de dar ênfase ao papel de-

*sempenhado na sexualidade pelo fator infantil.*" (FREUD, 1905, p. 180)

Dependente, fraca, inocente, ingênua e assexuada são as características fundamentais da criança na concepção de infância da modernidade. Características que perseguem o homem adulto. São exatamente estes os principais medos dos adultos. Ser adulto com *sucesso* significa deixar de ser dependente, fortalecer-se fisicamente, adquirir malícia e esperteza na vida, estar em condições de assumir um papel sexual socialmente aceitável. Estas representações povoam as mentes dos homens modernos, e estão na base da maioria de seus incômodos e preocupações. É no sentido de minimizá-las que desenvolve-se toda uma ciência moderna. Cabe perguntar, no entanto, o quanto disso tudo é realidade: seriam as crianças de fato tão dependentes, tão frágeis, tão inocentes e ingênuas, e tão assexuadas assim? Ou ainda: seriam estes valores de independência, força (e beleza) física, malícia, e sexo os valores que deveriam nortear a educação e convivência em sociedade?

Este trabalho não pretende dar respostas a estas questões, porém pretende contribuir no sentido de oferecer alguns elementos para uma reflexão no sentido de buscar o porquê é tão difícil compreender as necessidades de saúde desses sujeitos, que com seus incômodos incomodam e desnudam as máscaras de todos aqueles que com eles se envolvem: pais, professores e médicos que através de suas máscaras lidam

com estas crianças. Pretende-se aqui um esforço no sentido de facilitar esse desnudamento incomodativo e ao mesmo tempo indicar *linhas de fuga* no sentido de produzir novas máscaras num outro *território*, que não seja o mais "tranquilo", ou aquele do apego à necessidade de *normalidade*, que não seja o simples *terminus de linha*. Mas o do constante *dever* de novas máscaras, menos adultas talvez, mas que sejam hábeis para superar a opressão de qualquer forma de micropoder coercitivo, ou de qualquer outra estrutura repressiva desse movimento.

## EM BUSCA DE UM CONCEITO DE NECESSIDADE

*"Construir uma nova vontade política na área da saúde significa pensar uma nova consciência sanitária, capaz de identificar as "necessidades" do processo histórico contemporâneo."*  
(Gastão W. S. CAMPOS, 1991, p. 33)

Que necessidades são estas que aparecem entre aspas no texto de Gastão Wagner Souza CAMPOS em seu *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*? Como conceitualizá-las? Como identificá-las para construir uma nova consciência sanitária? Essas questões, sem dúvida, justificam este trabalho; são o mote propulsor do trabalho; porém podem desviá-lo do objetivo principal, já delimitado, que é o da busca do *por-que*. Talvez a questão fosse melhor colocada se neste momento se restringisse a tentar delimitar um conceito, que aqui será central: o conceito de *necessidade*. Em outras palavras trata-se de delimitar nesse momento, entre as várias possi-

bilidades de entendimento desta palavra, o sentido que se pretende conferir a mesma nos capítulos seguintes.

Se colocada a questão do que se entende por necessidades de saúde aos médicos, as respostas tenderiam a associação, quase que direta, de *necessidade* a *perfil de morbidade*. Como já escreveu Avedis DONABEDIAN: "(...) A definição que dão os médicos de *necessidade* deriva-se da forma como se definem a *saúde* e a *enfermidade* na ciência médica e do que oferece a *tecnologia* para o tratamento ou a prevenção. É característico que quase não se reflita a respeito do conceito de *saúde* na educação médica. Esta preocupa-se principalmente com a *gênese* da *enfermidade* e a *seqüência* progressiva de seus diversos estados, suas manifestações detectáveis e a maneira como se podem prevenir, deter ou inverter." (DONABEDIAN, 1973, p. 75)\* Ou seja, para os médicos em geral será considerado *necessidade* tudo aquilo que pode ser categorizado como *enfermidade* "cientificamente" compreendida, assim como tudo aquilo que puder interromper o seu desenvolvimento. O que define aí *necessidade* é o conhecimento médico oficial.

Para os planejadores da área de saúde com concepções clássicas de planejamento, as necessidades de saúde podem ser "(...) operacionalmente definidas como a diferença

---

\* Excerto traduzido pelo autor do espanhol; o texto utilizado é tradução para o espanhol de Beatriz Alvarez Klein (1988) e encontra-se na página 277-8, sob o número 4, ANEXO II.

entre níveis de saúde observados e níveis de saúde ideais. Essa diferença sugere objetivos operacionais para novos programas e conduzem ao planejamento das várias alternativas de ação, à escolha de medidas apropriadas, e à implementação dessas medidas. Assim, a diferença entre o ideal e a verdadeira situação de saúde pode mudar, e nesse processo deve ocorrer colaboração muito próxima entre gerenciadores e aqueles que detém o sistema de informação em saúde, de forma que o sistema satisfaça as necessidades de informação dos gerenciadores." (KALIMO, 1979a, p. 65-6)\* Quando o autor refere-se a níveis de saúde, está querendo dizer que para os planejadores e gerenciadores das ações de saúde em seus diversos níveis é necessário informação com relação aos principais indicadores clássicos gerais e específicos de saúde, desde que os mesmos reflitam a "realidade" de toda a população, bem como de seus subgrupos. Esta informação terá como alvo os gerenciadores e planejadores de ações de saúde; e, assim, necessidade de saúde passa a ser instrumento de trabalho com finalidade bem determinada: adequar os serviços de saúde às necessidades obtidas. Daí a necessidade de ampliar os ângulos de visão do problema. Escreve KALIMO: "os indicadores de necessidade para os serviços de saúde devem ser baseados em informação sobre toda população, e não somente dos usuários dos serviços. As estatísticas rotineiras dos serviços ou os registros de programas de seguro em saúde usualmente não fornecem os dados suficientes que sirvam de base

\* Excerto traduzido pelo autor do original em inglês; Cf.

para a construção de indicadores de necessidade" (KALIMO, 1979a, p.67)\*.

Entre a necessidade da demanda (atendida ou não) e a necessidade que deveria ser atendida, ou seja a necessidade sentida ou percebida (*perceived need*) que também foi atendida, ou não, há uma diferença que muitas vezes é definida como necessidade "inconveniente" ("*unmet*" *need*). Ou seja, parte das necessidades sentidas, mas que não se expressam, ou que se expressam mas não são valorizadas. São inconvenientes aos serviços.

Apesar de inconvenientes precisam ser avaliadas e quantificadas. O que é sentido, ou melhor, percebido como necessidade de saúde, independente de ser conveniente ou não, deverá ser motivo de preocupação dos serviços de saúde que constituíam os espaços de assistência médica da medicina oficial. "(...) Embora o objetivo imediato dos serviços de saúde seja satisfazer a necessidade medicamente definida, na prática estes também têm que satisfazer necessidades de saúde num senso social e de percepção individual. Numa abordagem estratégica para a formulação de políticas de saúde os três conceitos de necessidades devem ser levados em conta. O uso individual de um serviço de saúde é comumente motivado por uma necessidade sentida por quem procura, que frequentemente baseia-se em seu conhecimento a respeito de sintomas

---

página 278, sob o número 5, ANEXO II.

\* Idem ao anterior; página 278-9, número 6, ANEXO II.

*ou sinais causados pelo distúrbio do ponto de vista médico e nas restrições relativas à atividade social.*" (KALIMO, 1979a, p. 68)\*

KALIMO (1979) defende a idéia de que se possa construir modelos de indicadores que possam quantificar e tipificar cada grupo de necessidades por serviços de saúde cruzando três concepções básicas de necessidades por serviços de saúde: a concepção médica, que poderia ser expressa como incidência e/ou prevalência de doenças específicas; a concepção social de necessidade socialmente determinada, que poderia ser estatisticamente quantificada a partir de inquéritos domiciliares; e, ainda, a concepção individual das necessidades percebidas através de pesquisas domiciliares ou pesquisas diretas com a demanda dos serviços. Segundo KALIMO, ao cruzar as três diferentes concepções de necessidade, que "*(...) são quantificadas por diferentes indicadores de necessidade, é possível definir uma tipologia da população baseada em três indicadores de necessidade, cada um correspondendo a um conceito diferente.*"...*"Desta forma a população poderia ser dividida em oito grupos-tipo em um ponto particular no tempo.*" (KALIMO, 1979a, p. 68)\*\* O esquema de tipologia pode ser visualizado no esquema apresentado a seguir:

---

\* Excerto traduzido pelo autor do original em inglês; encontra-se na página 279, sob o número 7, no ANEXO II.

\*\* Idem acima, página 279, número 7, ANEXO II.

Fig. 1. Tipologia da população baseada em indicadores de três conceitos de necessidade por serviços de saúde

		NECESSIDADE MEDICAMENTE DEFINIDA			
		NÃO		SIM	
		Necessidade Socialmente Determinada		Necessidade Socialmente Determinada	
		Não	Sim	Não	Sim
Necessidade percebida	Não	A Sem Necessidade	B Necessidade medicamente injustificada, socialmente determinada e não percebida	C Necessidade obscura, apenas medicamente definida	D Necessidade médica socialmente determinada e não percebida
	Sim	E Necessidade percebida injustificada	F Necessidade medicamente injustificada, percebida, e socialmente determinada	G Necessidade médica percebida e não socialmente determinada	H Necessidade inquestionável

(KALIMO, 1979, p. 68)\*

Toda essa tentativa de quantificar o que se entende por necessidade de saúde por parte de quem planeja ações de saúde acaba se restringindo à questão dos serviços, pois a finalidade é atingir uma *meta ideal* de utilização de tais serviços. Mesmo no exemplo acima em que o autor se preocupa com outras concepções não exclusivamente médicas do que se entende por necessidade, pode-se perceber que a concepção médica de necessidades dos serviços acaba sendo central, uma vez que acaba em parte determinando tanto o que

\* Figura traduzida do original em inglês pelo autor; Cf. original na pg. 280, número 7, ANEXO II.

será considerado necessidade socialmente determinada, como o que será percebido individualmente como necessidade. Em suma, a concepção de necessidade em trabalhos como esse continua referida a fatos concretos sobre as pessoas, "coisas" que podem ser quantificadas e/ ou tipificadas.

Quando se trata de ouvir as respostas dos clientes ou dos usuários dos serviços de saúde, ou das pessoas em geral, às questões enunciadas no início desta busca, percebe-se que as mesmas podem assumir outros sentidos. Para muitos, sem dúvida, a resposta se aproximaria muito da concepção dos médicos de *necessidade*. Talvez a maioria das pessoas não consiga ver saúde como algo mais do que simplesmente deixar de estar doente, ou de estar submetido a um *risco* de doença, isto é, fatos sobre si mesmos. Porém, para outros, as *necessidades* de saúde estão bem longe dos serviços médicos. Estão na forma de organizar o *modo de andar a vida*, nas oportunidades de expressar *desejos*, na capacidade de *produzí-los*, assim como na forma como estes serão *respeitados*. Ou seja, *necessidade* deixa de ser tudo aquilo que o indivíduo precisa para que o mesmo não se veja doente, para tornar-se movimento de produção de *desejos* compreendidos socialmente como necessários por provirem dos sujeitos dessa sociedade, e, portanto, merecedores do respeito de todos. Nesta situação, *necessidade* deixa ser mero fato concreto sobre as pessoas para adquirir um caráter de movimento concreto do desejo das pessoas. De fatos

quantificáveis dos indivíduos isolados ou agrupados na forma de população ou partes desse conjunto, passa-se a exigir a busca de uma concepção de necessidade que contemple idéias como a forma de se respeitar o desejo do outro, de pessoas concretas, sujeitos sociais, que não são figuras etéreas, mas sim pessoas do cotidiano aflitas com seus incômodos desejando expressá-los em sua plenitude.

Assim, o desejo de que o médico saiba ouvir a queixa que aflige o sujeito é muitas vezes mais *necessário* que o *diagnóstico* bem determinado ou que o medicamento que eventualmente possa resolver a queixa. A devalorização de queixas que não se enquadram no *perfil de doenças* que os médicos constroem em sua *representação* dos problemas de saúde da sociedade pode significar um ato de *violência* contra a mesma sociedade. Infelizmente, essa é a realidade cotidiana dos serviços públicos de saúde no Brasil; e porque não dizer dos serviços de saúde em geral, incluindo aí também os de seguro privado e os privados exclusivos. É claro que o tipo de *violência*, sua explicitação e intensidade vão variar de um espaço para outro, no entanto em essência o efeito violento estará muito próximo. Em outras palavras, não ser ouvido porque a burocracia de um serviço público não permitiu que se chegasse ao médico em efeito pode ser tão *violento* como ter recebido um diagnóstico sem que a realidade da queixa pudesse ter sido verdadeiramente explicitada. Quando se diz aqui *violência* compreende-se esta como qualquer

ato ou situação que reduza um sujeito à condição de objeto. "(...) *Do ponto de vista ético, somos pessoas e não podemos ser tratados como coisas. Os valores éticos se oferecem, portanto, como expressão e garantia de nossa condição de sujeitos, proibindo moralmente o que nos transformem em coisa usada e manipulada por outros.*" (CHAUI, 1994, p. 337)

Dos parágrafos acima pode-se depreender alguns aspectos que a palavra *necessidade* carrega e que sua categorização, para que se possa utilizá-la em outro momentos deste trabalho, merece uma aproximação mais precisa. O primeiro deles trata da associação de *necessidade* a *fato concreto* desprovido de qualquer conteúdo de valor; fato que pode ser desvendado cientificamente e tratado na medida em que o desenvolvimento tecnológico e científico assim o permitir. Um segundo aspecto que se agrega a palavra *necessidade* é o da dificuldade de se associar *necessidade* a *desejo*, como se um excluísse a possibilidade do outro e que as tentativas de romper com essa exclusão mútua impedisse o tratamento de ambas como *fatos concretos*.

Duane WILLARD, em artigo intitulado de *Needs and Medicine*, argumenta que para os profissionais da área médica, bem como para a sociedade em geral, é muito difícil pensar necessidades como algo que não seja fatos sobre as pessoas. Escreve: "(...) *profissionais da área médica, como as pessoas em geral, tendem a pensar necessidades como fatos sobre as pessoas. Médicos, que entrevistamos, estão menos*

interessados nos valores das pessoas do que em suas doenças."(...) "Afim, os médicos são cientificamente treinados para lidar com fatos, e as necessidades médicas ou de saúde dos pacientes são fatos sobre os mesmos". Fatos "cientificamente" determinados. Assim, é muito difícil que esses profissionais passem a pensar necessidades como valores da sociedade e muito menos como direitos humanos. "Direitos não são o tipo de coisas que os médicos tenham algum treinamento para lidar com os mesmos." (WILLARD, 1982, p. 259-60)\* Para a autora, esta dificuldade tem engendrado outras dificuldades para a própria medicina no que concerne a: decisões quanto à definição de quando um ato cirúrgico, por exemplo, é necessário ou desnecessário; definição de saúde e doença; avaliação das conseqüências do desenvolvimento tecnológico na ciência médica; e, por fim, compreensão médica do suposto conflito entre as necessidades de saúde dos pacientes e seus direitos humanos.

Ao se transformar necessidades em fatos concretos, visíveis, palpáveis, audíveis e, suscetíveis à intervenção técnica e científica, restringe-se as *necessidades de saúde* ao âmbito do trabalho médico. Restringe-se aos limites de ação de seu espaço de trabalho. Em outras palavras, transforma-se *necessidades de saúde* em *perfil de morbidade da demanda* dos serviços médicos. Sua leitura só é possível ao

---

\* Excerto traduzido pelo autor do original em inglês; Cf. página 280, número 8, do ANEXO II.

olhar de um tipo de sujeito: o médico, tecnicamente formado para identificá-las. E quando necessidades se confundem com leitura técnica de particularidades de uma demanda, dificulta-se a sua compreensão como *direito*. Corre-se o risco de confundí-las com carências particulares, interesses de grupos, ou ainda privilégios de poucos.

Aqui cabe a distinção que Marilena CHAUI faz entre carência, privilégio, interesse e direito, ao considerar fundamental distinguir o âmbito de cada uma dessas categorias: "*carências e privilégios, são específicos e particulares; interesses são gerais para grupos e classes sociais diferentes; direitos são universais (ou porque são os mesmos para todos ou porque, sendo diferenciados, são universalmente reconhecidos por todos como legítimos)*". Ao se considerar a sociedade como democrática, a partir do momento em que esta transforma-se em "*uma forma geral da existência social baseada na criação, reconhecimento e garantia de direitos e deveres dos cidadãos*",... "*carências e privilégios não têm como generalizar-se em interesses nem universalizar-se em direitos (a satisfação das carências e a quebra de privilégios é condição e não a finalidade da democracia); interesses particulares e de pequena generalidade social também não conseguem universalizar-se em direitos*". (CHAUI, 1994, cad. 1, p.3) Assim, a tendência à particularidade e à generalidade restrita a grupos ou classes sociais dificulta a compreensão de necessidades (quando confundidas com carên-

cias, interesses e privilégios) como valores e como direitos universais.

A leitura que se pretende conferir aqui à palavra *necessidade* é a de que esta só pode ser compreendida no âmbito dos direitos sociais de uma sociedade que se pretenda verdadeiramente democrática; sem que isto esvazie, ou melhor, transforme a leitura de *necessidade-fato* incompatível com a de *necessidade-direito*. Pelo contrário, que a leitura de *necessidade-direito*, onde a necessidade de todos tem o mesmo valor e a necessidade específica de alguns é reconhecida universalmente por todos, possa permitir uma conotação menos técnica e mais humana ao conteúdo da *necessidade-fato*. Em outras palavras, a necessidade de restaurar um dente cariado, por exemplo, tem que ser sentida tanto por quem está com dente sofrendo como por aquele que pode aliviar o sofrimento ou impedir que o mesmo ocorra, e ainda por toda a sociedade onde estes dois sujeitos estão inseridos, como *direito de todos*. Possuir uma dentição saudável é um direito que qualquer sociedade verdadeiramente democrática deve garantir a todos os seus cidadãos. Este sentimento permitirá que o buraco do dente deixe de ser apenas um *fato* do dente ou da pessoa que o possui para tornar-se uma necessidade socialmente garantida.

Torna-se preciso diferenciar também o que se está chamando de *necessidade-fato*, individual, cientificamente avaliável do que a psicanálise chama de *necessidade carência*

e esta, por sua vez, do que a mesma psicanálise chama de *desejo*. A *necessidade-fato* da maioria dos médicos e da sociedade em geral, o buraco do dente a que se referiu acima, difere da *necessidade carência* da psicanálise uma vez que a primeira não contém nenhum valor em si própria, enquanto que a segunda implica no sentido de carência a ser preenchida; preenchimento este considerado valor. Portanto, a segunda traz em si a *mediação*, a idéia de que a necessidade apresentada como carência implica por si só o meio para que possa ser resolvida. O buraco a ser preenchido de amálgama deixa de ser um mero buraco de dente para tornar-se um buraco que demanda uma resolução, um consumo. A necessidade como fato concreto pode ou não ser resolvida, enquanto a necessidade carência só existe caso possa ser resolvida. Neste sentido, L. Duane WILLARD argumenta que deve-se reconhecer que "(...) quando se fala de necessidades está se falando de meios para determinados fins; sobre coisas necessárias para a realização de algo mais, considerado valioso. Dizer que uma pessoa necessita alimento quer dizer que alimento é uma condição necessária para satisfazer a fome ou para a sobrevivência. Porém, alimentação é necessária somente se a satisfação da fome ou a sobrevivência são valorizados, ou que sejam um bem. Dizer que uma pessoa necessita ter no mínimo três conjuntos de vestimentas quer dizer que ter três conjuntos de roupas é um meio necessário, diga-se, à conquista ou à manutenção de um determinado emprego, ter um certo status social, aparentar-se bem vestido, etc., enfim tudo o que

*de alguma forma é considerado de valor". (WILLARD, 1982, p.261)\** No entanto, apesar de incorporar um conteúdo mais amplo que o simples *fato*, que é o conteúdo de *valor*, socialmente determinado, a necessidade como *carência* ainda não pode inserir-se no âmbito dos direitos universais, pois estes só são realidades em sociedade verdadeiramente democráticas, isto é, onde as carências individuais já foram previamente resolvidas.

Esta necessidade carência, que pede uma resolução de sua tensão interna com a finalidade de se atingir algo considerado de valor, difere do que a psicanálise chama de *desejo* no sentido de que este pode ser adiável, enquanto a necessidade ou o *carecimento* não podem. Assim: "*se as necessidades têm que ser satisfeitas na realidade por uma consumação, há uma outra coisa no ser humano, a que Freud chamou libido, e que é o desejo. O desejo em que, em sua origem, é sempre inconsciente, tal como necessidade, pede também o apaziguamento de sua tensão numa realização, numa consumação para o prazer; mas a característica do desejo é suportar a não realização imediata e poder, por esse fato, sofrer transformações contínuas, até satisfazer-se de um modo ou de outro. O desejo não satisfeito, que assim permanece em estado de tensão, pode aí reforçar-se e precisar-se. Assim, cada um de nós se torna capaz de inventar e criar inconscientemente meios de brincar com nosso desejo e trazer-lhe*

\* Excerto traduzido pelo autor do original em inglês; Cf. página 281, número 9, ANEXO II.

apaziguamento, quando não há resposta no ambiente ". (DOLTO, 1982, p. 215) Esse *jogo do desejo*, esse brincar singular das idéias, imagens, sonhos e lembranças, jogado da forma mais possível entre milhares de possibilidades, será o que se tenta recuperar através da linguagem no processo de análise. Será essa multiplicidade de possibilidades, essa capacidade de sofrer transformações contínuas, que faz do desejo algo que pode ser adiado e portanto contraposto ao que a psicanálise chama de *necessidade*.

Os filósofos sempre se preocuparam com o conceito de *necessidade*, que se contrapõe em todos os sentidos ao conceito de *contingência*, qualidade de tudo aquilo que é incerto, do que pode ou não acontecer, do que pode ou não suceder, do que se movimenta, do acaso. Para Aristóteles a ciência demonstrativa só é possível se tomar por objeto o que não for contingente. "(...) A ciência, *saber do necessário*, isto é, do que é sempre idêntico a si mesmo, ou conhecimento apodítico, exige estabilidade do objeto, sendo por isso incompatível com o movimento incessante das coisas e do pensamento, isto é com a *contingência* inscrita na natureza das coisas e do homem. Contingente é o que muda de maneira inesperada e imprevisível e até contrária a si mesmo, o que pode acontecer tanto quanto não acontecer, é o que poderia ser de outra maneira. A ciência, que se ocupa exclusivamente com o necessário, isto é, com aquilo que jamais pode ser de outra maneira, não poderia ocupar-se com a *contingência*

*senão sob pena de destruir-se ou de destruí-la, pois o contingente, tornando-se objeto da ciência, já não poderia ser de outra maneira e desapareceria como contingente.*" (CHAUI, 1990, p. 31) O *desejo* articula-se diretamente com as particularidades de cada um, mescla atividade e passividade, e coloca a todos sob o poder das circunstâncias e dos acontecimentos. Está também na filosofia no lado oposto da necessidade; está enlaçado à contingência.

Marilena CHAUI em seu ensaio *Laços do Desejo* traça o caminho que o *desejo* percorre, no pensamento filosófico ocidental da modernidade, de um conceito metafísico a um conceito psicológico. Esse processo caracteriza-se pelo *desencantamento do mundo*, quando passa-se a admitir que a realidade não encerra mistérios e cabe à racionalidade humana conseguir decifrá-los. Assim, ocorre a " (...) *mutação do desejo que, de misteriosa potência cósmico-teológica, transmuta-se em simples potência da alma cujo enigma cabe à razão decifrar inteiramente.*" (CHAUI, 1990, p. 22)

Caberá à modernidade preparar o caminho para essa mutação, mas será somente com Freud que o *desejo* se enlaçará com a temporalidade, com a idéia de protelação de sua satisfação. Para os "(...) *primeiros filósofos modernos - Bacon, Descartes, Hobbes, Espinosa, Leibniz - as paixões da alma ainda eram parte das operações comuns à Natureza inteira, mas com eles já está assinalada a separação metafísica do em-si e do para-si, preparando a passagem do desejo de con-*

dição e suporte do cosmo a objeto de uma ciência particular (a psicologia) e das clínicas (psiquiatria e psicanálise)" (CHAUI, 1990, p. 22). Com Freud o desejo se enlaça à memória e, "(...) indissociavelmente ligado aos traços de memória, o desejo busca realizar-se pela reprodução alucinatória das percepções antigas nas percepções presentes que se tornam pela via da substituição, sinais precários de sua satisfação". Desta forma, "(...) o desejo não se confunde com necessidade ou com o apetite vital, sempre dirigidos a algo presente, destinados a ser suprimidos pelo consumo imediato do que lhes traz satisfação. A relação com a memória é relação com o tempo e o desejo se constitui como temporalidade, aptidão do sujeito para protelar indefinidamente a satisfação, desligando-se do dado presente, encontrando mediações que o remetem ao ausente e abrindo-se para o que conhecemos como imaginário e simbólico." (CHAUI, 1990, p. 25)

Se o desejo pode ter sua satisfação protelada indefinidamente, a necessidade exige satisfação imediata. Karl MARX constrói toda sua teoria a partir do conceito de necessidade e suas condições de satisfação. Não chega a definir um conceito de necessidade, porém muitos de seus conceitos apoiam-se nessa idéia. A associação de mercadoria a valor de uso, por exemplo, traz à tona a idéia de necessidades humanas. Escreve MARX em *Para a Crítica da Economia Política* (1857): "(...) a mercadoria é, na expressão dos

*economistas ingleses, "uma coisa qualquer, necessária, útil ou agradável para a vida", objeto de necessidades humanas, meio de vida no sentido mais amplo da palavra" (MARX, 1857, p. 35). Para MARX é irrelevante o fato de que as necessidades sejam "do estômago ou da fantasia", como comenta Agnes HELLER. Desta forma, "(...) a satisfação da necessidade constitui a conditio sine qua non para qualquer mercadoria. Não existe nenhum valor (valor de troca) sem valor de uso (satisfação de necessidades), porém podem existir valores de uso (bens) sem valor (valor de troca), desde que satisfaçam necessidades (segundo sua definição)" (HELLER, 1974, p. 21)\*.*

Para MARX a redução do conceito de necessidade à necessidade econômica "(...) constitui uma expressão da alienação (capitalista) das necessidades, numa sociedade na qual o fim da produção não é a satisfação das necessidades, mas sim a valorização do capital, em que o sistema de necessidades está baseado na divisão do trabalho e a necessidade só aparece no mercado, sob a forma de demanda que possa pagá-la" (HELLER, 1974, pp. 24-5)\*\*. Tentará em suas obras considerar os conceitos de necessidades como "categorias extra-econômicas e histórico-filosóficas, isto é, como categorias antropológicas de valor, e por conseguinte não susce-

---

\* Tradução do espanhol feita pelo autor; Cf. página 281, número 10, ANEXO II.

\*\* Idem acima; Cf. página 282, número 11, ANEXO II.

tíveis de definição dentro do sistema econômico" (idem, p. 26)\*.

Segundo Agnes HELLER, pode-se depreender da obra de Marx uma classificação *histórico-filosófico-antropológica* do conceito de necessidade, que baseia-se nas seguintes categorias: *necessidades naturais* (ou *físicas*, ou ainda, *necessidades necessárias*), *necessidades "socialmente determinadas"* (ou *necessidades sociais*), e o que a autora chamará de *necessidades radicais*.

As necessidades naturais "(...) referem-se a mera manutenção da vida humana (autoconservação) e são 'naturalmente necessárias' simplesmente porque sem sua satisfação o homem não pode conservar-se como ser natural. Estas necessidades não são idênticas às próprias dos animais, uma vez que o homem para sua conservação necessita de certas condições (calefação, vestidos) que para o animal não representam uma necessidade. Assim sendo, as necessidades necessárias para a manutenção do homem como ser natural são também sociais (é conhecida a afirmação dos Grundrisse que defende que a fome que é satisfeita através de garfo e faca é distinta da satisfeita com carne crua): os modos de satisfação fazem social a necessidade em si" (HELLER, 1974, p. 31)\*\*.

Essa categoria de necessidades naturais só tem sentido de ser demarcada quando faz referência ao que HELLER

---

\* Ibidem, Cf. página 282, número 12, ANEXO II.

\*\* Ibidem, Cf. páginas 282-3, número 13, ANEXO II.

denomina de *limite existencial para a satisfação das necessidades*, uma vez que o próprio MARX considera essa categoria de necessidades como necessidade também socialmente determinadas.

O conceito de *necessidades necessárias* vai se modificando na obra de MARX, segundo HELLER. "Enquanto nos *Grundrisse* se correspondia a este perfeitamente o conceito de *necessidades naturais*, em *O Capital* fica marcada a diferença. As *necessidades 'necessárias'* são aquelas *necessidades surgidas historicamente e não dirigidas à mera sobrevivência, nas quais o elemento cultural, a moral e os costumes são decisivos e cuja satisfação é parte constitutiva da vida 'normal' dos homens pertencentes a uma determinada classe de uma determinada sociedade. Denomina-se 'meio necessário para a sobrevivência' em um determinado tempo ou para uma determinada classe, a tudo o que serve para a satisfação das necessidades (vitais) e das 'necessidades necessárias'*" (HELLER, 1974, pp. 33-34)\*. São, portanto todas as condições necessárias para se viver próximo da média das pessoas de sua classe social num determinado momento histórico. "Quando Marx fala das *'necessidades necessárias'* dos trabalhadores ingleses de seu tempo, entende com isto não só as *necessidades materiais, mas também as de caráter não material, interpretáveis através do conceito de 'média'* (Durchschnitt). Figuram também nesta categoria o ensino, os livros e a ins-

\* Tradução do autor; Cf. tradução em espanhol do texto de Agnes HELLER nas páginas 283-4, número 14, ANEXO II.

crição a um sindicato. Porém, dado que a satisfação dessas necessidades (num determinado tempo e em determinadas circunstâncias) depende dos meios materiais e é adquirível com dinheiro (...), deve-se entendê-las como 'necessárias' e a quantia de valor empregada para sua satisfação inclui o valor da força de trabalho" (HELLER, 1974, pp. 34-5)\*.

Já o conceito de *necessidades sociais* na obra Marx é um conceito menos rigoroso ainda que o de *necessidades necessárias*. Apesar das dificuldades de interpretação desse conceito por parte dos estudiosos da obra marxiana, Agnes HELLER identifica quatro possíveis interpretações que podem ser dadas ao conceito: 1) "(...) a interpretação de maior relevância ( e frequência) é a de necessidade 'socialmente produzida'... e "desta determinação formam parte com frequência somente as necessidades 'não naturais', outras vezes a totalidade das necessidades indiscriminadamente" (HELLER, 1994, p. 80)\*\*; 2) outra aceção relativamente frequente com esse termo pode ser interpretada como "(...) categoria de valor positivo: é a necessidade de comunismo, do homem socializado" (idem, p. 80)... "uma 'necessidade da sociedade', entendida não como totalidade, média ou tendência de desenvolvimento das necessidades individuais do correspondente particular, nem tão pouco como necessidade pessoal 'socializada', mas sim como sistema de necessidades geral,

---

\* Tradução do espanhol feita pelo autor; Cf. página 284, número 15, ANEXO II.

\*\* Idem; Cf. pg. 284-5, número 16, ANEXO II.

acima dos indivíduos e suas necessidades pessoais" (ibdem, p. 77)\*; 3) "(...) num terceiro sentido a 'necessidade social' designa a média das necessidades dirigida a bens materiais numa sociedade ou classe", aparece sempre entre aspas e, assim " 'necessidade social' entre aspas é expressão das necessidades em forma de demanda efetiva" (esta distinção só é relevante quando se trata de necessidades da classe trabalhadora, onde uma "discrepância se coloca entre 'necessidade social', manifestada na forma de demanda efetiva, e necessidade social verdadeira, uma vez que esta última não só supera quantitativamente à primeira, como que contém também necessidades concretas distintas") (ibdem, p. 81)\*\*; 4) finalmente, essa quarta acepção refere-se à satisfação social das necessidades; trata-se de "(...) uma interpretação não econômica que serve para definir ou expressar o fato de que os homens possuem necessidades não só produzidas socialmente, como também necessidades suscetíveis de satisfação unicamente através da criação de instituições sociais relativas a elas" (ibdem pp. 83-4)\*\*\*; por exemplo, a necessidade de proteger a saúde da comunidade.

Uma terceira categoria de necessidades aparece nos textos de MARX quando este se refere à necessidade do comunismo realizar-se como um dever ser. "Marx se esforça para

\* Idem ; Cf. pg. 285, número 17, ANEXO II.

\*\* Ibidem; Cf. pp. 285-6, número 18, ANEXO II.

\*\*\* Ibidem; Cf. pg. 286, número 19, ANEXO II.

superar teoricamente o caráter subjetivo do dever. Com este fim descobre duas vias, nem sempre bem distingüidas, porém não obstante diferenciáveis." A primeira pressupõe que "(...) a coletividade converta-se em sujeito. O dever mesmo é coletivo, posto que ao limite da alienação capitalista despertam nas massas - sobretudo no proletariado - necessidades (as denominadas necessidades radicais) que encarnam este dever e que por sua natureza tendem a transcender ao capitalismo."... "a outra via firma-se na transformação do dever em necessidade causal. 'O comunismo deve ser realizado' constitui neste caso um sinônimo da concepção segundo a qual aquele se realizará necessariamente a mercê das leis próprias da economia" (HELLER, 1974, p. 87)\*.

Fica claro que para MARX *necessidade* refere-se a tudo o que é essencial para conservar a vida, a existência, dentro de padrões dignos (*necessidades necessárias*) socialmente e historicamente constituídos. Todas essas configurações, que Agnes HELLER consegue identificar como possíveis interpretações ao conceito de necessidade em MARX, trazem à cena uma outra questão: que tratamento daria MARX em sua obra ao *desejo*?

Se as referências à palavra *desejo* são escassas na obra de Marx, não se pode negar que suas concepções sobre o homem e sobre a realidade humana bem que podem ser entendi-

---

\* Tradução do autor; Cf. tradução para o espanhol nas páginas 286-7, número 20, ANEXO II

das como um esboço de introdução a uma teoria do desejo. Gerd BORNHEIM caminha nessa hipótese. Para este autor, Marx parte de pressupostos de que o homem é um ser natural humano, portanto tem uma essência genérica, universal e histórica. Esse homem "(...) *tem necessidades e poderes que lhe são específicos e tais necessidades devem ser supridas*"... "*Com a satisfação das necessidades o homem desenvolve necessariamente outras necessidades. O animal é repetitivo, ele constrói eternamente a mesma casa; já o homem mora e sabe que mora, e com isto inventa história da arquitetura.*"... "*Para ele (MARX) o homem é essencialmente criativo.*" (BORNHEIM, 1990, p. 152)

O poder do homem, para MARX, estaria em sua criatividade para viver e transformar o mundo. Estariam aí, na própria concepção da realidade humana, os fundamentos de uma concepção do homem como ser desejante. Escreve BORNHEIM: "(...) *o homem é corpo, e um corpo com especificidade do humano, que deseja não apenas suprir as suas necessidades, como exige também sua renovação. O desejo se dá dentro de coordenadas históricas e sociais bem determinadas; observe-se, o desejo tal como acontece - e é explorado - dentro da sociedade de consumo. O desejo em si mesmo é desejo-no-mundo, e ele se transforma com o mundo. E, longe de ser mera passividade, assume a sua própria iniciativa, além de se fazer acompanhar pela consciência. Vale dizer que o desejo*

*está sempre ativamente presente nos processos de transformação do mundo e de sua história.*" (BORNHEIM, 1990, p. 153)

Assim, enquanto o desejo significa ação, poder de renovação, criatividade e mudança, a necessidade revela uma falta de poder, como escreve MARCUSE (1959). Revela apenas "a incapacidade de mudar o que é; o termo (necessidade) só é significativo como correlato de liberdade: é o limite da liberdade. A liberdade implica conhecimento, cognição. A percepção da necessidade é o primeiro passo para sua dissolução, porém a necessidade compreendida não é todavia a liberdade. Esta última exige a passagem da teoria à prática: o domínio real daquelas necessidades que impedem ou dificultam a satisfação de necessidades. Nesta passagem a liberdade tende a ser universal, pois a servidão dos que não são livres reduz a daqueles que dependem de sua servidão ( como o amo depende do trabalho de seu escravo). Tal liberdade universal pode ser não desejável, ou impraticável, porém a liberdade não é todavia real: fica ainda um reino de necessidades incompressíveis e inconquistáveis" (MARCUSE, 1959, p. 187-8)\*.

Portanto, para que as necessidades humanas possam deixar de ser estáticas, capazes de mudarem a si mesmas, e assim se aproximarem da liberdade universal, ou seja, da

---

\* Excerto traduzido pelo autor da versão em espanhol do texto de MARCUSE (ver bibliografia); tal fragmento encontra-se na página , número , do ANEXO II.

*satisfação não protelada dos desejos*, outras necessidades precisam ser dominadas, garantidas de fato, segundo MARCUSE.

Nos dois últimos séculos várias propostas e estratégias são esboçadas nesse sentido. Para MARX esse processo se faria através do domínio das *necessidades radicais*, ou seja da necessidade de se construir uma sociedade comunista; seja através da transformação da coletividade em sujeitos da história; seja através da própria transformação histórica de estruturas e superestruturas da sociedade a despeito das leis próprias da economia. Para NITZSCHE não há propostas, nem estratégias, a linha de fuga seria uma *transvalorização explosiva dos valores morais*, o que, como escreve MARCUSE "(...) suporia um novo 'princípio de realidade', que liberaria o 'princípio do prazer' em vez de reprimi-lo" (MARCUSE, 1959, p. 190)\*.

Para FOUCAULT, que em algum momento se definiu como um "comunista nitzcheniano", a dominação se processa através do saber, e está na possibilidade de constante questionamento deste saber-poder a própria liberdade. Como escreve John RAJCHMAN sobre a questão da liberdade em FOUCAULT: "Ao rejeitar a dependência incondicional do conceito de dominação como exclusão ou interdição, ele (FOUCAULT) formula um conceito de dominação como um corpo de técnicas práticas a que o saber está vinculado, e um

---

\* Idem ao comentário da nota anterior; página , número , ANEXO II.

*conceito de liberdade não como aquilo que a dominação exclui, mas como possibilidade de revolta prática no seu próprio seio.*" (RAJCHMAN, 1985, p. 100).

Para DELEUZE e GUATTARI a liberdade se conquista através de lutas micropolíticas, de revoltas "foucaultianas", que permitam a liberação do desejo de cada um permitindo a *autonomia* necessária à vida a partir de um constante exercício de *despersonalização*. Em outras palavras trata-se do que Laymert Garcia dos SANTOS aponta nos textos de DELEUZE e GUATTARI, como a procura de linhas de fuga, de trajetórias, onde se é ao mesmo tempo *finito e ilimitado*, ou seja, o pleno funcionamento do desejo: uma vez "(...) que o desejo não espera mas age, que o desejo já está sempre desejando a partir de e com o que existe porque o desejo é real, não a imagem ou o símbolo, porque o desejo é o engate, como eles dizem é fluxo e corte de fluxo, porque o desejo não carece de nada, não precisa de algo especial vindo do exterior já que é sempre relação com o exterior, a vibração produzida no contato com o exterior" (SANTOS, 1989, p. 68).

Enfim, a necessidade se enlaça ao desejo. Não dá para pensar em necessidades de saúde, por exemplo, sem pensar na vibração produzida pelos corpos desejantes de cada um dos envolvidos nesta questão: crianças, adultos pediatras,

auxiliares, etc. Não dá para pensar em necessidades de saúde, ou de serviços de saúde sem pensar no desejo essencial de cada um: o desejo de perseverar na existência, o desejo de estar vivo, com saúde é claro, com autonomia, capacidade de desafiar as normas da vida, de propor novas normas, novos limites. Será no sentido de compreender estes processos, bem como suas relações com os serviços e com a medicina, que caminham os próximos movimentos deste trabalho.

**SEGUNDO MOVIMENTO**

**Segundo Movimento: A Constituição Das Necessidades de Saúde e Suas Formas de Apresentação**

*"O desejo é o apelo à comunicação inter-humana."  
(Fraçoise DOLTO, No Jogo do Desejo, 1982, p. 217)*

Certamente, não se encontraria um consenso a respeito do que cada pessoa considera como necessidade de atenção à sua saúde; muito menos o que poderia ser considerado como necessidades de saúde do conjunto das pessoas em suas várias formas de se agregar.

A percepção da falta de um consenso é facilmente justificada, uma vez que, sem esforço, pode-se perceber que as pessoas são corpos vivos de expressão de signos conformados pelo modo singular de cada um enfrentar a vida. A sua vida e as dos outros, que também são suas. A singularidade de cada forma de expressão revela-se através de suas contradições. Cada corpo vivo, vibrátil, expressa ao mesmo tempo o viver e o morrer, bem como expressa a identidade e a dife-

rença com relação aos outros corpos. Em outras palavras, expressa o que se tem de comum: a composição química, o funcionamento metabólico, a organização biológica, a estruturação do Ego e, ao mesmo tempo, a desestruturação do Ego, a desorganização biológica, as disfunções metabólicas e a decomposição química. E ainda mais, expressa o que se tem de diferente: a forma imanente e principalmente singular desse viver-morrer. Ou seja, a história "particular" de cada corpo, sua forma de reagir, de pensar, de sentir, perceber, se inserir e constituir o todo social e sua história mais complexa e em parte determinante de cada viver-morrer.

A categoria pessoa é aqui utilizada como corpo vibrátil de expressões diferenciadas, que se exteriorizam para dar consistência de real ao que verdadeiramente está acontecendo atrás do invólucro: o viver-morrer constante, indelével, e do qual não se pode fugir. É importante não perder esse referencial, quando se está buscando compreender um tipo especial dessas expressões: a expressão das necessidades desse viver-morrer envolvido por um corpo que está suscetível a vibrar. A palavra chave parece estar aí neste vibrar, que em sentido figurado pode significar reagir a uma emoção por um tipo de terremoto afetivo, estar inflamado ou vivamente preso a uma emoção. Expressar uma necessidade é exatamente isso: reagir de forma inflamada, viva, a uma emoção agradável ou desagradável, e colocar o corpo em vi-

bração intensa, perceptível por outros corpos. A emoção\* pode ser de alegria, de ternura, de amor, mas também pode ser de tristeza, de raiva, de ódio ou de dor.

Falar de necessidades de saúde, portanto, é falar de um desejo fundamental, que é o desejo de estar vivo, com capacidade de vibrar, propagar um sismo interno. Desejo que se manifesta no corpo e portanto de forma singular, daí a falta de consenso na sua definição. Desejar saúde, talvez seja uma forma escamoteada de dizer que o que se deseja mesmo é deixar o viver do viver-morrer fluir, poder vibrar, sobrelevar...o morrer. Falar de necessidades de saúde é, portanto, falar do que Baruch ESPINOSA chama da *essência* do ser, ou seja, o *appetitus*, que quando se torna consciente deve ser chamado de desejo. Propõe ESPINOSA: "*Todo ente se esforça, tanto quanto estiver em seu poder, para perseverar em seu ser.*"(...) "*O esforço pelo qual todo ente se esforça para perseverar em seu ser não é senão a essência atual desse ente.*"(...) "*A alma (mens), seja enquanto tem idéias*

---

\* A palavra *emoção*, segundo J. Lachelier, "significa etimologicamente alguma coisa a mais do que movimento: é o movimento que faz alguma coisa sair do seu lugar, ou pelo menos do estado em que estava anteriormente."... "Apenas existe emoção, parece-me, onde existe choque, abalo. Dever-se-ia por isso, chamar emoção à ação exercida sobre a vontade (em sentido amplo) através de uma representação, ou uma afecção simples, ação que provoca em seguida a reação da vontade." (In: LALANDE, A. *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*). Neste trabalho, será empregada a palavra *emoção* no sentido, que propõe A. Lalande, de "todos os fenômenos precedentes, e ainda mais os estados crônicos que se manifestam por uma renovação contínua de situações de choque brusco, muitas vezes violento, intenso, com aumento ou parada dos movimentos: o medo, a cólera, o apaixonar-se etc."

*claras e distintas, seja enquanto tem idéias confusas, esforça-se para perseverar em seu ser por uma duração indefinida e tem consciência de seu esforço."(...)"Esse esforço, enquanto referido apenas à alma chama-se vontade; mas quando se refere simultaneamente a alma e ao corpo, chama-se apetite (appetitus). O apetite é a própria essência do homem (...). Entre o apetite e o desejo (cupiditas) não há qualquer diferença, senão a de que o desejo é aplicado aos homens quando têm consciência de seus apetites e, por conseguinte, pode ser assim definido: o desejo (cupiditas) é o apetite (appetitus) de que se tem consciência." (ESPINOSA, *Ethica* III, prop. 6, 7, 9, escólio 9; apud CHAUI, 1990, p.46)*

Tudo que impedir o desejo de fluir do viver é inoportuno. Estorva. Incomoda. É este incômodo que de alguma forma se expressa como necessidade de saúde, pois saúde e vida guardam entre si uma relação de quase identidade. Diz-se aqui quase porque pode-se viver sem saúde, vibrar a carência de saúde, mas não se pode ter saúde sem vida, sem corpo vibrátil. O que marca a relativa identidade entre saúde e vida é a carga de valor que requer o viver do binômio viver-morrer para sobrepujar o morrer. A necessidade de superar um incômodo, superar algo que valoriza o morrer, quando o corpo deixa de ser vibrátil, é o movimento do viver na direção de um estado de relativa "regularidade", de harmonia vibrátil, valor que pode ser chamado de saúde, ou melhor ainda viver com saúde.

Esta "regularidade", estável e harmônica ao mesmo tempo que é vibrátil e dinâmica, se aproxima muito do que Georges CANGUILHEM, em *O Normal e o Patológico*, refere como saúde ao considerá-la ao mesmo tempo como "vida no silêncio dos órgãos" (proposição de Leriche) e, estado quando o homem "(...) se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio, mas, também normativo, capaz de seguir novas normas" (CANGUILHEM, 1943, p. 161). Esta inocência orgânica desejada e ao mesmo tempo desafiada, tendo na capacidade de resposta ao desafio o contraponto deste desejo, é o que produz a tal da harmonia vibrátil, o valor saúde, ou ainda melhor, a vida saudável que se deseja tanto.

É como valor que necessidade de saúde passa a ser analisada neste trabalho. Entende-se aqui como valor o mesmo sentido apontado por CANGUILHEM ao considerar também saúde como valor, quando diz: "(...) A palavra valere, que deu origem a valor, significa, em latim, passar bem. A saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais." (CANGUILHEM, 1943, p.163) A análise desse tema requer várias formas de abordagem. Pretende-se aqui a decomposição desse valor, *saúde como algo a ser buscado*, a partir dos elementos que constituem a origem desta busca, ou seja: a análise do incômodo. Farão parte desta análise: uma tentativa de conceitualização do que se está chamando de incô-

modo, e tentativas de se compreender como se dá a percepção deste incômodo pelo corpo que sofre e pelo outro que se afeta do sofrimento, a afetação dos outros corpos e suas formas de expressão, e, por fim, a expressão dos incômodos, que são valorados diferentemente no tempo e no espaço, como necessidades de saúde.

### O Incômodo

Henri LEFEBVRE, em seu livro *Logica Formal, Lógica Dialética*, aponta, numa certa altura, que a contradição mais flagrante, mais dramática, que se apresenta ao homem é "(...) aquela entre a vida e a morte (entre o ser e o nada, mas em toda profundidade e realidade do concreto). Ora, a vida não é exterior à morte; e a morte não é como uma ameaça ou um perigo que atingisse o ser vivo a partir do exterior. Alguns biólogos (Carrel, Lecomte de Nouy) mediram recentemente o índice de cicatrização, ou seja, a rapidez de proliferação dos tecidos que permite ao ser vivo curar suas feridas e reintegrar sua totalidade, em certa medida, após uma lesão. Ora, o índice de cicatrização diminui imediatamente após o nascimento. Desse modo, o envelhecimento começa no momento em que o ser vivo parece em plena ascensão, em pleno crescimento. Ele já traz sua morte consigo; e o momento de seu nascimento é também, em certo sentido, aquele de sua morte. Viver é consumir e consumir a vida; viver já é

*morrer. A vida e a morte são estreita e indissoluvelmente unidas. Os contraditórios, concretamente, são unidos - são idênticos!*" (LEFEBVRE, 1969, pp. 185-6). Esse binômio viver-morrer constitui na realidade um processo único dos seres vivos (corpos vibráteis) em sua essência. Processo único dos corpos vibráteis, cuja unicidade é idêntica a todos os seres que se caracterizam por esta suscetibilidade à vibração. Deste processo não é possível fugir. Ao mesmo tempo, este processo se manifesta em cada corpo singular de formas diferenciadas. Cada corpo vibrátil expressa dentro de si a contradição viver-morrer processo único e genérico de todos (identidade) e viver-morrer singular de cada um (diferença). A compreensão desta segunda contradição é fundamental na análise do incômodo, pois é na generacidade desse incômodo que se poderá compreender as expressões singulares do mesmo.

A palavra incômodo foi escolhida aqui para representar algo que pode ser genérico, ou seja, algo que incomoda a todos e, ao mesmo tempo representar algo que pode ser singular, que incomoda a cada um de alguma forma própria. Pode também representar alguma coisa clara, evidente e, ao mesmo tempo, representar alguma coisa obscura, vaga e confusa. Incômodo se contrapõe a cômodo, confortável, útil, favorável, agradável, calmo, tranqüilo, que traz sossego. Assim, incômodo tem o sentido do que é desconfortável, inútil, desfavorável, desagradável, intranqüilo, que traz desassossego; designa, portanto, algo que exprime a incapa-

cidade de se sentir inteiro, com *posse absoluta de si*, de ter *domínio fácil*, de *amplitude*, de *alívio* e de *sossego*. (PESSOA, 1988). Estas sensações que se exprimem como incômodo, desorganizam o vibrar do corpo que, por sua vez, se não conseguir expressar essa nova forma de vibração, propagando-a de forma inflamada e perceptível, para outros corpos, perde realidade, perde existência. O morrer sobrelava o viver...

Se faz necessário abrir um parêntese para que se possa retomar o conceito de *corpo vibrátil* (que até aqui foi delineado como invólucro da essência viver-morrer e que no caso dos seres humanos pode ser chamado de pessoa) tentando conferir ao mesmo elementos categoriais, que de agora em diante serão importantes no prosseguimento da análise do incômodo. Trata-se da caracterização da natureza material desse corpo vibrátil, para que não se caia no equívoco de se tomar corpo vibrátil por, exclusivamente, *alma* ou *espírito*.

A separação do corpo da alma tem trazido dificuldades e equívocos, através de uma falsa dicotomia que deixa de ser simplesmente da lógica da linguagem, para atingir outros campos do conhecimento. Na medicina e na psicologia, por exemplo, cria duas dimensões ao homem, que passa a ser encarado no processo prático de trabalho (médico e da psicologia) como um ser clivado em duas partes quase que independentes: o corpo biológico palpável e passível de intervenção externa para a primeira, e, a psique "etérea", aparelho

"invisível" do corpo e que se expressa neste, podendo também estar passível de intervenção para a segunda.

Corpo vibrátil é matéria em movimento. O "princípio espiritual da vida" não se distingue de sua natureza material. *"A matéria é inerte apenas em aparência e para nós, por serem seus ritmos e suas vibrações muito diferentes dos nossos. Ela contém imensas energias; não é mais possível dizer-se, hoje, que ela recebe ou contém energia: ela é concretamente energia. O movimento é o modo de existência da matéria; não há matéria sem movimento e não há movimento sem "matéria", sem realidade objetiva"* (LEFEBVRE, 1969, p. 184). É nesse corpo vibrátil, material, em constante movimento, concretamente energia, sujeito a sismos de emoção, que o incômodo manifesta-se. O incômodo é a primeira expressão intrinsecamente vibrátil do corpo.

O incômodo é cotidiano. Exprime-se no corpo vibrátil em várias intensidades e em várias formas. Essas variações passam a ser o foco desta análise.

A intensidade de um incômodo pode variar desde leves inquietações motivantes até severas situações de colapso do funcionamento corporal paralisantes. O que determina a intensidade de um incômodo é uma forma de tônus, de acúmulo de afetos que constituem a história singular de cada corpo vibrátil. É como se o processo do viver-morrer de cada um incorporasse mediações dos mais variados matizes e formas.

Mediações concretas, materiais, energia pura, vibrações infinitas num espaço-tempo (corpo vibrátil) real. Trata-se do movimento da matéria-energia em si, o movimento do todo. Acúmulo de afetos, que tonificam os corpos vibráteis, ora sobrelevando o viver, ora o morrer.

Afetos são fluxos de matéria-energia, concretos, que constituem a vibração viver-morrer de cada um e do todo. São afetos que sobrelevam o morrer, debilitam, entre outras coisas: os vírus e outros agentes 'biológicos', proteínas que vibram entre os corpos desafiando a capacidade imunológica dos mesmos, que por sua vez tentam deter a reprodução dos primeiros; os elementos químicos que "contaminam" o ar, as águas, os alimentos, enfim, tudo aquilo que o corpo necessita para existir como matéria viva, penetram de forma imperceptível, se depositam em interstícios ou passam a interferir nas mais íntimas reações bioquímicas e metabólicas; os sons propagados pelo ar, como o choro do filho que sofre e não se sabe o porquê, ou como o ruído estridente e intenso de máquinas construídas para servir aos homens, mas que não os deixam dormir ou ter sossego, ou ainda as palavras indesejadas que comunicam paixões tristes, lamentações, sofrimentos; o silêncio indesejado que comunica a impotência, a intolerância e o desprezo; o contato dos corpos que provoca repulsa, que "suga" matéria, rompe continuidades, esfacela,...; o não contato dos corpos que quando indesejado, "esvazia" o centro do corpo, transforma-

se em dor profunda, febre sem causa, matéria quase não vibrátil,...., vibração indesejada, tumor...; o medo da desordem ou a ameaça da ordem, angústia e nojo de que o nada existe e é a única possibilidade de se reconhecer e se compreender no todo; a incapacidade de percepção concreta, cotidiana, da relação que os corpos em sua totalidade têm com as necessidades e sua redução a massa amorfa presa à promessa inútil, que simula, que acelera a consumação da vida numa inculcação desenfreada de consumo...

É do entrelaçamento de modelos de afetos que ora sobrelevam o morrer e ora sobrelevam o viver que os corpos vibráteis se tonificam, se constituem através de suas histórias singulares em história dos homens. As mais diversas formas de se tonificar (ganhar força, tom, vigor) e de se destonificar (perder força, destoar, perder vigor, entrar em desarmonia) e o movimento concreto de suas relações determinam e ao mesmo tempo são determinados pelo movimento da história dos homens. São os incômodos incorporados ou não, expressos ou não, que tonificam ou destonificam, que geram desejos, vibrações para agir, ação, trabalho. Mas a forma de organização deste trabalho, ou seja, a forma como ele se insere na sociedade, e que é historicamente determinada, através de movimentos concretos de produção da existência dos homens, agride diretamente seus corpos vibráteis, suas formas singulares de criar, agir, de produzir, de se reproduzir, isto é, gera incômodos.

As mediações concretas, algumas referidas no penúltimo parágrafo, afetam os corpos vibráteis de formas diferenciadas; particularizam suas reações; criam corpos vibráteis particulares, histórias de vida singulares. Em outras palavras, tanto um vírus quanto um medo qualquer desorganizam a capacidade de vibração de um corpo, podem "pelar" o mesmo, desnudar sentimentos encobertos, ocasionar contrações musculares, posturas de contenção ou de certo alívio e muitas vezes deixar seqüelas na organização vibrátil desse corpo. Corpo, que no íntimo de seu todo, não se desvincula facilmente do emaranhado de afetos que sofre e sofreu, isto é, sua história particular vai deixando marcas, posturas, selecionando gestos e gostos, criando hábitos, desejos e provocando, à sua *moda*, afetos nos outros corpos, gerando ou não incômodos.

A história particular de cada corpo vibrátil singular é a história de seu acúmulo de afetos, é a história do esforço de cada corpo tentando se conservar na existência, do esforço de sobrelevar o viver em detrimento do morrer. Portanto, esta história particular é também a história das relações que os corpos estabelecem entre si, na medida que afetam uns aos outros. Assim a história particular de um vírus faz parte da história particular da pessoa que foi afetada por ele e vice-versa. A história particular de alguém que assusta passa a fazer parte das histórias particulares dos assustados e vice-versa. Esta reciprocidade de

histórias particulares, se entrelaçando entre si, constitui o movimento do todo. Movimento este que, aqui, passa a ser denominado de Natureza. Movimento muito mais potente que o movimento singular de cada corpo que o constitui, mas que se constitui nessa potência através do entrelaçamento das forças de histórias particulares. O emaranhado de corpos, que se entrelaçam por meio de afetos que se acumulam, é Natureza, história do todo. A perspectiva de que a história da existência dos homens, corpos vibráteis em forma de pessoas, indivíduos genéricos, e de que a história particular de cada um desses corpos vibráteis, são constituintes da história do todo (Natureza), é fundamental para que se possa compreender as verdadeiras fontes dos incômodos no homem, suas formas de percepção, e suas expressões como necessidades.

Com relação ao que aqui está sendo designado como *fontes dos incômodos*, torna-se importante pontuar de maneira concisa o que se entende por *causalidade*, categoria que logo emerge ao se ouvir a palavra fonte. Em sentido figurado *fonte* pode significar, entre outras coisas, aquilo que origina ou produz; procedência, proveniência; origem, causa. Já o sentido primeiro da palavra *fonte* é o de nascente de água; água que sai da terra; abertura natural ou artificial pela qual uma água subterrânea verte-se à superfície do solo. A idéia de *fonte* para expressar *causa*, foi aqui escolhida, pois os dois sentidos acima referidos contêm os atributos essenciais que se quer conferir à palavra causalidade.

Trata-se de um esforço semelhante ao do *sourcier*, pessoa a qual se atribui a arte de descobrir as fontes escondidas, os tecidos de água subterrâneos por meio de uma batuta ou de um pêndulo, ou melhor, de localizar através de um instrumento sensível e de um corpo sensível as radiações que o movimento da água ainda subterrânea emana através do solo. O esforço que aqui se pretende é o de localizar na Natureza, através do instrumento pensamento, a relação entre causa e efeito (causalidade) das fontes dos incômodos e os incômodos que afetam os homens. Ir em busca de uma fonte significa desejar encontrar a origem do que ela produz ou do que nela está contido para que se possa desfrutar ou extinguir seu produto ou conteúdo. Portanto, causalidade, aqui, deve ser entendida como a relação entre o que se percebe na Natureza e sua origem concreta, e que não é apreendida através dos sentidos simplesmente, mas que precisa de um instrumento capaz de fazê-la emergir em seu espaço e tempo: o pensamento. Quando a causalidade buscada é a causalidade de algo que é percebido no emaranhado de relações das histórias singulares de cada homem, é na constituição do todo dessas histórias, ou seja, na base essencial e genérica do que essas histórias constituem, que se encontra o tecido de água: na sociedade (seu espaço) e na sua história (seu tempo).

Tanto uma como a outra guardam uma relação de interdependência entre si, que torna impossível ao *'sourcier'*

detectar uma sem a outra. Tanto a sociedade como sua história não são coisas que os sentidos humanos têm capacidade de apreender diretamente. Se faz necessário o movimento do pensamento para apreendê-las, o que só é possível se o ponto de partida for a 'superfície' sobre a qual se pretende 'verter' o precioso conteúdo da 'fonte'. 'Superfície' esta, que nada mais é que o cotidiano das histórias singulares de cada corpo vibrátil humano, pessoas comuns, ora tomadas como indivíduos isolados, ora como indivíduos se relacionando entre si.

Se as fontes dos incômodos dos homens está na sociedade e na história que constituem, assim como sociedade e história dos homens são constituintes do movimento da Natureza, resta pensar que as fontes dos incômodos também são constituintes desta última, daí a dificuldade que se tem de se compreender no cotidiano dos homens a origem dos incômodos. Considerando-se a Natureza como potência superior e externa à história de seus constituintes cai-se no equívoco de se transformar em "naturais" - e portanto externas e independentes do movimento dos corpos vibráteis - as fontes dos incômodos. Se por outro lado, considera-se a história de parte dos constituintes da Natureza ( no caso dos homens a história da produção da existência destes em sociedade) como fonte determinante fundamental dos incômodos, corre-se o risco de um outro equívoco: afasta-se dos corpos vibráteis e de suas histórias singulares de viver-morrer, bem

como de suas formas de acúmulos e relações, a possibilidade de serem compreendidos como fontes de incômodos.

Seguindo o modelo teórico que aqui vem se delineando, que em essência considera a pessoa um corpo vibrátil suscetível a movimentos sísmicos de emoções, paixões e desejos, invólucro de um viver-morrer indelével; corpo que se conforma e se deforma através de acúmulos de afetos gerados por toda forma de corpos vibráteis através de fluxos e contra-fluxos de energia, constituindo um emaranhado de histórias singulares, em condições previamente dadas pelo movimento genérico de produção da existência dos homens; e que este último, por sua vez, é constituinte do movimento mais totalizante da Natureza; percebe-se o movimento de causalidade dos incômodos como o movimento no sentido inverso ao delineado até aqui.

Concluindo, a procura de qualquer tipo de *fonte* tem que se dar no movimento do todo ( Natureza ), aí se dá a relação causa-efeito entre processos constituintes desse todo. Entretanto, para se chegar a esta relação é preciso lançar mão de um instrumento suficientemente adequado: o movimento construído do pensamento. O ponto de partida está em se conhecer, ou pelo menos reconhecer a nível do sensível, o objeto cuja fonte é procurada. Assim, só é possível compreender as verdadeiras fontes dos incômodos dos homens, ao se partir da experiência sensível desses incômodos no cotidiano dos homens.

## A Percepção dos Incômodos

É momento de voltar a superfície. Aterrizar. Investir movimento no sentido descendente para reconhecer o cotidiano dos incômodos.

O corpo vibrátil que aterrissa pouco a pouco passa a vibrar, através de seus sentidos, os afetos que a terra oferece. O deslocamento do ar sobre a pele promove uma espécie de arrepio, mistura de medo e prazer. Não chega a incomodar, o prazer é mais forte. Ruídos da cidade vão se propagando e anunciando inquietude ainda que seja um anoitecer. Os olhos vão se acomodando à intensidade progressivamente maior dos focos de luz. Uma paisagem aos poucos se deslinda.

Assim como os anjos de Wim Wenders em seu *Asas do Desejo* (*Der Himmel Über Berlin*, 1987), o corpo vibrátil vibra agora por curiosidade: penetrar sem ser percebido, participar do movimento de uma pequena casa, donde um choro de criança desafia a tranqüilidade da noite daquele subúrbio.

A casa pequena parece inacabada; as paredes parcialmente estão com reboco, o pouco que já recebeu revestimento ainda está sem pintura. Pequenas gravuras emolduradas tentam ornamentar o ambiente. A intensidade da luz na pequena sala revela iluminação de pouca potência, que se debate com flashes de luz brilhante, que vem da televisão. O baixo volume do programa de TV faz "pano de fundo" ao choro da menina, que deitada no sofá, queixa-se de que as pernas estão doendo. Uma mulher de meia idade, que aparenta ser a mãe, tenta ansiosamente aliviar a dor através de movimentos repetidos de fricção sobre as pernas da menina. Parece através de seu olhar que a dor também é sentida em seu corpo.

Uma comunicação está sendo travada entre elas. Vários elementos que compõem a cena são indicativos desta afirmação: palavras soltas tentando expressar um diálogo repetitivo, sem desfecho, e de significado íntimo entre as duas; mímica facial de dor e compaixão; postura corporal de retraimento por parte da menina e encurvamento aconchegante por parte da mulher; forma de contato físico entre as duas que poderia ser traduzida como uma forma de "massagem" de ritmo progressivamente ascendente; jogo de olhares, onde brilho e movimentos oculares estabelecem o núcleo central da comunicação revelando medos, desejos, desconfianças, dúvidas, etc.

Aos poucos a cena vai se modificando. O choro da criança se transforma em soluços, que cedem lugar ao silêncio embebido de sono. As mãos da mulher perdem ritmo e passam a expressar alguma coisa próxima de peso, que se transforma em leveza através de um movimento brusco de lançamento das mãos no ar. A TV é desligada. A mulher volta-se para a menina e lhe apanha aos braços, carregando-a em direção ao quarto contíguo. Neste outro cômodo de estrutura física semelhante à da sala, a criança dos braços da mãe é dirigida a um pequeno leito, no qual outra criança menor expressa um sono tranqüilo e alheio a qualquer movimento vindo de fora. A mulher senta-se na cama de casal que quase se confunde com o pequeno leito das crianças por questões óbvias de pouco espaço. Contempla quase que ao mesmo tempo as crianças dividindo o pequeno leito e o espaço não ocupado de sua cama. Concentra o olhar sobre a menina. Passa desta às paredes. Aparenta estar confusa. Seus movimentos dispersos traduzem uma forma de incômodo, prestes a tornar-se necessidade. Alguma idéia se fez presente, pois a postura, os movimentos e a decisão de apagar a luz são de quem acendeu uma luz interna.

É momento de alçar vôo novamente...

O corpo vibrátil que aterrissou por alguns instantes num espaço da superfície terrestre e através do olhar

tentou captar imagens em movimento como uma câmera de cinema, agora se preocupa com uma possível interpretação do que foi captado. São dois os esforços de interpretação que emergem ao pensamento a princípio:

- o esforço para compreender o conteúdo e as intensidades de vibração que aqueles corpos investiram entre si naqueles instantes.

- o esforço para compreender a carga imaginativa que o corpo vibrátil da mulher projeta para dar uma solução (mesmo que imediata) ao incômodo vivenciado.

Trata-se de uma relação de comunicação cujo significado não pode ser apreendido do acontecimento em si. Não há transparência de significados. Há contato, comunicação concreta com toda intensidade possível, embora o verbal seja fragmentado e insuficiente. O olhar, a queixa vaga, a precisão na indicação da parte do corpo que concentra o sofrimento, o choro copioso, comunicam um incômodo que impede o fluir do viver. Algo que imobiliza, impede movimento. O incômodo da menina afeta a mulher e afeta quem penetra na pequena casa. A essência dessa relação observada é um processo perceptivo, que aqui deve ser compreendido como um processo de afetação do corpo vibrátil que engendra emoção e ação num só movimento.

A mulher percebe o incômodo no corpo da menina ao mesmo tempo que percebe em si um incômodo, pois não pode evitá-los ou controlá-los; embora sua ação tenda o tempo

tudo para isto. A intensidade do incômodo no corpo da menina e a sua duração no tempo determinam, em boa parte, a intensidade e a qualidade da percepção.

O processo de percepção do incômodo é em essência uma impressão no corpo vibrátil a partir da vibração do corpo incomodado. Vibrações de dois ou mais corpos que tendem a entrar em sintonia, impregnando os corpos de emoção. Este processo é mediado pelos sentidos e por pressentimentos. É modulado pela carga imaginativa dos corpos que se percebem. Sentir, pressentir e imaginar ocorrem ao mesmo tempo. A vibração do outro imprime uma espécie de transformação no outro, que prenuncia uma espécie de *metamorfose*. Como expõe Laymert Garcia dos SANTOS ao tratar do desejo: "*(...) o pressentimento é o esboço, o início da metamorfose. Acolhido, respeitado, ele abre as portas à identificação de um corpo com outro. Identificação singular: não se é o outro para renunciar a si mesmo, não se abandona a própria pele para entrar na pele do outro*". (SANTOS, 1990, p. 219). Sente-se a sua própria pele se transformar na pele do outro, sem deixar de ser a sua própria pele. Não há mudança de forma. A metamorfose é uma questão de vibração que toma corpo, engendra uma sintonia de vibrações entre os corpos. Os sentidos se aguçam, discriminam gradientes de vibrações sutis. O desejo do outro passa a ser sentido; o incômodo do outro passa a ser sentido. Portanto a total percepção de um incômodo de um corpo por outro é a intensa metamorfose que o corpo vi-

brátil que percebe sofre para sintonizar a vibração do incômodo do outro. Este processo envolve pressentimento, sentidos aguçados e também imaginação. Neste sentido se insere as reflexões de Elias CANETTI em seu *Massa e Poder*, precisamente quando passa a analisar o *pressentimento e a metamorfose entre os bosquímanos*. A metamorfose é uma das capacidades humanas que é muito aplicada no cotidiano, mas ao mesmo tempo cada vez mais é esquecida como elemento essencial que confere um poder diferenciado aos homens. "(...) *A capacidade do homem para a metamorfose, que tanto poder lhe conferiu sobre as demais criaturas, praticamente ainda não foi abordada e compreendida. Ela faz parte dos maiores enigmas; todos têm esta capacidade, todos a aplicam, todos a consideram muito natural. Mas poucos se dão conta de que devem a ela o que existe de melhor neles mesmos.*" (CANETTI, 1960, p. 375)

Os exemplos de metamorfose extraídos de uma obra sobre o *folclore dos bosquímanos*, escrita por Bleek e publicada no início deste século, revelam que o que o bosquímano consegue descrever que está sentindo na própria carne "(...) *são as características mais proeminentes da outra criatura, das quais se fala freqüentemente e que sempre são percebidas com nitidez.*" (CANETTI, 1960, p.380) Um dos exemplos tomados da obra de Bleek conta que um homem da tribo pressente a chegada do pai quando passa a sentir o lugar da antiga ferida do corpo deste último. "(...) *Num determinado lugar de*

seu corpo ele possui uma antiga ferida. Este lugar é conhecido com exatidão por seu filho adulto" (...) "E daquelas feridas que sempre voltam a se fazer sentir. Ele freqüentemente ouviu o velho referir-se a ela. Trata-se daquilo que nós chamaríamos de "característico" nele. Quando o filho pensa no pai, pensa nesta ferida. Mas é mais que um simples pensamento. Ele não apenas imagina a ferida, o lugar exato do corpo onde ela se encontra; percebe-a no lugar correspondente em seu próprio corpo. Assim que ele a sente supõe que o pai, a quem não vê há algum tempo, esteja se aproximando. Ela sente que o pai se aproxima porque sente a ferida dele." (CANETTI, 1960, pp. 375-6) Outros exemplos referem-se ao pressentimento de animais. Os animais mais próximos, aqueles dos quais se alimentam, podem ser pressentidos através da percepção em seus corpos dos pelos do animal em suas peles, de seu sangue quente escorrendo em suas pernas como o sangue da gazela que escorrerá sobre ela ao ser abatida.

As características pressentidas, percebidas em seu próprio corpo como pontos nodais da transformação sem deixar de ser o que se é, fazem parte da *carga imaginativa* de cada um, de cada bosquímano em sua singularidade e ao mesmo tempo em sua cultura. A carga imaginativa de um processo perceptivo determina em última instância a intensidade do processo. Intensidade no sentido de extensão, ou seja, até onde, quando e quanto a metamorfose se dá: que grau atinge a impressão do vibrar do corpo incomodado no corpo que pres-

sente a percepção?... que profundidade de vibração o corpo se permite sintonizar com a vibração do corpo incomodado?... que *quantum* de energia irá se comprometer com a do outro?

Imagens vão se associando desordenadamente, vão projetando hipóteses que desde o início selecionam entre formas infinitas do possível e do impossível o que deve estar ocorrendo com o outro; tudo isto ocorre na medida em que a sintonização vai se estabelecendo. Essas imagens que se processam e se projetam no que Italo CALVINO (1988) chama de "*cinema interno*" de cada um de nós são fornecidas pelo conjunto de imagens que a cultura oferece. São, portanto, imagens ou fragmentos de imagens, que são evocadas através da memória de experiências vivenciadas nas relações cotidianas com os outros; e também de situações não propriamente vivenciadas, mas interiorizadas em algum momento via processos comunicativos de variados tipos. Processos estes que a sociedade proporciona através de sua cultura.

Tanto as experiências vivenciadas pelos corpos vibráteis singulares como as interiorizações singulares de processos comunicativos da cultura ocorrem em contextos históricos específicos em relação ao tempo (momento histórico) e em relação à espacialização do próprio corpo vibrátil (limites de suas relações com os outros). Em outras palavras, o corpo vibrátil é histórico porque é história em carne e osso; porque é memória infinita e intersticial até na sua última partícula indivisível que tente explicar sua

constituição física; porque interioriza cultura; porque vibra através de sua simples existência a cultura imprimida em seu corpo; enfim, porque constitui formas de coexistência com outros corpos em sociedade. Assim, seus incômodos são históricos e sua capacidade de percebê-los é também histórica.

Pode-se depreender que o processo perceptivo de um corpo vibrátil, nos seus componentes aqui delineados (do pressentimento ou intuitivo, das sensações ou empírico, e das imagens rememoradas ou cultural), está sujeito aos movimentos da história do todo. A percepção do incômodo do outro no século XVII é historicamente distinta da percepção de um incômodo similar no final do século XX, muito embora em essência a paixão suscitada possa guardar similitude. Um exemplo que pode ilustrar a influência do movimento histórico de uma sociedade sobre a imagem que se tem do outro e de seus incômodos é o dos diferentes papéis sociais que a criança assume no interior da família brasileira no período colonial e nos dias de hoje.

Jurandir Freire COSTA em seu trabalho *Ordem Médica e Norma Familiar* demarca bem o papel instrumental do filho-criança dentro da família colonial brasileira. Instrumental no sentido de ser uma figura secundária, "(...) de não ser o motivo operante, o móvel principal da atividade familiar", sendo visto e valorizado apenas como mais um elemento a serviço do poder paterno. "(...) A criança, até o século XIX,

permaneceu prisioneira do papel social do filho. Sua situação sentimental refletia a posição que este último desfrutava na casa. A imagem da criança frágil, portadora de uma vida delicada merecedora do desvelo absoluto dos pais, é uma imagem recente. A família colonial ignorava-a ou subestimava-a. Em virtude disto, privou-a do tipo e quota de afeição que, modernamente, reconhecemos como indispensáveis a seu desenvolvimento físico e emocional. Nem sempre o neném foi a "majestade" na família. Durante muito tempo seu trono foi ocupado pelo pai. O universo cultural dos três primeiros séculos, possuído pelo culto à propriedade, ao passado e à religião assim o determinava: ao pai, ao adulto, os louros; ao filho, à criança, as batatas!" (COSTA, 1983, p. 155).

Esta imagem da criança como figura menor dentro da instituição família colonial, certamente, estabelecia um padrão de percepção da mesma, bem como de seus incômodos diferente daquele que temos hoje, ao ponto de se imputar à imprudência dos adultos as principais causas da alta mortalidade das crianças em meados do século XIX, quando o padrão moderno já se delineava. "A etiologia familiar da mortalidade de crianças era evidente. Os pais entregavam seus filhos às escravas "ignorantes" e deixavam-se assistir por parteiras inábeis. As crianças eram levadas tardiamente aos médicos. Vestiam-se mal e se alimentavam pior. Ou então, pela prática de casamentos consangüíneos e pela desproporção de idade entre os cônjuges - hábitos comuns na época - os

adultos faziam subir em flecha a taxa dos natimortos. Mais grave ainda, atados a superstições e arcaísmos religiosos julgavam "uma felicidade" a morte dos filhos." (COSTA, 1983, p. 163). Enfim, a carga imaginativa que modulava o processo perceptivo da criança e seus incômodos no período colonial estava 'contaminada' por fragmentos de imagens interiorizadas que expressavam: o valor da propriedade, que significava garantia de subsistência numa sociedade onde ou se era senhor ou se era escravo; o saber tradicional, onde a figura paterna detinha todo o saber necessário para garantir todo o processo de dominação, ou seja, "(...) o pai sábio e eficiente era o que conseguia reeditar com a maior fidelidade possível, as fórmulas de dominação de seus antecessores" (COSTA, 1983, p. 158); e a ética religiosa da época, que através de seus preceitos morais, recalrava a vida material e concreta da criança, fruto da concupiscência humana, à vida sobrenatural que só poderia ser alcançada ao término de uma vida voltada a correção do espírito, portanto garantindo no âmbito da moral a dominação do adulto que catequizado tinha mais valor que a criança, "(...) que só era relevante para o catolicismo enquanto signo de pureza e inocência." (COSTA, 1983, p. 160)

Ao se recuperar a forma genérica e dominante de percepção que se tinha das crianças neste momento histórico, pode-se inferir que o conteúdo da forma de perceber os incômodos destas crianças era bem diferente com relação ao con-

teúdo de percepção que se tem hoje. A transformação dos valores da sociedade, que acompanha transformações de ordem política e econômica desta sociedade, determina não só o conteúdo da percepção que se podia ter de uma criança, como também a carga cultural de imagens que se faz dela.

A mulher deste final de século XX, que a pouco tempo atrás se apercebia do incômodo da menina passou por um processo perceptivo do corpo e da dor da criança deste momento histórico. Seu "cinema interno" projetou imagens que toda a cultura deste momento proporciona. Provavelmente são imagens do medo que a morte de uma criança representa, neste agora. São imagens de situações já vivenciadas por ela ou por outros que orbitam no seu espaço de existência, bem como são imagens dos meios de comunicação de massa, das *mass medias*, aos quais teve acesso. Desordenadamente, as imagens provocam confusão, insegurança, transformações na sua maneira de vibrar, que transformam a dor da menina em incômodo seu. Se sente só. Isolamento típico deste final de século, que promove a forma também característica de vibrar dos corpos neste momento. Medo, solidão, impotência...

A capacidade de sintonia é bloqueada. A dor do outro em seu corpo pesa proporcionalmente à carga imaginativa que perpetrou todo o processo perceptivo. Mas que carga imaginativa é esta que impede a completa sintonia de vibrações entre os corpos? Como esta carga vai impregnando o corpo que presente ao ponto de torná-lo impotente? Que desejos estão

envolvidos ou mascarados neste processo a ponto de interrompê-lo? Que saídas possíveis podem tender a reverter o processo?

Para se tentar responder a estas indagações se faz necessário uma nova descida à superfície. Desta vez com os ouvidos mais alertas. É necessário que a mulher fale...e que alguém a ouça. Percebeu-se um incômodo. Agora é momento de se procurar compreender como este se transforma em necessidade. É necessário que o incômodo que envolve as duas ganhe um interlocutor para que se expresse o mais detalhadamente possível. E que num próximo salto possa ser interpretado.

### **A Carga Imaginativa e o Medo da Morte**

Voar para a superfície da terra numa manhã de sol não deixa de ser uma alegria, mas na medida que a superfície se aproxima a atmosfera se densifica num clima carregado de cotidiano. O movimento dos veículos motorizados e das pessoas nas ruas revelam a tensão da cidade se esforçando para existir. Sua consistência é a da pedra. Mesmo as pessoas parecem enrigecidas. Os movimentos dos corpos em geral são tensos. A forma dos corpos pouco vigorosas. Ou melhor, seu vigor é o de movimentos bruscos, das formas corporais encurvadas e lentas, mas reagindo bruscamente aos estímulos. Outras são eretas e lépidas, mas reagindo sempre com movimentos rudes. A essência da manhã na cidade é a brusquidez dos corpos enfrentando o cotidiano.

Aproxima-se novamente da pequena casa da periferia. A mulher já vestida com roupas simples, mas com aspecto de roupa que se veste para sair de casa, penteia o cabelo da menina. As duas estão diante de um espelho e o cabelo encarrapinhado prepara-se para receber um laço de fita amarelo. Um menino pequeno azucrina o espaço, demandando atenção das duas com uma escova na mão e grampos de cabelo na boca, igualzinho à mulher. Em poucos minutos, estão os três a caminhar pela rua. A mulher logo se põe em sintonia com o ritmo rápido e brusco da cidade. As crianças vão na onda...Ponto de ônibus. ônibus empilhado de gente. Saculejos, roletas, piso e pisadas...Chega-se no ponto de parada que a mulher quer chegar... Caminha-se ainda uns trezentos metros: Centro de Saúde.

Diante da mulher e das crianças, uma fila de pessoas ansiosas caminha na direção de um guichê, onde uma mulher sob uma tabuleta com a inscrição TRIAGEM ouve o motivo que trouxe as pessoas ao serviço e rapidamente decide se será ou não possível o atendimento. Um mau humor contamina a paciência das pessoas. Parece ter origem no mau humor da dona TRIAGEM. Esta se expressa com palavras e gestos de quem está sendo pouco compreendida. Seu desejo, argumenta, é o de que todos pudessem ser atendidos, mas como isto é impossível sua missão é a de selecionar a partir das queixas, contrastando-as aos critérios de escolha do serviço. Aqueles que "necessitam realmente" de atendimento ainda naquele dia, terão mais chances. Pode-se perceber que os critérios não são explícitos: queixas semelhantes e às vezes idênticas surtem efeitos totalmente diferentes. Crianças com febre parecem ter prioridade. Dores muito fortes que se expressam nos olhos das pessoas parecem ser melhor acolhidas. Uma mulher com uma perna inchada e ferida lamenta-se, sentindo-se injustiçada, por não conseguir atendimento. As pessoas ouvem o lamento aparentando compaixão, mas pouco se manifestam com

relação ao azar do outro. Após alguns minutos de espera, chega a vez da mulher e das crianças:

- Quem está precisando de consulta? - pergunta a funcionária dirigindo o olhar às crianças...

- A menina...Está com muita dor nas pernas!

- Teve febre?

- Não, mas quase que não consegue dormir e... olhe só as manchas que estão aparecendo... - aponta para pequenas manchas arroxeadas da perna da menina.

A funcionária perde o ar de segurança com relação aos critérios de triagem. Logo se recompõe e pergunta:

- A senhora acha que dá para esperar mais uma semana?

- Tenho medo que possa ser uma doença grave. A menina está emagrecendo...

- Está bem! Se fosse meu filho eu também gostaria de ser atendida logo...Pode até ser alguma coisa grave... Ela sempre foi assim tão magrinha?... Pegue um número e entregue para aquela enfermeira, depois é só esperar a sua vez... Vai demorar, mas acho que o médico vai ver o que é...

A mulher olha para o número. 22. Entrega-o para a enfermeira, que preenche uma ficha com os dados de identificação da menina. Depois senta-se num pátio cheio de crianças, mulheres, e alguns homens, todos aparentando serem pais e filhos aguardando consulta...Alguns se aglomeram próximo às portas dos consultórios. Um dos médicos chama o número 5. Pede silêncio e calma aos que 'pressionam' sua atenção à porta.

...

Após uma hora de espera, é chamado o número 22. Já é quase fim de período de trabalho. O movimento do pessoal de enfermagem, assim como o dos médicos já esboça sinais de

que todos estão ansiosos para o almoço. A mulher e as crianças respondem prontamente o chamado. Aparentam já estarem sintonizados com o "clima" do ambiente: a consulta deverá ser rapidinha, importunar pouco.

Entram no consultório. Encontram um médico de meia idade, usando roupas de cores claras e pouco convencionais para a profissão. Movimenta-se com certa leveza mas ao mesmo tempo expressa-se com gestos aflitivos, gesticulando-se muito com as mãos. Os cumprimentos são rápidos e pouco afetivos. Logo se posicionam em torno da escrivaninha. O médico se senta primeiro e se põe a manipular o prontuário como se fosse realizar uma leitura dinâmica, e a mulher com as crianças - sem saber bem ao certo se está sendo convidada ou não a se sentar - decide timidamente ocupar uma das cadeiras. A menina logo se encarapita sobre a mulher. O menino parece não se dar conta de que passou do pátio para um consultório; corre desenfreadamente para debaixo da maca, como se um novo espaço estivesse sendo aberto para se explorar. Põe-se a brincar com a escadinha de acesso à maca.

- A senhora é a mãe da Mariana? - pergunta o médico com um olhar de dúvida.

- Sou sim. Porque?! Não parece?...

- Não... Parece sim, só que a cor do cabelo é um pouco diferente. Mas não vem ao caso... O que está acontecendo com a Mariana?

- Doutor, eu já não sei mais o que pensar... A Mariana com estas dores nas pernas... Sei lá o que pode ser...

- Ah! Dores nas pernas... Aonde dói? - pergunta o médico, tentando erguer os olhos de modo a colocá-los ao alcance das pernas da menina.

A mulher dirige o olhar para a menina e pede para que esta mostre ao doutor o local da dor. A menina com os

olhos arregalados, demonstrando espanto para com a pergunta, ergue os ombros como se tivesse dúvida. Sob o olhar quase que repreensivo da mãe, tenta, timidamente, apontar para a região logo abaixo dos joelhos, quando o médico interrompe:

- Me dá o lençol? Puxando-o da cabeça do menino que a esta altura dos acontecimentos já havia derrubado sobre si mesmo o tecido que guarnecia a maca.

Demonstrando um ar de pouca paciência, o médico ajeita o lençol sobre a maca e pede para que a mulher coloque a menina sobre a mesma. É prontamente atendido. Dirige-se desta vez com mais ênfase para a menina:

- Aonde dói? Mostre pra mim?

Desta vez com medo do olhar do médico, aponta novamente a região sob os joelhos. O médico passa a palpar com os polegares a região apontada, como se quisesse provocar a dor, até que por insucesso na empreitada já estando com os dedos sobre os joelhos, olha para a mãe e pergunta:

- Aqui não incha? Incha?...

- Não...Responde a mãe.

- Fica vermelho?

- Também não.

- Faz quanto tempo que ela tem esta dor?

- Ah! Faz muito tempo...Uns dois anos... A dor vai e volta. Já procurei vários médicos, mas sempre dizem que é normal ter dor nas pernas quando se está crescendo...

- E você não acredita nos médicos? - diz o médico demonstrando certa ironia ao comentário da mulher.

- Não, claro que eu acredito...Quem sou eu para não acreditar nos doutores!...Pessoas muito estudadas...- e logo emenda - é que eu acho que precisa de um exame melhor. Já está aparecendo mancha roxa nas perninhas... Tenho medo de doença grave...

- Manchas roxas? Aonde? - pergunta o médico com certo espanto.

- Aqui, olhe? - A mulher aponta para pequenas manchas arroxeadas nas panturrilhas.

O médico olha rapidamente e volta impaciente para a escrivadinha. Senta-se. Escreve alguma coisa no prontuário e já logo se coloca a preencher pedidos de exames. A mulher, ao perceber que o médico não iria mais examinar a criança, pergunta:

- A Mariana pode descer, doutor?

- Pode! Responde o médico.

A mãe desce a menina da maca e repreende o mais novo, que está tentando alcançar alguma coisa na gaveta da escrivadinha do médico.

- Olha, mãe! Não parece ser nada grave. Pode ser só crescimento. Mas por via das dúvidas vamos fazer alguns exames... Exames de sangue para afastar algum tipo de reumatismo, um para contar as células do sangue, e outros dois exames de fezes para ver se tem vermes...

- Está bem doutor... E pra quando eu volto?

- Assim que ficarem prontos os exames... Está bem?

- o médico encaminha a mulher e as crianças para a porta.

- Até o retorno! - diz a mulher.

- Tchau! - responde o médico.

O peso da realidade cotidiana que se acabou de vivenciar impede um salto direto ao campo teórico que se esboçava. Para se retornar a este campo se faz necessário recuperar leveza. Algum artifício que seja hábil o suficiente

para nos lançar de novo ao campo do *desejo* e da *clareza* precisa ser construído, adquirir consistência. Para isto, deve-se recuperar os motivos desta aterrissagem, ou seja, identificar que carga imaginativa delimitou o processo de percepção que a mãe fez da dor da menina, que desejos puderam se expressar, e que desejos foram impedidos. Para que isto fosse possível já se adiantou que seria necessário que a mulher conseguisse dizer, expressar alguma coisa e que alguém se dispusesse a ouvi-la. Embora se tenha observado, com o máximo de atenção, do processo comunicativo entre a mulher e o médico, pode-se dizer que tanto a mulher disse pouco sobre o que estava incomodando-a, como o médico pouco se dispôs a ouvir. As crianças quase que foram ignoradas. Ambos atuaram como se espera a ordem de uma relação entre médico e "paciente": o médico escuta os fragmentos "significativos" de um discurso, aqueles que lhe permitem abstrair do corpo vibrátil que através da linguagem está agindo sobre o seu, os elementos suficientes para localizar um "diagnóstico"; e por fim, acaba preferindo o corpo inerte, conjunto de órgãos alterados ou não em sua estrutura e funcionalidade, fica com seus conceitos de vida e de morte, onde só abstraindo-se um corpo inerte, podem ser justificados.

O "bom paciente" é aquele que se esforça para se encaixar nas delimitações do olhar e do escutar médico, é aquele que sabe selecionar na confusão de seu "cinema interno" aquilo que deve ser significativo para tecer a

fantasia do corpo inerte. Tanto um como outro estão ali para cumprir seus papéis, que se confundem com suas responsabilidades: afastar o medo do risco da morte da menina. Mesmo que esta tentativa signifique abstrair um corpo quase morto, mas que revele o risco, por parte do médico. Mesmo que esta tentativa obrigue a não expressão da capacidade vibrátil, vida, dos corpos aflitos, pela simulação dos corpos inertes desejados pela ordem da relação entre "médico" e "paciente". Nesta ordem o pressentimento tem que se submeter à racionalidade de quem detém o poder na relação; não há espaços para sintonias de vibrações e metamorfoses. Embora, apesar de todos esforços contra, os corpos acabam de certo modo pressentindo e tentando se sintonizar. Afetam-se de alguma maneira e em alguma intensidade. A força dos corpos vibráteis é ainda mais forte que a capacidade de se dissimularem.

Medo da morte... Terror da morte. Num mundo que para justificar sua alternativa de 'garantia' da sua condição de existência precisa transformar a morte numa espécie de *mito*\* negativo. Não porque o homem de repente se apercebeu que é melhor viver do que morrer. Viver sempre foi

---

\* A palavra *mito* foi aqui utilizada no sentido de "imagem simplificada, às vezes ilusória, que grupos humanos elaboram ou aceitam a respeito de um indivíduo ou de um fato e que tem um papel determinante em seu comportamento ou em sua apreciação"; "*mito* é o nome de tudo aquilo que não existe ou não subsiste além do que tendo a palavra como causa" (VALERY); "o *mito* é uma fala escolhida pela história: não poderia de modo algum surgir da 'natureza' das coisas" (BARTHES, 1956, 132s).

mais valorizado que morrer, pelo menos nesta sociedade ocidental.

O medo da morte como terror é uma construção de séculos de história. Uma pintura de Brueghel, *O triunfo da Morte*, datada de 1562-63, transmite a idéia de vitória inevitável da morte sobre a vida. Idéia que é apresentada como batalha que não se trava de uma só vez. Vai e volta. Nem sempre tem o mesmo desfecho, embora cada um que está prestes a morrer esteja sentindo pessoalmente a sua morte, para todos a sensação é a mesma.

Elias CANETTI em um momento de sua autobiografia, faz esta reflexão, ao descrever o impacto que este quadro de Brueghel lhe causou num momento da sua vida. "(...) *Centenas de mortos, na forma de esqueletos, esqueletos muito ativos, estão ocupados em puxarem outros tantos seres vivos para o seu lado. Os mortos são figuras de toda espécie; aparecem tanto em grupos como individualmente, revelando sua classe social. Num esforço monstruoso, sua energia ultrapassa várias vezes a dos vivos a quem eles atacam. Percebe-se que eles conseguirão o seu intento, mas ainda não o conseguiram. Estamos do lado dos vivos, e gostaríamos de correr em sua defesa, mas ficamos confusos porque os mortos parecem mais vivos do que eles. A vitalidade dos mortos, se podemos dizer assim, só tem um sentido: o de trazer os vivos para o seu lado. Eles não se dispersam, não empreendem nada diferente. Para eles só existe um único propósito, enquanto os vivos se*

*atêm à vida de múltiplas maneiras. Todos se defendem ativamente, nenhum deles se entrega. Não encontrei no quadro nenhum que estivesse cansado da vida; é necessário que a morte arranque de cada um deles aquilo que não cedem espontaneamente. A energia dessa resistência, que se manifesta de cem maneiras diferentes, transferiu-se para mim e, desde então, muitas vezes tenho a sensação de que sou o conjunto de toda aquela gente que resiste à morte" (CANETTI, 1980, p.111).*

A sensação de que viver é resistir, a que se refere CANETTI, se contrapõe à construção do *mito* do terror da morte que se impregna no corpo de todos, que incomoda há séculos e que sobretudo se agencia no *modo* de viver e de andar a vida da maioria das pessoas deste final de século. O medo instintivo da morte a que todos seres vivos lançam mão em situações de perigo evidente tem se transformado cada vez mais em terror. Passa-se a se conviver com o risco iminente de morte em todos os segundos da vida. Portanto, o *mito* que aqui se refere é esta passagem do medo de morrer ao terror de morrer: a supervalorização da morte, que não significa uma contrapartida a uma também supervalorização da vida. Pelo contrário, a supervalorização da morte transforma o viver em eterno projeto, que nunca se realiza de fato. Reduz-se a esforço constante para afastar a morte aterrorizadora deste eterno projeto, não como resistência da vida porque esta tem valor em si mesma, mas porque deixar de viver sig-

nifica abandonar um projeto que valerá a pena viver um dia. E, assim, o viver é superdesvalorizado.

Quando a morte é colocada como necessidade ontológica, essencial e insuperável, a atitude frente a ela tende à aceitação cética diante do inevitável e até mesmo à repressão da idéia de sua possibilidade durante a vida. Ou, num polo oposto, mas ainda no campo da necessidade ontológica, a atitude tende, frente a idéia de morte, a ser encará-la como *telos* da vida; a glorificação idealista da morte é o que dá significado á vida, é a condição de sua "realidade".

Neste sentido Herbert MARCUSE argumenta, em seu ensaio sobre a *Ideologia da Morte*, que a interpretação filosófica da questão da morte na história do pensamento ocidental sofre o que ele denomina de "inversão ontológica". Os esforços da filosofia têm se "(...) caracterizado muitas vezes por uma tendência de apresentar a necessidade empírica como necessidade ontológica", o que no caso da interpretação da morte manifesta-se "(...) na tendência a aceitar a morte não somente como um fato, porém como uma necessidade, e como uma necessidade que deve ser conquistada, não destruindo-a, mas sim aceitando-a. Em outras palavras, a filosofia tem dado por suposto que a morte pertenceria à essência da vida humana, a sua realização existencial. Além disso, a aceitação compreendida da morte tem sido considerada uma prerrogativa do homem, como a própria razão de sua

*liberdade. A morte e somente a morte, dá seu ser próprio à existência humana. Sua negação final tem sido considerada como a afirmação das faculdades e dos fins do homem*" (MARCCUSE, 1959, p. 188)\*.

Resta ao homem encarar este privilégio existencial da vida orgânica com heroísmo. Submissão heróica, reflexo puro do terror da morte. Mesmo que aterrorizante, deve-se submeter heroicamente, pois a morte tem que ser encarada como conquista. Longe de aniquilar a vida, nesta lógica, "a destruição do corpo não mata o "espírito", a essência da vida" (MARCUSE, 1959, p. 190)\*\*. Só a morte, desintegração do corpo, revela as portas da "verdadeira" vida: a transcendência do espírito.

Seguindo no pensamento de MARCUSE, que busca compreender o significado da morte dentro de importantes sistemas filosóficos do ocidente, partindo da interpretação platônica da morte de Sócrates - que aceita sua morte, mesmo sabendo que seus juizes eram injustos, porém sua filosofia da morte os reconhecia em seu direito, o direito da polis sobre o individuo - chega-se a um ponto em que a origem e a justificativa do mito do terror da morte se esclarece. "(...) Com a desvalorização do corpo, a vida do corpo deixa de ser a vida real, e a negação desta vida é o começo mais que o final. Além disso, o espírito se opõe essencialmente

\* Excertos traduzidos do espanhol pelo autor; Cf. pg. 287, número 21, ANEXO II.

\*\* Idem acima, Cf. pg. 288, número 22, ANEXO II.

ao corpo. A vida do primeiro consiste na dominação, já que não é negação do segundo. O progresso da verdade é a luta contra a sensualidade, o desejo e o prazer. Esta luta se dirige não somente a liberar o homem da tirania das bestiais necessidades naturais, mas é também a separação da vida do corpo, da vida do espírito, a alienação da liberdade do prazer. A felicidade se redefine a priori (isto é, sem fundamento empírico sobre as razões fatuais) em termos de autonegação e de renúncia. A glorificada aceitação da morte, que leva consigo a aceitação da ordem política, assinala também o nascimento da moralidade filosófica" (MARCUSE, 1959, p. 191)\*.

Passando por Hegel - para quem a morte significa a "negação do negativo", portanto uma afirmação, como se a morte significasse a negação de uma existência negativa permitindo ao sujeito um retorno sobre si mesmo, através da "ressurreição do espírito" livrando-o da mera "máscara da natureza" para a verdadeira "realidade" de sua vida - MARCUSE lança uma hipótese: a da tentativa de contrapor a essa tendência da filosofia uma atitude "normal" diante da morte, ou seja, normal em termos dos simples fatos observáveis, "(...) mesmo que reprimida correntemente sob o impacto da ideologia dominante e das instituições apoiadas por ela" (pg.192)\*\*. Poderia ser assim delimitada: "(...) a morte parece ser inevitável, porém na grande maioria dos casos é um

\* Ibidem, Cf. pg. 288, número 23, ANEXO II.

\*\* Ibidem, Cf. pg. 289, número 24, ANEXO II.

*acontecimento doloroso, horrível e não bem recebido. Quando bem recebido, a vida deve ter sido mais penosa ainda que a morte. Contudo o desafio da morte é infelizmente ineficaz. Os esforços científicos e técnicos da civilização madura, que prolongam a vida e mitigam as suas dores, parecem ver-se frustrados, ou inclusive neutralizados por parte da sociedade e por parte dos indivíduos. A 'luta pela existência' no interior da nação e entre as nações, segue sendo uma luta de vida ou morte, que exige o encurtamento periódico da vida. Ademais, a efetividade do prolongamento da vida depende da resposta que encontre na mente e na estrutura instintiva dos indivíduos. Uma resposta positiva pressupõe que sua vida seja realmente 'uma vida feliz', que se tenha a possibilidade de desenvolver e de satisfazer as necessidades e faculdades humanas, que a vida seja um fim em si mesma e não um meio para se manter" (MARCUSE, 1959, p. 193)\*.*

A conquista das condições que satisfizessem esta possibilidade teria um impacto substancial sobre a vida, mas também sobre a própria morte. "(...) Esta última perderia suas sanções ontológicas e morais; os homens experimentariam a morte primariamente como um limite técnico da liberdade humana, cuja superação se converteria no objetivo reconhecido do esforço individual e social" (MARCUSE, 1959, p. 193-4)\*\*.

Entretanto um forte argumento pode se contrapor a esta

---

\* Excertos traduzidos do espanhol pelo autor; Cf. pg. 289, número 25, ANEXO II.

\*\* Idem; Cf. p. 290, número 26, ANEXO II.

idéia: "(...) uma vida com esta atitude frente à morte seria incompatível com as instituições e os valores de civilização estabelecidos. Conduziria a um suicídio em massa (posto que para uma grande parte da humanidade a vida é todavia uma carga tal, que provavelmente, o terror da morte é um fator importante para sua manutenção), ou bem a dissolução de toda lei e de toda ordem (posto que a temerosa aceitação da morte se converteu num elemento intrínseco da moralidade pública e privada). O argumento pode ser inconvencional, porém deixa claro que a idéia tradicional da morte é um conceito sociopolítico que converte alguns sórdidos fatos empíricos numa ideologia" (MARCUSE, 1959, p. 194)\* . Esta ideologia, profundamente arraigada nos corpos humanos, detém todas as tentativas concretas de luta contra a morte. Há um limite socialmente declarado como tabu, onde "uma barreira mental profundamente arraigada detém a vontade antes de chegar a barreira técnica" (...) "A breve e incalculável duração da vida impõe uma renúncia e uma servidão constantes, um esforço heróico e um sacrifício pelo futuro." (MARCUSE, 1959, p. 197)\*\*. Viver se reduz a projeto de futuro. Qualquer esforço de transvalorização no sentido do viver com prazer, do deixar aflorar o desejo e da dessublimação da morte são convertidos rigidamente em tabus. Penetrar neste campo dos tabus gera angústia, "(...) sentimento de culpa

---

\* Ibidem ao anterior; Cf. pp. 290-1, número 27, ANEXO II.

\*\* Ibidem; Cf. p. 291, número 28, ANEXO II.

*individual derivado da culpa universal que é a vida em si mesma, a vida do corpo"* (MARCUSE, 1959, p. 199)\*.

Outro aspecto que o terror da morte e seu correlato direto, a repressão desse medo através da aceitação da morte como necessidade sancionada, sobre a qual discorre MARCUSE, é o mecanismo sutil que esta ideologia se utiliza para que o medo instintivo da morte se confunda com todo o aparato ideológico do que aqui chamamos de *mito do terror da morte*. Este mecanismo se manifesta através da utilização da morte ou do terror da morte como justificativa para o progresso de todos: "(...) a defesa da nação é o requisito prévio necessário para a existência de todos seus cidadãos; o juízo final do homicida corresponde a Deus e não ao homem, etc. Contudo por razões mais materiais, o individuo deixou de ter poder 'para fazer algo' há muito, e esta falta de poder se racionaliza na forma de obrigação moral, de virtude ou de honra. Todas estas explicações, contudo, parecem vir a baixo diante uma questão central: seu caráter não disfarçado, quase exibicionista, de afirmação, de consentimento instintivo. Na realidade parece difícil rechaçar a hipótese de Freud de um desejo de morte insuficientemente reprimido. Porém direi, uma vez mais, que o impulso biológico que atua no desejo de morte pode não ser tão biológico. A necessidade de sacrificar a vida do individuo de modo que possa continuar a vida do 'conjunto'

---

\* Ibidem; Cf. p. 291, número 29, ANEXO II.

pode ter sido alimentada por forças históricas. Aqui o 'conjunto' não é a espécie natural, a humanidade, trata-se mais da totalidade de instituições e relações que os homens têm criado ao longo de sua história" (MARCUSE, 1959, p. 202-3)\*.

### A necessidade de dizer ...

Voltando através deste artifício teórico de reflexão junto ao pensamento de MARCUSE sobre a morte e o mito do terror da morte, ideologia quase pura travestida de impulso biológico "puro" diante uma necessidade "ontológica", fica mais fácil compreender porque na tentativa de comunicação entre a mulher e o médico não se revelou o conteúdo imaginativo que determinou a procura da mulher pelo médico. A mulher não conseguiu dizer aquilo que se passava dentro de si. Acabou submetendo-se ao jogo de comunicação imposto pela autoridade médica. Submeteu-se à ordem das coisas, ao diálogo opaco e reticente, onde o medo da morte submergiu. Como diria (e de fato disse com todas as letras) Laymert Garcia dos SANTOS: "(...) Dizer é momento de produção de afirmação, que surge no bojo de um movimento. Movimento de expulsão, de esconjuro, de exorcismo das forças da morte que se apropriam da energia vital, voltando-a contra ela mesma" (SANTOS, 1989a, p. 13)... É um momento onde se esboça um início de

\* Excerto traduzido do espanhol pelo autor; Cf. pp. 291-2, número 30, ANEXO II.

vitória do que há de vida dentro de si contra todas as forças da morte que constituíram aquele corpo daquela maneira naquele momento. É um "(...) sinal de que *des-solidarizou-se* das forças da morte. Dizer é sinal e também *prolongamento da des-solidariedade*, é *assunção da solidão*, é *rejeição para o lado de lá do que estava ali dentro*, é *dissociação do que parecia uno e indivisível*, é *descoberta da existência das forças inimigas*, é *declaração de guerra aberta à morte em vida*." (SANTOS, 1989a, p. 13) Dizer não é fácil, é extremamente difícil. Naquele momento, a mulher não conseguiu dizer...

Proseguindo ainda com o pensamento e o dizer de LAYMERT: "(...) enquanto imperam as forças da morte, não é possível dizer. O que não significa mudez - ao contrário. Vorazes, exigindo fidelidade e reconhecimento, as forças da morte acionam a linguagem da sedução - que brota da boca aos borbotões e entope os ouvidos, que instaura a surdez generalizada e vai esterilizando o mundo, negando até o próprio órgão que permite articulá-lo." (...) "Impossível o silêncio. A voz preenche todos os espaços, enrijece e esfria todos os membros, deposita-se no fundo dos olhos, paralizzando-os." (SANTOS, 1989, p. 14) A linguagem da sedução paralisa os movimentos do corpo; a emoção no seu sentido de alguma coisa a mais que movimento (ação exercida sobre a vontade, através de uma representação ou de uma afecção simples, ação que provoca uma reação da vontade) perde espaço de ex-

pressão, fica contida no corpo suscetível a vibrações, mas incapaz de vibrar o viver.

Trata-se da *sedução do consumo*. O corpo vibrátil se seduz na possibilidade de ser um. O um do indivíduo: o indivíduo isolado. Aquele que está contido na *massa*, na maioria silenciosa, onde todos são "livres" para escolher a forma de se inserir no processo produtivo e de consumo da existência. Não só "pode" como "deve" produzir alguma coisa para ser consumida, assim como "pode" e "deve" consumir. O que pode e/ou deve ser produzido e consumido depende apenas da forma quase plástica que se deve adquirir para se encaixar nessa enorme massa, como uma peça de um quebra-cabeças. Tudo funciona sobre esta massa, "(...) *sobre essa substância flutuante cuja existência não é mais social mas estatística, e cujo modo de aparição é o da sondagem. Simulação no horizonte do social, ou melhor, no horizonte em que o social já desapareceu.*" (BAUDRILLARD, 1978, p. 22)

Deixar de se esforçar para adquirir a "plasticidade" necessária para se encaixar no grande quebra-cabeças passa a significar marginalizar-se: ingressar no trem "sem rumo" dos bobos ingênuos e dos loucos. Duas ameaças que instauram mais uma paranóia tão ou mais pesada quanto o *terror da morte*. E que também tem sido cada vez mais mistificadas: o terror de ser bobo e o terror da loucura. Ser classificado como bobo significa fracasso, assumir a incapacidade de se adaptar aos movimentos de produção e

consumo da massa, recusar as oportunidades de levar vantagens em relação aos outros, viver num mundo esquisito onde se consegue ser feliz sem se adaptar aos modelos instituídos pela ordem das massas; é fugir das sondagens, dos testes, das médias, da simulação. Ser classificado como louco significa mais do que isto. Significa inadaptação radical, total, perda de referenciais de conexão com o mundo. Incômodo impossível de ser suportado, que precisa ser extirpado para não contaminar a massa. Ou seja, é o incômodo que não tem remédio fácil, que se admite sem recuos que a "única" saída é a *repressão* mais eficiente possível, antes que venha causar danos à ordem estabelecida.

O processo de sedução do consumo é cada vez mais intenso. Sufocante. Não basta mais ao capital produzir mercadorias para que o consumo venha a ser mera consequência. "(...) Hoje é preciso produzir os consumidores, é preciso produzir a própria demanda e essa produção é infinitamente mais custosa que a das mercadorias"... "Assim, por muito tempo bastou que o poder produzisse sentido (político, ideológico, cultural, sexual), e a demanda acompanhava, absorvia a oferta e ainda a excedia. Se faltasse sentido, todos os revolucionários se ofereciam para produzi-lo mais ainda. Hoje tudo mudou: o sentido não falta, ele é produzido em toda parte, e sempre mais - é a demanda que está declinante. E é a produção dessa demanda de sentido que se tornou crucial para o sistema." (...) "A demanda de objetos e de ser-

viços sempre pode ser produzida artificialmente, a um preço elevado mas acessível, o sistema já o demonstrou. O desejo de sentido, quando falta; o desejo de realidade, quando se faz ausente em todas as partes, não podem ser plenamente satisfeitos e são um abismo definitivo." (BAUDRILLARD, 1978, p. 27)

Assim, as massas são bombardeadas de estímulos, de mensagens, e de testes. "(...) Não é mais possível se tratar de expressão ou de representação, mas somente de simulação de um social para sempre inexprimível e inexprimido. Esse é o sentido de seu silêncio. Mas esse silêncio é paradoxal - não é um silêncio que fala, é um silêncio que *proíbe que se fale em seu nome*. E, nesse sentido, longe de ser uma forma de alienação, é uma arma absoluta." (BAUDRILLARD, 1978, p. 23) Toda essa produção de sentido, de subjetividade, produz, como diz FÉLIX GUATTARI, indivíduos isolados, "(...) normalizados articulados uns aos outros segundo sistemas hierárquicos, sistemas de valores, sistemas de submissão" (GUATTARI, 1986, p. 16) dissimulados.

Também produz - além da produção de subjetividade individuada - uma produção de subjetividade social, "(...) que se pode encontrar em todos os níveis da produção e do consumo. E mais ainda: uma produção de subjetividade inconsciente." (...) "Essa grande fábrica, essa grande máquina capitalística produz inclusive aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiemos,

quando nos apaixonamos e assim por diante. Em todo caso, ela pretende garantir uma função hegemônica em todos esses campos."(GUATTARI, 1986, p. 16) É toda essa cultura de massa que impede o que há de real, de vida, vibre de dentro dos corpos. Mas o corpo cativo, serializado, normalizado, individualizado, imerso numa *economia de agenciamentos coletivos de subjetividade*, pouco a pouco, torna-se cada vez mais incomodado. Vê seu devir, suas possibilidades de criação e de transformação do mundo se desmancharem. Ou seja, o corpo cativo percebe aos poucos que seu processo de *singularização* está indo por água abaixo. Assim incomodado demais, descontrola-se...

O corpo passa a conter vibrações em forma de estruturas orgânicas que em algum momento entram em choque umas com as outras: é a "*guerra dos órgãos*". Um descontrole: "(...) *pálpebras a palpitar em movimentos bruscos, ora intermitentes, ora prolongados, cavando no fundo dos olhos, depositando pedras sob as partes inferiores, bombeando o malefício que paralisa por dentro a visão e agora aflora como a raiz exposta do globo ocular (e, no entanto, como fugir à certeza de que o malefício viera de fora, invadira os olhos, se enxertara, se embutira, se encarnara no fundo?); nariz a arreganhar seu focinho de porco, a fuçar o ar e a expeli-lo pelas ventas prodigiosamente abertas; mãos a coçar o corpo até despencarem na agitação frenética, os*

pulsos como se estivessem quebrados, os polegares se descobrindo duros como paus enquanto os outros dedos estalam, se entrechocam; boca a se escancarar e contorcer em milhares de esgares, percorrendo séries inteiras de expressões inéditas, algumas obscenas, outras jamais configuradas. Um rastilho agudíssimo, veloz, passeia pelo corpo segundo um plano secreto, acendendo um, dois focos de cada vez, declarando os espasmos. Os músculos se arrepiam, se desencadeiam, levando os braços a movimentos disparatados, informes - braços que eternamente costurados ao tronco, agora rompem o ar querendo bater asas; sexo a rodopiar loucamente, às cegas, batendo contra o baixo ventre, contra as coxas; ventre ora a se abrir em buraco, retesado, destilando uma dor fina, ora a se encher e esvaziar como um fole, ventre de cão atropelado; ânus que se contrai e dilata bruscamente, convulsivamente; peito a inflar e murchar, revelando elasticidade insuspeita dos pulmões. O focinho sai à caça de todos os cheiros dos órgãos; as secreções querem se misturar, se espalhar... até mesmo mudar de lugar, trocar de órgãos. Ausência. Ausência de um corpo íntegro, inteiro." (SANTOS, 1989a, p. 15)

- Ahrh... Estou apodrecendo!!!

Aterrissagem inesperada. Uma sala de espera, repleta de gente, inesperadamente, tem seu silêncio interrompido pelo grito de uma mulher desesperada. Há poucos minutos saiu do consultório do ginecologista e ficara ali

parada, sentada na sala como estivesse a esperar o médico chamar seu número novamente. E de repente ... o grito. Seu rosto expressa um movimento de aflição aterrorizante e o corpo por inteiro lança-se para o alto com uma força incrível para se tornar perceptível. O grito e o choro quase que convulsivos mais o movimento de contorsão do corpo imediatamente afeta os corpos dos demais. Um movimento quase que harmônico destes corpos tenta contê-la. Sincronia ineficaz. O movimento de expulsão do vibrar contido é forte demais para ser contido por um movimento sincrônico de incomodados, mas sem o respaldo suficiente para conter o incomodante. É necessário convocar a instituição. Enfermeiras e auxiliares prontamente respondem à demanda. Em número menor do que aqueles que tentaram conter a mulher inicialmente, enfermeiras e auxiliares conseguem deslocá-la para o interior de uma sala. As portas da sala se fecham, tentando privatizar o fato que até a pouco era público... Ainda é possível ouvir o que a mulher tem para expor ao público, aos gritos:

- Estou apodrecendo por dentro... Vocês não sentem o fedor... Não dá pra aguentar...

- Ouça! - ouve-se uma voz feminina tentando acalmá-la - O que está acontecendo?

- É horrível estar apodrecendo... O médico disse que é cancer no utero... Já está adiantado... Sente o cheiro de podre!

O médico sai do consultório e com o andar firme de quem também está incomodado dirige-se à sala donde provêm os gritos. Entra:

- O que está acontecendo aqui?

- Doutor, esta senhora está tendo um ataque - responde alguém.

- Preparem um sedativo! - Ordena o médico.

- Não aguento mais ... Preciso falar pra todo mundo ouvir... Estou apodrecendo!

Estas são as últimas palavras que ainda se pode ouvir da mulher. Em poucos segundos, através da porta entreaberta, já se podia ver a mulher adormecida sobre a maca rodeada de profissionais.

A sala de espera exala um ar sufocante. Sufocação misturada a alívio. O incômodo exterminado transformara o corpo de cada um que ali esperava em incômodo em potência. A sala passou a incomodar, a presença de cada um ali dentro passou a incomodar. Os olhares passaram a transferir, de um para outro, uma cumplicidade difícil de suportar. Ao mesmo tempo um desejo de sair dali se misturava a uma impossibilidade inexplicável de satisfazê-lo. Algo muito semelhante ao filme *El Ángel Exterminador* de Luis BUNUEL, onde um grupo de pessoas convidadas para um jantar, após requintada refeição, inexplicavelmente, não consegue deixar um salão. Como cúmplices do nada, não conseguem satisfazer um desejo simples: sair de uma sala.

O incômodo generalizado só é interrompido quando o pediatra chama o próximo a ser atendido. A sensação de sufocamento parece rarefazer-se. A ordem parece reestabelecer-se. A mãe de Mariana atende o chamado e o deslocar de seu corpo parece romper e corromper o pacto de cumplicidade inexplicável. Transmite a sensação de portar uma vontade que o corpo parece estar consciente: o desejo de dizer e de fazer-se ouvida. O médico logo percebe que alguma coisa acontecera naquela sala após a cena de desespero vivenciada por todos. Seu corpo parece também ter sido acometido.

- Como vai? Dona...?

- Célia, mãe de Mariana... Tudo bem, e voce?

- Tudo bem - responde o médico, apontando a cadeira onde Célia deve sentar-se.

Célia num único movimento senta-se e já se coloca em postura de quem pretende tomar a iniciativa do diálogo. Mariana senta ao lado da mãe, fixando o olhar nos movimentos do médico.

- A gente veio ver os resultados dos exames da Mariana.

- E como ela passou da última consulta até hoje? - pergunta o médico.

- Passou bem, mas teve um pouco de dores esses dias atrás.

- Doeu, mas já passou - intervem a menina.

- Os exames estão todos normais - afirma o médico.

- Então, o que será que está acontecendo? Manha?...Não parece...

- Qual é o seu medo? - pergunta o médico

...

- É que quando eu estava grávida de Mariana... Tive que fazer uma radiografia do pulmão... Me disseram que era perigoso mais tarde... uma leucemia...

- Hum!... E em que época da gravidez foi feito este raio X?

- Ah!... No finalzinho da gravidez... Eu já estava bem gorda...

- E quem disse que era perigoso? - pergunta o médico.

- Não me recordo... mas acho que foi na televisão... É, isso mesmo... Acho que foi no Fantástico?!

- Ah!... O Fantástico fala muita coisa, mas as coisas não são bem assim... As radiografias não são muito

boas na gravidez, mas o problema é maior quando são tiradas no começo da gravidez, nos primeiros três meses...

- Então, quer dizer que quando eu tirei... não tinha mais perigo?

- Olha... Não é bem assim... O que eu quero dizer é que o risco dela ter algum problema por causa daquele raio-X é muito pequeno... Em medicina tudo é uma questão de risco... Não pense que as coisas piores vão acontecer... Tem que ser mais positiva...

- Não que eu queira ser negativa... mas do jeito que as coisas andam... É tanta desgraça... tanta doença ruim que a gente vê na TV e até mesmo com as pessoas que a gente conhece... Não dá para ficar sem medo, dá?...

- Riscos todos nós estamos sujeitos... E é por isso que existe a medicina... para avaliar se existe algum risco; e se existir poder dizer se o risco é grande ou pequeno... e dependendo do risco tentar prevenir.

- Então, se o risco de doença grave é pequeno, o que o senhor acha da dor da Mariana?...

- Não sei... será que ela está querendo chamar a atenção?!

- Não doutor, ela tem dor de verdade. Fica até sem cor quando aparece a dor... e às vezes aparecem até essas manchinhas roxas nas pernas... Não é frescura não...

- Estas dores começaram há dois anos, não é?... Você já procurou vários médicos... Já realizou vários exames e até agora: nada... Mariana está com seis anos, idade dos medos e também de crescimento... Acho que o problema está por aí... Mariana! Chegou a sua vez de falar: você tem algum medo?

Aparentemente desatenta, Mariana é surpreendida com o repentino direito à palavra. Tenta desviar os olhos,

mas sentindo segurança na mãe, que aparentava estar de acordo, pergunta:

- O que?

- O médico está perguntando se você tem algum medo, menina... presta atenção no que ele fala!...

- Ahh... Medo?!... Eu tenho de monstro,..., de ladrão,..., de cobra,..., e de... ficar muito grande...

- Medo de ficar muito grande? - pergunta o médico surpreso.

- É... Eu queria ficar pequena igual o Guilherme... Daí não precisava ir pra escola... podia só ficar brincando... Não tem que ajudar a mãe arrumar a casa...

- Até parece que ela trabalha tanto... - retruca a mãe.

- Mas não tem jeito, Mariana!... Todo mundo cresce e tem que ter responsabilidades... Assim foi com sua mãe, com seu pai, comigo...

- É eu sei,... mas é que eu não queria crescer de verdade... Assim dói muito...

- Não tem outro jeito, Mariana! - repetiu o médico.

- Tem sim! Eu cresço todo dia de mentirinha... É mais gostoso...

O médico já achando que não iria convencê-la, e também confuso com as respostas, resolve encerrar a consulta. A mãe, aparentemente mais aliviada, agradece. Combinam um retorno para o mês seguinte.

### A necessidade de se fazer ouvido...

Parece que esta Aterrissagem inesperada ocorreu no momento certo. Momento em que a "*guerra dos órgãos*" pode ser exercitada. O corpo da mulher já havia experienciado o desmoronamento imposto pelas forças da morte. Experiência de agonia. Experiência quase não percebida, pois o corpo tratava de ocultá-la através de seus mecanismos de defesa, embora alguma desordem pudesse já ser percebida. O movimento do desespero foi só o momento do exercício de expulsão das vibrações de morte incorporadas desorganizadamente e que colocavam os órgãos em guerra. Ao dizer, colocando todo corpo no mesmo movimento, que estava apodrecendo, a mulher colocou toda sua força de vida em atividade, em expansão. Contaminou olhos e corpos de todos os que estavam ao alcance das vibrações do som de sua voz e da luz de seu corpo em movimento. Mesmo quando o incômodo de seus gritos e de sua imagem foi brutalmente interrompido, o corpo de todos já vibrava um pouco da sua agonia, pronta para ser expelida, assim que a aparente apatia permitisse aos corpos voltarem a se movimentar.

Foi o que aconteceu com Célia, Mariana e o médico. As duas primeiras puderam falar, dizer, o que em essência povoava o fluxo de afetos engendrados por imagens que as constituíam como elementos singulares de todo um agenciamento subjetivo que as colocava ali diante de um médico: o desejo de consumir uma explicação "científica", acabada, de-

terministicamente elucidativa, para a triste constatação de que crescer nesta sociedade pode ser um fenômeno extremamente doloroso. O médico pode de fato ouvir. Ouvir não como "sinônimo de passividade - restringir-se a entender o que entra pelos buracos dos ouvidos, procurar identificar o significado do som". Pôde ouvir sentindo-se no outro, colocando sua audição à disposição do que a mulher e a menina tinham a dizer, colocando o vibrar de seu corpo em contato com as vibrações, que puderam se traduzir em sons, dos corpos das duas. "Na audição, importa tanto ou mais o como que o que se ouve. Não como se dá ou não o contacto com o quê. Com o que soa. Se soa bem, se ouve, se aprecia. Apreciação que é encontro, comunhão do que vibra soando com o que vibra ouvindo. E, do encontro, resulta como sobra, como algo mais, desnecessário do ponto de vista da economia da audição mas fruto dela, o sentido. Por isso, ouvir implica abandono, silêncio interior, entrega, disponibilidade para o outro. Condições imprescindíveis, mas raras; pois não se ouve quando se é servo, sobretudo servo do narcisismo (o que é a mesma coisa)" (SANTOS, 1989a, p. 27).

O médico enfim pode se permitir a ouvir. Deixou de ser um mero agente de produção de algo a ser consumido: explicações "científicas". Permitiu a si mesmo tornar-se um agente de transformação de uma situação singular de incômodo que afligia duas pessoas. Ao tornar-se receptivo, abrindo mão de seu poder de interpretar e julgar "cientificamente",

pode ouvir os medos, as imagens e fantasias que se fazia do corpo, bem como permitiu ao outro a realização como sujeito que merece ser ouvido e respeitado.

### **A mídia**

A carga imaginativa pôde emergir com transparência através de seu propulsor maior: a *mídia*. Esta é a principal marca deste século. *"Vivemos hoje numa dessas épocas de crise das antigas ordens de representações e dos saberes, e, mais profundamente, de uma grande complexidade em relação às formas de produção da subjetividade. Nenhuma reflexão séria sobre o devir da cultura contemporânea pode deixar de constatar que existe uma enorme multitude de sistemas maquínicos, em particular a mídia eletrônica e a informática, que incidem sobre todas as formas de produção de enunciados, imagens, pensamentos e afetos."* (PARENTE, 1993, p.14)

Com relação às questões de saúde e doença a *mídia* de massa se constitui em veículo direto e eficaz de prescrições supostamente científicas no que se refere a tudo que pode ser considerado medicina. O destaque sempre fica com a *medicina oficial*; e hoje a *mídia* já pode ser considerada um espaço institucional concreto desta medicina. No entanto, é em seu papel dissimulado como produtora de padrões de saúde e doença que passam despercebidos, que constituem, sutilmente, os elementos propulsores e geradores da forma atual de se perceber saudável ou doente. Trata-se das

imagens subliminares, indicativas do que é certo ou errado em matéria de saúde e doença: as mensagens vão desde os padrões de beleza física, passam pela associação quase que direta de que para se ter saúde basta praticar um esporte, ou consumir determinada vitamina, até chegar nas propagandas e campanhas publicitárias de empresas médicas, que promovem a idéia de que deve-se dar atenção à prevenção a ser feita com um plano de saúde, que "cubra" todas suas "necessidades".

A sociedade como um todo passa a assumir-se como um corpo doente. A linguagem da *mídia* aproxima-se do linguajar médico para abordar qualquer que seja o assunto. Jean BAUDRILLARD já escreveu acerca do mito da "(...) *Sociedade Doente*, mito que evacua toda a análise das contradições reais, é necessário afirmar que os intelectuais - os contemporâneos "medicine men" - é que revelam a seu respeito larga cumplicidade. No entanto, têm tendência para localizar o mal a um nível fundamental; daí o seu pessimismo profético. Os profissionais em geral, inclinam-se mais para alimentar o mito da *Sociedade Doente*, mais sob o ponto de vista funcional que orgânico (incurável, em semelhante caso), no plano de suas permutas e do metabolismo. Daí o otimismo dinâmico de que dão provas: para curar, basta restabelecer a funcionalidade das trocas, acelerar o metabolismo (isto é, injectar de novo a comunicação, a relação, o contacto, o equilíbrio humano, a eficácia e o sorriso controlado). É com

*alegria e com lucro que se aplicam à semelhante tarefa"* (BAUDRILLARD, 1970, p. 178).

A televisão é o principal veículo do que se pode chamar de *mass-midiatização* da subjetividade, que fará do imaginário das pessoas, de suas representações, de suas percepções, um quase que simples decodificador de signos virtuais. Pois a *imagem televisiva*, como a *imagem-vídeo*, a *imagem numérica*, e diferente da *imagem-cinema* e *imagem fotográfica*, é uma imagem que não passa por um negativo. Portanto não tem negatividade ou referência. "*Elas são virtuais, e o virtual é o que termina com toda negatividade, logo com toda referência à história ou ao acontecimento. Desde logo, o próprio contágio das imagens, que se auto produzem sem referência a um real ou a um imaginário, é virtualmente sem limite, e esse engendrar-se sem limite produz a informação como catástrofe.*" E como se sabe: "*a mídia vive amplamente da presunção da catástrofe, da suculenta iminência de morte*". (BAUDRILLARD, 1993, p. 147)

É essa sensação de *iminência de morte* que alarma as pessoas, que se afetam mutuamente desse alarme e dele não conseguem escapar. Mais fácil que escapar a ele acaba sendo reproduzi-lo. Desta forma não há porque parar para pensar, parar para observar o que está acontecendo com o corpo ou com os corpos que o rodeiam; é mais fácil ceder ao veredicto de quem tem a competência para proclamá-lo: a medicina. A percepção de um *incômodo*, de uma *mínima desordem*, pode sig-

nificar *necessidade* de medicina. No entanto, uma pergunta se impõem: porque essa *mínima desordem* se expressa de forma tão diferente de um corpo vibrátil para outro? Em outras palavras, ou em palavras mais médicas, porque as pessoas se apresentam aos serviços de saúde em momentos diferentes de um mesmo processo mórbido?

#### A afetação de outros corpos

Algumas respostas poderiam ser aventadas para a questão acima. Sem dúvida entre essas possíveis respostas estariam aquelas que tenderiam a associar a procura em momentos diferentes às barreiras institucionais dos serviços de saúde, bem como da racionalidade médica como um todo. Estas, no entanto, serão o foco de atenção do próximo movimento. Cabe, aqui, delinear algumas possíveis respostas relativas ao processo que antecede a geração da necessidade.

Uma primeira possibilidade seria a de que o processo perceptivo do incômodo esteja diretamente associado à percepção e apropriação diferenciada que se pode ter do próprio corpo. Neste sentido, autores como Luc BOLTANSKI (1977) e Juan José LLOVET (1984) tentam associar a capacidade que cada um tem de "escutar" seu próprio corpo ao uso social que se faz do mesmo. Essa associação tenderá a determinar padrões de percepção do processo mórbido que irão variar de uma classe social para outra. Para Juan José LLOVET a "(...)

*diversidade de níveis subjetivos de percepção não está ancorada unicamente a fatores idiossincráticos ou psicológicos*", mas também em fatores relativos a classe social a que pertence o sujeito em questão. Pode-se, segundo este autor, conjecturar que "*(...) nos setores populares existe uma menor disposição a registrar toda sensação mórbida como tal e inclusive uma certa rejeição, não importa se consciente ou não, a "escutar-se" como portador de algo mórbido até que o sinal corporal não supere um limiar de intensidade que é mais alto que em outras classes sociais.*" (LLOVET, 1984, pp. 25-6)\* Esta disposição socialmente diferenciada dependeria, segundo o autor, da forma como os sujeitos "*(...) obtêm seus meios materiais de existência, da respectiva atividade física, da venda de mercadorias que são produto dessa atividade ou do aproveitamento da força física e de sua venda no mercado de trabalho. Quanto mais obrigados estão os indivíduos a atuar fisicamente, menor é a atenção que prestam a seu corpo e menos consciente a relação que mantém com ele. Uma relação reflexiva com o corpo resulta pouco compatível com sua utilização intensiva.*" (LLOVET, 1984, p. 27)\*\*

Luc BOLTANSKI também caminha neste sentido e escreve: "*(...) tudo se passa como se a percepção das sensações mórbidas fosse aguçada de modo desigual nas diversas classes sociais, ou melhor, como se sensações semelhantes*

---

\* excertos traduzidos pelo autor; o texto original em espanhol encontra-se na página 292, número 31, ANEXO II.

\*\* tradução do autor.

*fossem objeto de uma "seleção" ou de uma "atribuição" diferentes e fossem experimentadas com uma maior ou menor intensidade conforme a classe social dos que as sentem."* (BOLTANSKI, 1977, p. 124)

Outra possibilidade a se colocar como resposta às questões colocadas acima, mas que de certa maneira está subsumida ao cultural, ao histórico e ao que se atribui a forma de inserção social (classe social) sobre a percepção dos incômodos, será chamada aqui como o *modo de afetação de outros corpos*. Em outras palavras, trata-se do modo como os incômodos fluem do corpo incomodado aos corpos que o rodeiam, que podem ser tratados por dois aspectos: o modo que o incômodo de um corpo assume para afetar os corpos capazes de se compadecerem com ele, e o modo como um incômodo pode ser transferido de um corpo a outro com a finalidade de negá-lo.

Tomando-se o primeiro aspecto do modo como um incômodo pode afetar outros corpos, retorna-se ao que aqui já se discutiu como processo de *intensa metamorfose que o corpo que percebe sofre para sintonizar a vibração do incômodo do outro*, bem como da *carga imaginativa cultural, histórica e socialmente determinada* que modulará a intensidade e a extensão desse processo. Se *bosquimanos* podem viver esse processo de *metamorfose* em sua intensidade plena e na extensão que extrapola os limites da família, o homem colonial brasileiro não escravo parece ter dificuldades para sintonizar as vibrações do incômodo de seus próprios filhos, e a mulher de

classe popular deste século pode sintonizar parcialmente a intensidade de incômodo de sua filha, mas tem dificuldades para sintonizar-se com o sofrimento de outros que não sejam familiares; a não ser que o sofrimento do outro seja tão intenso a ponto de fazer emergir dentro de si a *perplexidade* diante da possibilidade da *morte*, que aterroriza e que habita em todos.

A família permite circunscrever um campo de relações, onde é possível sintonizar certas intensidades de vibrações entre seus componentes, que são mais difíceis de se perceber em outros, que não são da família. Será a família o grupo privilegiado na sociedade ocidental para o acontecimento primeiro da vivência da enfermidade e da compaixão. O adoecer é um "(...) acontecimento grupal que impulsiona um reordenamento conjuntural ou perdurável dos papéis e das tarefas". E, segundo Juan José LLOVET, nas questões de saúde e doença "(...) o familiar tem uma relevância triplamente crítica: como desencadeante fático e simbólico da enfermidade, como fator predominante na resolução do problema e como caixa de ressonância. O usuário dos serviços de saúde nunca é um indivíduo atomizado, desarraigado de inscrições sociais. A decisão e a maneira de consumir atos médicos se apoiam em um certo contexto familiar, que por sua vez está contextualizado pela situação

do setor ou classe social a que se pertence." (LLOVET, 1984, p. 13)\*

Toda experiência de compaixão pelo outro passa pelo próprio corpo de quem está a sintonizar as vibrações do corpo daquele que o incomoda e, também, pela possibilidade de que um terceiro, um corpo familiar, pudesse, em situação semelhante, emitir as mesmas vibrações. São frequentes declarações do tipo: *sinto como fosse meu filho, faço isto como se estivesse fazendo aos meus, etc.*

As relações familiares passam a ser desejadas em todos os espaços sociais. A escola é um bom exemplo. Não basta ser mestre, exige-se posturas familiares dos professores. A *tia*, nova designação de professora, é o símbolo desta exigência. A fábrica para produzir melhor deve criar relações entre os operários que se aproximem de uma grande família. Do médico espera-se atitudes próximas das desejadas á figura do pai idealizado. A relação "ética", ou melhor moralmente aceita, aproxima-se muito mais da relação familiar ideal, do que do *desejo sem barreiras* de sentir o outro em si mesmo, na sua completa dualidade de *finito-ilimitado*, e ao mesmo tempo, deixando-se ser sentido pelo outro.

A compaixão parece só ser possível enquanto revelar a semelhança da natureza de quem se compadece com

---

\* excertos traduzidos pelo autor.

quem evoca esta paixão. Em outras palavras, quanto mais semelhante, maior será o compromisso entre as partes, maior a obrigatoriedade de comiserção. No entanto, se esta é uma condição de humanidade, é também prova da finitude humana, da dependência existencial, assim como pode tornar, através da generosidade, o homem infinito.

Quando a condição para se perceber semelhante perde o contorno do familiar para tornar-se humana, transforma a compaixão racional e, necessária socialmente para não ser considerado desumano, em capacidade de sintonia com o universo, naturalmente, humana.

Este sentido, historicamente perdido, impede que as necessidades humanas, entre elas as de saúde, possam ser expressas em termos do coletivo, que há dentro de cada um. A perda desta capacidade talvez seja uma das maiores angústias do homem deste final de século. Talvez seja seu principal incômodo, e principal fonte do terror de morte deste final de século. A recuperação da capacidade de sintonizar-se, sentir-se sujeito humano, singular-genérico, finito-ilimitado, indivíduo-coletivo, talvez seja o seu principal desafio.

### Formas de Apresentação das Necessidades

As necessidades de saúde, no que refere-se à demanda por serviços de saúde, como *desejos de comunicação com uma medicina*, expressam um desejo de racionalidade que ao mesmo tempo é desejo de *acolhimento afetivo*. Este desejo manifesta-se nos indivíduos, nos corpos vibráteis em sua singularidade, assim que um incômodo torna-se percebido como risco à perseveração na existência. Tal incômodo pode ser concreto e já estar afetando o corpo no momento da percepção, como pode estar distante, na imaginação, em outro corpo "sintonizável", ou simplesmente em outro espaço.

Portanto as necessidades tendem a se expressar a partir dos corpos singulares. Apresentam-se de variadas formas, que até poderiam ser tipificadas:

- apresentando-se de forma clara e direta, na qual o desejo é mais de ação racional do que compreensão de uma racionalidade. Por exemplo: alguém se acidenta e sofre uma lesão corporal que expõe os tecidos interiores à pele; procura um serviço de saúde que lhe traga de volta a integridade da pele, que lhe "costure", racionalmente, o mais rápido possível;

- expressando-se de forma pouco clara, mas podendo ser percebidos e identificados caso o médico aplique sua técnica de

interrogatório e de exame clínico e subsidiário. Por exemplo: alguém expressa uma sensação vaga de mau estar no abdome, que durante a consulta revela uma arritmia cardíaca e sinais eletrocardiográficos típicos de um infarto do miocárdio;

- ou, expressarem de forma vaga, não podendo ser percebidas ou identificas com os instrumentos diagnósticos usuais do médico. Exemplo: alguém sofre de dor abdominal há muito tempo e não encontra médico algum que descubra o significado de seu incômodo;

- podendo expressar medos de adoecer, ou adquirir problemas corporais e psicológicos semelhantes, após contato ou vivência com alguém que está doente ou que morreu, ou, ainda, que, simplesmente, incomoda. Exemplo: alguém procura o serviço de saúde para saber qual o seu risco de adquirir meningite após ter tido contato com criança que está internada com este diagnóstico.

- podem, ainda, expressar o desejo de consumo de tecnologia médica, tais como: receber informações técnicas e orientações, realizar exames que detectem algum risco de doença ou, doença já instalada, porém não expressa, cirurgias corretivas e estéticas, medicamentos preventivos, vitaminas, etc.

- podem expressar o incômodo de sentir-se incomodante a outros corpos . Exemplos: desejos como o de corrigir uma

deformidade ou uma postura, que causa mais incômodo nos outros que na normatividade de quem a possui; ou , ainda, o desejo de perder ou ganhar peso, de tratar dos dentes, etc, porque estas situações podem estar chamando a atenção de outros; entre outras possibilidades.

Tais formas de apresentação de necessidades correspondem ao que a medicina pode oferecer através de sua tecnologia para lidar com o corpo e, ao mesmo tempo, à leitura que se pode fazer destas ofertas como alternativas de solução aos incômodos que foram percebidos.

Tais alternativas, que se conformam como técnicas, que se expressam na clínica, são insuficientes para dar conta de todas as formas de apresentação das necessidades, uma vez que o conhecimento que as gerou se distancia da *idéia de saber* como algo em constituição. Saber como projeto social a ser construído através de relações sociais éticas que se fundamentem no diálogo crítico, onde se permita sentir o outro em si, assim como sentir-se no outro.

A prática que a medicina, assim, incorporou é a prática do técnico como pleno poder de decidir o que é normal e o que é patológico, o que deve (ou não) ser atendido, o que deve ser feito (ou não) para se reestabelecer o normal.

O trabalho médico relaciona-se com necessidades de indivíduos isolados, corpos vibráteis singulares. Ne-

cessidades humanas que se tornam "conscientes" nos indivíduos isolados como necessidades do "Eu", que precisam ser satisfeitas no "Eu". É a partir do momento que estas necessidades podem obter respostas no sentido da satisfação que as mesmas se constituem. *"Não existe consumo por uma necessidade objetiva de consumir. Existe produção social de oferta e demanda dentro de um sistema de troca (de um código de significações), onde a funcionalidade dos bens e das necessidades individuais se ajusta a posteriori, racionalizando e, ao mesmo tempo, recalcando estes mecanismos estruturais fundamentais"*(OLIVEIRA, 1990, p.33).

Seguindo este raciocínio, pode-se dizer que as necessidades são socialmente determinadas no sentido de alimentar o consumo e não de satisfazê-las no sentido humano-genérico. *"E é através da legitimidade falseada das necessidades e das satisfações que se rejeita toda a questão da finalidade social, política e econômica da produtividade e de seu correlato, a consumitividade"* (OLIVEIRA, 1990, p.33)\*.

A prática médica se submete à capacidade que o desenvolvimento técnico tem de gerar oferta e demanda. As necessidades de saúde se legitimam como motivação do desenvolvimento tecnológico, mas não determinam o trabalho

\* A autora utiliza aqui os conceitos de produtividade e consumitividade de Jean BAUDRILLARD (1972) em substituição a produção e consumo, respectivamente, visto que a finalidade, no sistema capitalista de produção, é a compra e venda e não a finalidade de uso dos objetos no sentido de satisfazer necessidades concretas.

como prática médica. Portanto, se, por um lado, as necessidades carregam toda uma subjetividade singular de quem as percebe e se conscientiza das mesmas, por outro lado só podem se constituir, de fato, como necessidades a partir do momento que existe oferta tecnológica concreta de resposta às mesmas.

As necessidades não expressas no corpo singular, porém reconhecidas como necessidades sociais coletivas de saúde, são expressões do conhecimento técnico no sentido de se oferecer tecnologia orientada ao controle de doenças em coletividades. A Saúde Pública é a vertente médica responsável pela produção e execução destas tecnologias de controle. Se não se expressam como necessidades pelos indivíduos isolados, estes são o alvo central do controle. Se constituem necessidades socialmente reconhecidas, o são pelo medo de que o *não controle* do todo passa comprometer o indivíduo. Para este tipo de tecnologia, o coletivo é reconhecido como extensão dos indivíduos que o compõe. Portanto, é constante incômodo, risco iminente de descontrole e, em situações limítrofes de sua identificação, pode manifestar-se como desejo individual. Um exemplo pode deixar mais claro: o desejo que uma doença infecciosa como a AIDS seja controlada é reconhecido técnica e socialmente; no entanto, ninguém procura um serviço de saúde desejando o controle da doença ou do risco da mesma em si e, exclusivamente, para si próprio. Porém, as medidas de controle são medidas que visam o

indivíduo e, enquanto o risco de estar contaminado (ou de se contaminar) é percebido como incômodo, o desejo de comunicação com a medicina manifesta-se.

O apelo a comunicação inter-humana, entre sujeitos concretos através da produção social de conhecimentos técnicos sobre saúde e doença, é *necessidade de saúde*. Neste segundo movimento, pôde-se aproximar do processo de constituição de tais necessidades, bem como das possíveis conformações que estas adquirem ao transformarem-se em *necessidades de serviços de saúde*. Pôde-se compreender que "(...) *necessidade é sempre uma percepção e que uma avaliação da mesma depende de quem é esta percepção. A percepção do paciente não é necessariamente aquela do médico que ele consulta e, inclusive, podem estar em franco conflito*" (KNOX, 1979, p.47)\*. O próximo movimento tentará explorar a leitura médica destas necessidades, as barreiras entre os corpos vibráteis do médico e do "paciente" e a produção dos diagnósticos.

---

\* excerto traduzido pelo autor; original em inglês encontra-se na página 293, número 32, ANEXO II.

**TERCEIRO MOVIMENTO**

**Terceiro movimento: das necessidades aos diagnósticos - o processo diagnóstico**

*"A medicina moderna foi criando uma idéia de onipotência e nos dizia, de forma indireta, que todas as doenças eram curáveis e que finalmente a morte não podia existir. A cultura ocidental moderna não só passou a ignorar a morte como tentar negá-la sob todas as formas e com todos os artifícios. Poucas são as pessoas que enfrentam a morte como seu cotidiano, como algo natural. Na nossa cultura, a morte não existe."*

(Herbert de SOUZA, *A Cura da AIDS*, 1994)

Chega-se ao momento em que as necessidades, entendidas a partir do segundo movimento como *incômodos* que se expressam e se remetem no e ao corpo vibrátil, assim como em toda a sociedade, têm que se defrontar com o que se investe de autoridade legítima para equacioná-las: a *medicina*.

Portanto, após o movimento anterior onde se pode "voar" sobre o momento da constituição das necessidades por serviços de saúde, sobre as primeiras barreiras que se impõem aos corpos, que incomodam-se, afetam-se, conseguindo ou não perceberem-se e confrontarem-se com o que está cul-

turalmente estabelecido, chega-se ao momento em que tais necessidades deverão sofrer novos enfrentamentos.

São as barreiras de ordem institucional, ou seja as dos *serviços de saúde*, que irão dar uma configuração muito própria ao processo, assim como são as barreiras de ordem tecnológica, com destaque à tecnologia médica, cuja *racionalidade* associam tais barreiras às primeiras e muitas vezes as confundem.

Trata-se de um movimento em que o "vão" que se esboçou no segundo movimento assume um gesto de regresso ao primeiro movimento, ao ponto de partida, à insatisfação cotidiana com relação as práticas de atenção à saúde para as crianças em idade de frequentar escolas, mas desta vez numa busca de outro ângulo de visão e outra disposição de luta.

Trata-se de um movimento que busca uma *reterritorialização*, uma tentativa de recomposição de um território engajado num processo *desterritorializante*, de busca constante de linhas de fuga, de lutas micropolíticas, no sentido da construção de novas práticas em saúde. Trata-se, enfim, de uma busca de serviços de saúde que dêem vazão à criatividade, à liberação do desejo de compreender com mais clareza o que de fato está por trás das queixas, os incômodos reais e os desejos "capturados" daqueles que procuram tais serviços. Assim como, trata-se da busca de serviços que repensem e recriem as estratégias de planejamento, controle

e promoção da saúde no coletivo, ressaltando o que há de positivo nestas estratégias e reformulando tudo aquilo que impeça as manifestações das *pulsões processuais* da sociedade.

Neste sentido, o "vôo" pretende preparar-se para a aterrissagem neste novo território percorrendo, sem requerer muita altitude, sobre as barreiras que as necessidades de saúde, *desejos de comunicação com uma medicina*, enfrentam no cotidiano para que possam ser reconhecidas como necessidades "concretas" do ponto de vista médico. Em outras palavras, o que pode chegar aos olhos e ouvidos dos médicos e por estes ser transformado em diagnósticos e o que merece ser reconhecido como prioridade no âmbito do coletivo, através de estratégias de ação de controle.

Como já apontado acima as referidas barreiras são de ordem institucional e tecnológica. Num primeiro momento, pretende-se alçar vôo sobre as barreiras institucionais, ou seja sobre aquelas que se referem aos serviços de saúde, para depois sobrevoar o processo de elaboração de diagnósticos do médico como clínico, sobrevoar a racionalidade medicalizante e seus reflexos na elaboração de tecnologias que vizem o coletivo.

### Barreiras institucionais: os serviços de saúde e o acolhimento das necessidades

Para J. A. GUILHON ALBUQUERQUE, o objeto de uma instituição deve ser considerado tudo "*aquilo sobre cuja propriedade a instituição reivindica o monopólio de legitimidade. Definir-se como instituição é apropriar-se de um objeto*". Objeto que não pode ser "*material, como os recursos de uma organização, mas imaterial, impalpável, e o processo de apropriação desse objeto é permanente, como processo de desapropriação dos indivíduos ou de outras instituições, no que concerne ao objeto em questão. O caráter impalpável do objeto é o que permite sua desapropriação e a tendência de toda instituição a negar os limites de seu objeto.*" (ALBUQUERQUE, 1978, p. 70)

As instituições médicas como um todo, assim como os saberes específicos a elas submetidos, tem na *saúde* o objeto que as legitima como instituições. Definem-se como instituições na medida em que se apropriam da *saúde* que, de um valor e um saber inerente aos corpos, deixa de pertencer-lhes para tornar-se um saber técnico-científico de domínio médico, porém valorizado pela sociedade. Ou seja, na medida em que os corpos vibráteis, concretos, vão sendo desapropriados de um saber de expressão múltipla vinculada singularmente a eles próprios, o que é *saúde para cada um*, vai

surgindo um novo saber genérico, sobre a saúde de todos, restrito ao domínio de poucos, mas legitimado por um sujeito também genérico: a sociedade, ou a humanidade, ou ainda a nação. Surge um novo valor: a medicina com seu objeto próprio, a saúde do homem.

Tendo por objeto a saúde dos corpos, suas ações dirigem-se no sentido de superar, eliminar ou no mínimo controlar tudo que impeça este ideal. Assim, esse processo "(...) resulta na apropriação material dos recursos de instituições alternativas: o saber popular sobre o bem estar físico não é só tornado ilegítimo, ele se perde, e os recursos com que atuava são excluídos do mercado ou "voltam à natureza", isto é, deixam de ser recursos sociais. Bom exemplo disso é a flora medicinal popular." A tendência do processo de apropriação do objeto é de cada vez mais ampliar-se, pois "(...) o máximo de institucionalização possível do objeto viria a ser, por um lado a inefabilidade do objeto, de tal maneira que se torne impossível falar sobre ele sem recorrer ao ponto de vista da instituição e, por outro lado, a desapropriação total dos recursos alternativos." (idem, 1978, p. 71)

O discurso das instituições médicas, portanto ora elegerá a saúde como motivo, ora a doença. A doença, entretanto, assumirá o papel central nesse discurso, como fenómeno individual, que pode ser diagnosticada em algum momento de seu processo de estabelecimento, bem como pode ser con-

trolada ou até mesmo *previnida* através de medidas "eficazes" de combate ao *risco* de adoecer. É neste momento do controle e da prevenção que o discurso médico oficial engendra um esboço de discurso sobre a saúde referida ao coletivo.

Todo este discurso constrói-se a partir de dois constituintes fundamentais da medicina oficial: a *clínica* e a *epidemiologia*. A primeira fornecerá todos os elementos disponíveis para o *diagnóstico* da doença já instalada no corpo isolado e individualizado. A epidemiologia fornecerá o fundamento teórico de como a doença, entidade genérica, se estabelece nos indivíduos, isto é, qual é seu *mecanismo causal*, suas *formas de propagação e distribuição*, articulando as medidas ou os instrumentos que farão parte do controle e da prevenção. Portanto, a epidemiologia não só articula os discursos da saúde e da doença como articula as práticas a elas relacionadas. Faz a ponte entre o indivíduo e o coletivo, na teoria e na prática, no sentido de fazer do segundo uma extensão do primeiro.

Os *espaços* da instituição médica oficial são todos aqueles que permitem a plena prática da ação institucional, assim como aqueles que permitem a veiculação de seus discursos. São os chamados serviços de saúde, onde se pratica procedimentos médicos diretamente aos demandantes; são os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; são os serviços de vigilância epidemiológica e sanitária; são, também, os serviços voltados à formação de recursos humanos para a

saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, técnicos em geral, auxiliares, etc) e, ainda, são os serviços de divulgação em geral, incluindo a *mídia* de massa, que veiculam os recursos e técnicas desta medicina.

O *âmbito de ação* das instituições médicas como o âmbito de qualquer outra instituição deve ser definido "(...) *a partir das relações sociais que inclui, e não em função de suas fronteiras materiais.*" (...) "Isso permite, também, *estender o âmbito de uma instituição às relações e práticas sociais conexas a seu objeto, e seu único limite real são os limites de soberania de outras instituições sobre estas práticas sociais.*" (ALBUQUERQUE, 1978, p. 71) Esta extensão do âmbito de ação de uma instituição só pode ocorrer porque o objeto institucional é imaterial, impalpável, não colidindo diretamente com o objeto apropriado por outras instituições. Pelo menos não colide de forma direta. Assim, as instituições médicas podem transitar de seus espaços próprios (serviços de saúde) para espaços que não são propriamente de seu domínio, tais como: a família, a escola, a igreja, a indústria, a mídia em geral, etc. Suas práticas, assim, deixam de ser estritamente ligadas à saúde ou, mais precisamente, à cura e ao controle e prevenção de doenças, para tender a regulamentar as práticas alimentares, morais, religiosas e sexuais da sociedade, como se esta regulamen-

tação fosse uma forma concreta de prescrição para se ter saúde.

Para ALBUQUERQUE, é este caráter extensivo que "é condição para a ambição totalizante (ou totalitária) de toda instituição, que só é limitada pela extensão do âmbito de outra instituição." (idem, 1978, p. 72)

Os atores institucionais da medicina oficial são todos aqueles que executam diretamente as ações institucionalizadas através de seus discursos e técnicas, todos aqueles que gerenciam e administram os recursos necessários para que as ações ocorram, todos aqueles que produzem os discursos e as técnicas, todos aqueles que se submetem a estas práticas, e ainda aqueles que simplesmente veiculam seus discursos e suas normas.

Cada um destes atores pratica algum tipo de ação, que em conjunto com as outras ações, contraditórias ou não, complementares ou não, geram uma resultante que é a prática ou ação que justifica a instituição. "(...) Para a compreensão da prática institucional importa, sobretudo, identificar as práticas predominantes numa instituição concreta, o que nos dá a chave para a elucidação da prática institucional." (...) "Imaginar que os médicos sejam os atores cuja prática é dominante em qualquer instituição de saúde é o mesmo que imaginar (ou deduzir) que os juristas são os agentes privilegiados de qualquer instituição judiciária (como

*as prisões e reformatórios, por exemplo). É fundamental, portanto, definir concretamente os atores dominantes - agentes cuja prática tende a predominar em cada instituição concreta." (ALBUQUERQUE, 1978, pp.74-75)*

Em todos os espaços concretos do que se está chamando de instituição médica, encontram-se organizações concretas de trabalho, cujas formas de distribuição de poder variam conforme o vínculo com o público e com o estado, conforme a finalidade de suas ações, conforme a capacidade de participação da clientela e do conjunto dos profissionais envolvidos nas decisões, etc. Portanto, os atores privilegiados, bem como as práticas predominantes, irão variar dependendo do local onde o olhar para a instituição se colocar.

Ao colocar-se em um hospital público estatal de médio porte, sem dúvida o corpo médico assumirá o papel de destaque. Já num hospital público universitário, o corpo docente será o privilegiado. As grandes organizações públicas ou privadas do setor certamente terão como agentes privilegiados o corpo administrativo. Um centro de ações básicas de saúde, onde a comunidade local conquistou poder de participação nas decisões administrativas, será ator privilegiado o corpo de representantes desta comunidade. Em outras palavras, a prática predominante de uma instituição médica concreta não necessariamente tem que coincidir com a ação institucional que justifica o objeto apropriado.

*Serviços-empresas e Serviços-arremedos - Diferenças no Acolhimento*

As primeiras barreiras institucionais dos serviços de saúde voltados à atenção direta, individual e coletiva, das necessidades de saúde da população são mecânicas e estão relacionadas com as dificuldades de acesso físico aos serviços. São exemplos: a localização dos mesmos, as dificuldades de translação, dificuldades no fluxo interno dos serviços, etc.

Ultrapassadas as barreiras mecânicas de fato, surgem as barreiras que em algumas situações são quase mecânicas e que se referem à forma de acolhimento das pessoas pelos serviços. Trata-se do caráter do *acolhimento* que as necessidades recebem antes mesmo que os profissionais centrais das ações a que os serviços se propõem entrem de fato em ação. Apontar-se-á duas representações de serviços, que constituem dois extremos de extensa gama de possibilidades de serviços. Serão aqui chamadas de *serviços-empresas* e *serviços-arremedos*. Optou-se pela análise dos extremos, uma vez que a maioria dos serviços de saúde se aproximam, de alguma forma, de um ou de outro extremo.

Em serviços onde a prática predominante é a oferta de suas ações como um *produto* colocado à disposição de quem pode comprá-lo, ou seja uma *mercadoria*, dificilmente esse primeiro contato será um enfrentamento. Superada a barreira do preço, a lógica das relações interpessoais nesta situação é puro reflexo da lógica organizacional do serviço, entendido aqui como *serviço-empresa*.

As relações de mando são quase sempre relações diretas. O mandante quando não é o proprietário do serviço, é um subordinado privilegiado, um gerente com todas as prerrogativas que legitimam sua capacidade de mando. Os subordinados, atores não privilegiados, entram no "jogo" do *serviço-empresa*, conhecendo as regras que justificam sua existência: ser atencioso, agradável, facilitador em amplo sentido, ter boa aparência física, trabalhar no sentido de captar clientela. Na realidade esses subordinados acabam incorporando essas regras, que fazem parte do produto a ser vendido. É este o modelo de relação social de trabalho mais comum nas *sociedades capitalísticas*. É ainda o modelo mais fácil de se fazer aceito e admitido. Poucos são aqueles que ao procurarem um emprego têm clareza do tipo de relação de mando e de trabalho que desejariam. A *necessidade* do emprego para se inserir socialmente no mundo é mais forte que o *desejo* de predefinir o tipo de relações profissionais que o satisfariam mais. É assim, que esse modelo de organização de relações de trabalho introjeta a idéia de uma espécie de

*projeto de carreira de trabalho*. Projeto que será sempre individual, ou seja, toda criatividade individual será colocada a "serviço" do *serviço-empresa*, de seus projetos, de seus objetivos. Somado a isso, um pouco de disciplina e de espaço para o *desejo* como *ambição* pessoal, a idéia de projeto permitirá ao agente subordinado aspirar um dia ser o mandante, e porque não até proprietário da *empresa*.

Nesta lógica, privilegia-se as atitudes individuais e de defesa dos ideais e objetivos da empresa. Não há espaços para relações entre funcionários, companheiros de trabalho, tanto no sentido do projeto corporativo, pois não há motivações comuns, como não há qualquer movimento de solidariedade no trabalho ou a causas de interesse coletivo.

O que pode até ocorrer em alguns momentos é movimentação corporativa para luta salarial, mas desvinculada de qualquer movimento no sentido de ganhos qualitativos nas condições de trabalho ou de impacto na saúde da sociedade.

Em suma, num serviço médico do tipo *serviço-empresa* é condição fundamental de sua existência o *acolhimento "captativo"* de clientela. Para que isso ocorra, é necessário o desenvolvimento de uma prática médica pautada em procedimentos de vinculação baseados na progressiva criação de dependência da figura e do saber do médico. Neste processo, faz-se necessário garantir que o acesso a essa

figura e seu saber seja eficiente. Daí a necessidade de subordinados dóceis, facilitadores, suficientemente contentes com as condições de trabalho, e aspirantes a um dia tornarem-se tão proprietários como seus patrões.

Após a captação, ou melhor, a captura, a aparente boa acolhida não significa bom atendimento, ou até mesmo, atendimento satisfatório. Tal *acolhimento "captativo"* tem por objetivo a eficácia da vinculação dependente da figura do médico. A eficácia ou a qualidade do que este médico fará no consultório depende do que se tem para oferecer, do como é oferecido e, também do que está sendo procurado pelo cliente. O produto oferecido é um conhecimento, domínio de uma tecnologia, em constante transformação e aperfeiçoamento. Tecnologia que pode ser desde uma forma de ouvir e interpretar um fato, como a indicação e uso de instrumentos capazes de revelar ou quantificar alguma coisa pouco perceptível aos sentidos humanos. Tal tecnologia poderá ou não insinuar-se na dependência de múltiplos fatores, entre os quais se destacam a formação e atualização do médico e a capacidade do cliente continuar consumindo tecnologia.

Num outro extremo estão os *serviços-arremedos*, onde a prática privilegiada é a produção de serviços desvinculada de qualquer projeto, seja ele coletivo, ou de

benefício individual de seus profissionais. Aqui tudo se emperra já logo na recepção, onde sempre haverá alguém para dizer algum tipo de não. Trata-se da maioria dos serviços públicos estatais, onde o projeto de assistência á saúde como direito do cidadão e dever do estado ainda não criou vínculos concretos com os próprios serviços prestados.

Aqui as relações de mando são débeis, pouco legitimadas, onde o mandante, comumente o estado, nomeia agentes institucionais que assumirão as tarefas de mando mas com "poucos" poderes. Ou melhor, poderes reduzidos a mero instrumento burocrático e administrativo com forte caráter ameaçador e punitivo, mas na realidade débil pois raramente é sustentado pelas instâncias superiores. Portanto, tais agentes não podem se constituir como agentes privilegiados quando total e exclusivamente imbuidos destes poderes.

Embora a prática oficialmente instituída como justificativa de sua existência seja a produção de ações de saúde tanto coletivas como individuais, no cotidiano de trabalho desses serviços a prática privilegiada acaba sendo a prática do arremedo. *A prática de se fazer mais ou menos o que der para fazer.* Considerando-se que a prática predominante de um serviço é a somatória de práticas individuais de seus atores e que o projeto pouco claro, somado á ineficiência administrativa, permitindo infinitas formas de interpretação do que compete a cada um como profissional, só se pode ter como resultante alguma coisa

amorfa, sem alvo de ação: um *arremedo*. Em outras palavras, alguma coisa que permita o pleno exercício dos *micropoderes* que vão se constituindo e se reproduzindo.

A prática privilegiada do *serviço-arremedo* é a de dificultar o acesso dos usuários ao serviço, o que é interesse da maioria de seus atores, com exceção daqueles que incomodados com esta situação, muitas vezes sem mesmo ter consciência constituem uma resistência a este processo.

Médicos que não querem se comprometer nem mesmo com o horário de trabalho contratado, funcionários desmotivados, recebendo salários irrisórios, tendo como único motivo de risco de seus empregos o não cumprimento de horário, ora serão aliados, ora serão inimigos.

A condição de existência do *serviço-arremedo* é a produção de alguma coisa médica ou de saúde pública, algumas consultas, alguns atendimentos conjuntos com auxiliares, algumas supervisões, algumas notificações e a manutenção obrigatória das portas abertas por todo o período de trabalho daqueles que se inserem nos postos secundários ou orbitais à figura do médico. O acolhimento que estes serviços têm para oferecer quase sempre é de *triagem seletiva* de necessidades prioritárias, daí a necessidade de programas que delimitem bem tais prioridades e tecnologias no sentido do controle social.

Em tais serviços, a prática médica é a privilegiada, mas não há atores totalmente privilegiados. Há pactos de manutenção de privilégios e benefícios secundários distribuídos mais ou menos equitativamente entre todos. No entanto, a necessidade constante de renovação destes pactos acaba tornando-os mote de conflitos, intrigas e incidentes nas relações de trabalho. Esta situação só se sustenta na medida que os pactos de troca de benefícios se reestabelecem. Tais benefícios são inerentes a uma "boa" máquina burocrática de produzir arremedos de serviços.

Jurandir Freire COSTA chamaria este conjunto de práticas de *exercício burocrático da profissão*, que insere os sujeitos "(...) num tipo de montagem perversa das relações sociais", montagem que "(...) possui uma economia e dinâmica próprias, desvinculadas da hierarquia de valores, hegemônica no imaginário social: idéia de lei; de produtividade; de excelência de trabalho; de utilidade das ações; de não desperdício de recursos etc. Na montagem burocrática, estes valores são embaralhados com vistas a determinados fins, que só em parte são conscientemente aceitos pelos indivíduos. Como resultado, a prática crítica em relação à burocracia esbarra num obstáculo intransponível, quando tenta desfazer a máquina recorrendo a argumentos justos, no quadro dos valores ideais da cultura. O apelo ao que é consensualmente admitido como funcional, racional, útil, legítimo, responsável, competente, solidário

ou simplesmente como respeito ao elementarmente humano cai no vazio. O burocrata num certo registro, conhece tudo isto"... "Mas não pode deixar de agir como age, nem sentir como sente, porque acredita que, sem a máquina, não tem como agir, sentir ou digamos de imediato, ter satisfação ou gozar." (COSTA, 1988, p. 2)

Nos serviços-arremedos não se tem necessidade de conquistar clientela. Na realidade a demanda a este tipo de serviço não pode nem mesmo ser chamada de *clientela*. Quem demanda um serviço de saúde do tipo serviço-arremedo não pode sentir-se um *cliente* nos sentidos possíveis que esta palavra adquiriu historicamente. Não pode sentir-se protegido ou privilegiado por alguém de mais poder, pois o serviço não tem o objetivo de proteger aqueles que o demandam. Não pode sentir-se requerente de um serviço mediante retribuição direta, pois a relação se dá com a instituição genérica através de seus representantes, que já foram pagos para exercer este papel. Ou muito menos pode sentir-se consumidor de um serviço, pois não lhe é dado o direito de escolher onde, quando e por quem será atendido. É portanto no máximo um *usuário*, que pode desfrutar do serviço pelo direito de uso, mas não por qualquer relação de propriedade, pois o serviço se resguarda atrás da idéia de que é "coletivo", "público" e "gratuito".

Não há projetos coletivos concretos nem mesmo de carreira para todos aqueles que se submetem a trabalhar nes-

ses serviços. Projetos individuais frágeis podem esboçar-se. A imagem de projeto individual mais comumente expressa, é a de estar no *serviço-arremedo* temporariamente, até lograr-se experiência, para competir com mais elementos no mercado de trabalho de *serviços-empresas*.

Toda essa forma de se inserir no modo de produção de serviços de saúde terá reflexos diretos na forma de produzir as práticas de cada um dos atores envolvidos. Uma maneira de pensar e de interpretar a realidade se projeta na prática cotidiana, nas relações com o outro. Esta forma de *conhecimento social, de representação social*, respeita a ordem capitalística vigente. Esta "*ordem capitalística é projetada na realidade do mundo e na realidade psíquica. Ela incide nos esquemas de conduta, de ação de gestos, de pensamento, de sentido, de sentimento, de afeto, etc. Ela incide nas montagens da percepção, da memorização, ela incide na modelização das instâncias intra-subjetivas*" inclusive. (GUATTARI, 1986, p.42)

Este processo de subjetivação produzido em grande escala através da mídia e de outros equipamentos coletivos incide diretamente sobre a subjetividade de cada ator institucional e como diria GUATTARI "(...) *atrás da aparência da subjetividade individuada, convém procurar situar o que são os reais processos de subjetivação*" (idem, 1986, p. 322).

É nesse contexto, que serviços de saúde vão enfrentar as necessidades que lhes são aportadas. É nesse contexto que a medicina oficial irá enfrentar as queixas das crianças em idade escolar.

Antes de se prosseguir se faz necessário rever numa síntese o fluxo de pensamento que está se produzindo neste trabalho para retomá-lo em seguida.

A partir do segundo movimento está tenta-se compreender de que maneira incômodos do dia a dia vão se incorporando, modificando estados de vibrações dos corpos, que de alguma forma são percebidos através da intuição, da sensibilidade e da carga imaginativa dos corpos incomodados e outros afetados pelo mesmo incômodo. Percepções singulares, que, por sua vez, não são tão singulares assim, pois quando confrontadas com as *representações sociais* do que se estabelece socialmente como adoecimento ou risco de adoecimento se transformam no que se convencionou, socialmente, como *necessidades de saúde*.

Uma vez ultrapassada esta barreira da percepção do incômodo, que precede qualquer busca de ajuda, novas dificuldades se colocam: as dificuldades de ordem institucional e de ordem técnica. São as dificuldades encontradas ao se procurar a ajuda de um médico, que represente o conhecimento oficial que se tem dessas

necessidades. Um canal de comunicação que permita compreender o que está se passando no corpo e ao mesmo tempo uma cura, um restabelecimento de uma ordem suportável, mais próxima de uma *harmonia vibrátil*, de uma *autonomia no silêncio dos órgãos*.

As primeiras dificuldades que emergiram foram aquelas decorrentes da constatação de que o *acesso* ao médico não é direto . É intermediado pelas condições físicas e espaciais dos serviços, e principalmente pelas condições específicas de acolhimento inicial das necessidades por outros profissionais que poderão ou não facilitar esse acesso. Esses profissionais, assim como os próprios médicos *representam* alguma coisa no processo de produção das instituições médicas. Esta alguma coisa depende do tipo de espaço em que o serviço se insere. Entendendo-se por tipo de espaço todos os seus recursos (inclusive seus atores), seus objetivos de ação, seus projetos, suas relações com o público, com o Estado, enfim, com toda a sociedade.

Pôde-se ver que, já na forma de acolhimento, os diferentes tipos de serviços podem ser facilitadores do acesso (como no caso dos serviços tipo *empresa*), ou dificultadores (no caso dos serviços tipo *arremedo*). A forma de acolhimento, no entanto, não garante a mesma facilidade ou dificuldade no processo comunicativo com o médico, porém é condição fundamental para que o mesmo ocorra.

Novamente, o processo que determinará comportamentos e atitudes facilitadoras ou de compreensão, ou ainda dificultadoras ou de não compreensão, por parte de cada um dos atores envolvidos será o processo de confronto direto da representação social que se tem de cada um dos diferentes serviços de saúde e a experiência singular e possibilidade de consumo de cada um, que *deseja um processo comunicativo* com a medicina que estes serviços oferecem e representam.

Assim, tanto a constituição do *desejo de comunicação* com a medicina como a possibilidade concreta de realização deste *desejo*, ou seja, o consumo institucional de serviços médicos que o satisfaçam, estão permanentemente sobre um *processo de subjetivação* onde todos os projetos de comunicação e representações desembocam em modelos de comportamento, modelos de relações sociais, séries de investimentos, paradigmas técnico-científicos, culturais etc. Este processo permite linhas de fuga, buscas de outros territórios, que podem oferecer alternativas aos extremos apontados. Entretanto, tais alternativas estarão sempre sujeitas ao permanente processo de reterritorialização próprio das sociedades capitalistas, ou seja, sujeitos à recaptura, à remodelização, à serialização e ao controle de todas as pulsões processuais da sociedade.

**Barreiras de ordem técnica no processo diagnóstico médico:  
as máscaras e suas dificuldades**

O *acolhimento* do desejo de comunicação não encontra barreiras apenas neste primeiro contato com as instituições médicas. Independentemente do tipo de serviço, se *empresa* ou *arremedo*, dificuldades maiores poderão ocorrer no momento essencial do processo comunicativo: o encontro do médico com o sujeito ou sujeitos que o procuram, isto é, o momento do processo diagnóstico.

Passa-se agora a uma tentativa de compreensão de alguns elementos fundamentais deste processo, sem a pretensão de tentar esgotá-lo, uma vez que tal tentativa seria objetivo de uma outra tese. Tentar-se-á aqui identificar alguns aspectos que determinam, em última instância, se o desejo de comunicação pôde realizar-se ou acabou malogrando.

Parte-se da premissa de que tal encontro de subjetividades singulares envolve aspectos de ordem afetiva, cognitiva e operacional, complexos e inter-relacionados, que muitas vezes revelam que "a teoria na prática é outra".

As barreiras ao fluxo do desejo de comunicação com a medicina que frequentemente ocorrem neste processo diagnóstico serão destacadas para efeito de análise em dois

momentos constituintes: o *momento prático* do processo, onde o conhecimento técnico se expressa através do afetivo e do operativo na relação inter-humana entre o médico e o sujeito que demanda seus serviços e, o *momento teórico* exclusivo, aquele referente ao processo de produção de conhecimento técnico em medicina que servirá de referência ao cognitivo do processo.

#### *O Momento Prático do Processo (ou a Prática)*

O momento prático do processo diagnóstico é aqui definido como aquele que se dá no interior do consultório médico, quando o médico se defronta com a realidade do outro. Momento que confronta o conhecimento técnico adquirido pelo médico em tudo que leu em livros e artigos médicos de atualização, no que ouviu de professores, companheiros, mídia, nas suas experiências do dia a dia, na faculdade e na vida, com a realidade daquele que o procura *desejando* um espaço de comunicação que se efetive em alguma ação médica reconhecida pela sociedade.

Este momento de confrontamento de expectativas, desejos e afetos, parte sempre da apresentação do incômodo conscientizado como necessidade concreta de restabelecer uma ordem anterior, ou uma nova ordem, que permita a recuperação da *autonomia* sobre o próprio corpo e seus desejos. O incômodo, ao tornar-se necessidade por serviço de saúde, ou mais

especificamente, por atenção médica, constituiu-se numa necessidade de julgamento de valor que não pode mais se restringir ao julgamento autônomo de quem sofre tal incômodo, ou daqueles que o rodeiam sem a garantia do conhecimento médico consentido socialmente.

Assim constituída, a necessidade só pode ser julgada pelo conhecimento médico. Todavia, o conhecimento médico corporifica-se em médicos, sujeitos concretos, que com a sua realidade de vida, de biografia pessoal, de formação profissional, etc, farão julgamentos da realidade do outro que passam não só pelo crivo do conhecimento incorporado, mas também pelas diferentes histórias singulares de cada médico, pelas diferentes formas que cada um tem de ler o mundo, e pelos diferentes contextos em que ocorra o encontro.

Trata-se, portanto, de um momento de *vinculação* de dois ou mais corpos que criam uma situação de comunicação complexa, que envolve aspectos afetivos, cognitivos e operativos, simultaneamente. Pedro Laín ENTRALGO em seus ensaios sobre relação médico-paciente expõe bem esta idéia de simultaneidade: *"na relação médica, como em qualquer outra atividade humana, não existem ações puramente intelectivas, afetivas e operativas. Ao ver e entender, fico afetado pelo que vejo e entendo e respondo de algum modo a isso que vejo e entendo, e assim nos demais casos. Deve-se dizer, pois, que os diversos atos da relação interpessoal são preponderante-*

mente *intelectivos, afetivos ou operativos*" (ENTRALGO, 1984, p. 351)\*.

A ênfase ou a preponderância de um destes três aspectos da *relação médico-paciente* depende das *representações* que paciente e médico esperam da relação. Quanto à procura do médico, o demandante pode esperar preponderantemente *habilidade técnica* no diagnóstico e/ou no tratamento, ou *acolhimento interativo* de suas queixas e dificuldades, ou ainda *aconselhamento assimétrico* e particularizado (de quem sabe para quem não sabe propor saídas lógicas para os seus problemas).

#### *As possíveis máscaras envolvidas*

As imagens mais comuns atribuídas aos médicos são assim, respectivamente, a do super-homem tecnicamente habilitado, a do pai acolhedor e seguro, e ainda a do mestre orientador e exemplar. Na verdade, essas representações da figura do médico se confundem e o que se espera mesmo do médico é a devida *perspicácia* no sentido de que o mesmo saiba, pelo menos, escolher a máscara mais adequada ao momento dado.

A representação mais comum que o médico tem do demandante é a do "paciente", objeto de seu trabalho, restrito

\* Tradução do autor; original em espanhol encontra-se na pg. 293, número 33, ANEXO II.

ao corpo com o qual aprendeu a lidar: corpo desprovido de vitalidade, inerte, composto de órgãos e tecidos bioquímica e metabolicamente funcionantes e integrados como máquinas que compõe uma máquina maior. Em outras palavras, a vitalidade admitida é a do funcionamento coerente de seus órgãos e aparelhos; até mesmo o aparelho psíquico, que deve funcionar segundo uma determinada ordem de desenvolvimento e estruturação. Esta representação médica daquele que o procura passa a ser a representação que este tem que assumir para se relacionar com o médico. Em outras palavras, vestir essa máscara de paciente é condição preliminar de qualquer consulta ao médico.

Para o médico, a máscara que mais "gruda" é a do *super-homem* técnico, capaz de decifrar no corpo do outro o que determina a expressão de determinadas queixas, determinados sinais e efeitos de suas (do médico) ações. Para isso, espera-se do paciente a *paciência*; que o mesmo se torne corpo inerte, conjunto mecânico de órgãos, que podem ser avaliados e tratados como elementos separados porém relacionados.

A máscara de *pai acolhedor*, compreensivo, é para o médico uma opção a mais no seu processo de desenvolvimento profissional, mas quase sempre é interpretada pelos médicos, como saída para uma deficiência na formação técnica ou característica pessoal, capacidade individual, que independe de qualquer formação técnica.

Já a máscara do *mestre conselheiro* é frequentemente utilizada, mas no sentido de prescrever normas genéricas de comportamento "cientificamente" provadas como adequadas ao tipo de problema do paciente. Trata-se de uma opção a mais, porém tecnicamente menos valorizada, uma vez que seu controle ao nível de ação individual é muito relativo. Somente a prescrição assumindo amplitudes mais coletivas, e assim mais sutis, é que o *controle* torna-se mais eficaz. Assim sendo, a necessidade de gerar protocolos de orientação, conselhos ao nível do indivíduo, alimenta e se alimenta da construção de protocolos mais sólidos, cientificamente sustentados, ao nível do coletivo.

As três máscaras detêm poder\*. A máscara do *super-homem técnico* adquire espessura de real na medida em que consiga transmitir *segurança* no *procedimento* que está sendo realizado. Não importa se o *procedimento* está sendo compreendido ou não pelo paciente. Importa, sim, que este perceba que se está oferecendo o máximo de conhecimento técnico sobre o assunto que envolve o procedimento; seja através da forma de ouvir as queixas e perguntar o que é essencial ao

---

\* outras imagens podem ser construídas com relação à figura do médico, mas que não serão enfocadas neste trabalho. Uma que frequentemente ocorre, e que aqui deve ser ressaltada, é a que refere-se ao pediatra como o companheiro, que seja o pai de que a criança precisa e não tem e, ao mesmo tempo, esposo da mãe. Espera-se afeto do médico dirigido aos dois; e com relação à mãe um reforço seguro no processo de criar os filhos. A necessidade é mais de um reforço do que a mãe já sabe que deve ser feito do que uma orientação do que fazer. Outras vezes é pura carência de alguém que saiba ouvir.

diagnóstico, seja na exploração do corpo inerte através da propedêutica de exame físico e através da indicação de exames laboratoriais, como ainda na forma e na iniciativa necessária para invadir e modificar o corpo do outro. Aqui o saber não precisa ser compartilhado ou construído com o outro. O saber fazer, ou seja o domínio da *técnica*, e o perceber-agir, o domínio da *prática* e da *iniciativa* em conjunto dão intensidade à máscara; e está exatamente aí o seu poder. Poder que não pode ser contestado, pois está fundamentado na técnica e justificado na iniciativa; se algo errado ocorrer valeu a intenção, a iniciativa de atuação técnica.

A máscara do *pai acolhedor*, compreensivo, adquire espessura de realidade na medida em que consiga passar a *segurança* de que um *vínculo afetivo* foi estabelecido e uma relação de *confiança* pode ser travada. A figura do pai é aqui escolhida, pois o vínculo esperado ainda é assimétrico. Não pode ser a do irmão, que também depende da figura de um pai, ou do amigo que oferece afeto mas também está a procura de um afeto, de uma troca. O vínculo afetivo esperado é aquele de quem pode oferecer mais do que receber. Tal vínculo tem no saber deste pai (que já não é mais o super-herói da criança, ou o anti-herói da adolescência) o valor da *experiência* e o poder de indicar o certo e o errado, com a garantia de que a história singular de cada um está sendo considerada nas decisões. São os pais que têm a melhor oportu-

nidade de compreender cada momento, cada dificuldade, cada mudança de seus filhos. São dos pais que se espera a compaixão mais profunda, a capacidade de se colocar no lugar do filho, de indicar caminhos e de respeitar os caminhos escolhidos; mesmo quando os que foram optados não foram os indicados. É esta autoridade moral para sancionar ou vetar, com a *tolerância* de quem sempre está com as portas abertas, que garante ao médico, ao corporificar esta máscara, o poder de investir sobre os *corpos* e também sobre seus *desejos*. A relação aqui se dá porque a confiança não se estabeleceu apenas através da técnica, mas através da compreensão da mesma, através do saber fazer, do perceber-agir com consentimento de quem será submetido à ação. Consentimento construído através do diálogo e do vínculo estabelecido.

A terceira máscara possível é a do mestre conselheiro, que só adquire consistência de real quando pode oferecer "conselhos", cuja *lógica* é permanentemente exigida para que possam ser aceitos com *segurança*. O poder aqui está na capacidade de persuadir, de convencer que determinadas prescrições e normas têm um porquê de ser, têm uma causa, um motivo e uma finalidade. Não importa se as prescrições e normas serão ou não seguidas. O que se espera é que o médico tenha a capacidade de transmitir a *lógica* das mesmas. O "aluno" pode até questionar esta *lógica*, mas não pode negar sua existência. O conhecimento técnico respalda a *lógica* e ao médico, como um mestre, cabe transmiti-la.

Espera-se *segurança* na relação, nos três sentidos ou máscaras identificadas como preponderantemente desejáveis a partir da experiência cotidiana de trabalho do autor. São elas: a *segurança* na eficácia do procedimento garantindo a perseverança da existência como corpo vibrátil, a *segurança* no vínculo afetivo estabelecido, garantindo compaixão suficiente e sintonia de vibrações entre os corpos, e por fim *segurança* na racionalidade do conhecimento técnico envolvido na relação através do próprio procedimento e das prescrições propostas.

#### *Perspicácia e escolha adequada das máscaras*

A escolha da máscara mais adequada depende do momento. Depende da situação que se coloca em questão, do problema a ser solucionado. No entanto a escolha nem sempre é tão fácil. Quase sempre é mais fácil vestir aquela à qual se está mais "habitado". Ou simplesmente aquela que é possível...

A escolha da melhor máscara para o melhor momento determinará não só a forma como se dará a relação médico-"paciente" em seu aspecto afetivo, como também em seus aspectos cognitivos e operativos. A oportuna escolha da máscara por parte do médico é o que garante o que mais se espera dele: a *perspicácia*.

Quando se trata de uma situação em que a máscara do *super-homem técnico* pode e deve ganhar sua máxima intensidade, como nas situações de extrema urgência em que a atuação do médico determina se haverá vida ou se haverá morte, a perspicácia está exatamente na capacidade de vesti-la com rapidez e competência. Em outras situações nem sempre a máscara mais perspicaz será a do *super-homem técnico*, embora a atuação possa ocorrer sem prejuízos para a vida, num âmbito exclusivamente técnico, racional, sem que um maior grau de envolvimento afetivo possa se expressar.

Trata-se aqui das necessidades expressas através de queixas e sinais que podem ter como significado outros incômodos que podem muitas vezes impedir a resolução das primeiras. Espera-se então a perspicácia que permita ao que está oculto poder emergir. Trata-se da necessidade de se fazer ouvido e compreendido, e muitas vezes decifrado ou interpretado. A necessidade, aqui, dirige-se à tolerância e penetrância suficiente para esta percepção. Portanto, a máscara esperada aproxima-se da do *pai acolhedor*. Em outras situações, espera-se apenas uma explicação lógica para determinado fato ou ocorrência e a máscara desejada é a do *meestre conselheiro*.

Quando se referiu às necessidades de saúde das pessoas no segundo movimento deste trabalho, aproximou-se muito da idéia de que quando se fala de necessidades de saúde como *desejo de fluir a vida do corpo vibrátil*, fala-se

do desejo de comunicação e do desejo de acolhimento do que se tem a dizer. Pois bem, no que se refere às necessidades de serviços de saúde, o que se espera dos profissionais que nele trabalham é exatamente isto, a *perspicácia* de seus profissionais nesse sentido. Ou seja, ao se procurar algum serviço de saúde, espera-se encontrar interlocutores perspicazes, dotados de um "*espírito penetrante, sutil; capaz de perceber aquilo que escapa à maioria das pessoas*". (ROBERT, 1967, p. 1411) Espera-se agudeza de espírito, lucidez, clareza, observação sutil, penetrância.

Tentando entender um pouco melhor o que se está chamando aqui de *perspicácia*, torna-se importante...

Outra aterrissagem:

Alguem lê um livro e consegue se ver nele. O livro chama-se *Solte os Cachorros* de Adélia Prado, e uma vontade louca de soltar tudo o que está contido passa a habitar o coração de quem lê. Talvez a forma mais simples seja ler um pouco do que está escrito e a partir daí voltar a voar novamente:

*"Tem base? Tudo quanto é novidade, pra cima de mim: dor nas costas, no estômago, boca amargando com gosto de fel, de azinhavre, de cabo de sombrinha. Como, fico cheia, não como, fico fraca. Do começo da goela até na boca do estômago, como se tivesse um talo de bambu enfiado, uma espécie de tristeza me sujando. Doutor falava: põe a mão onde é que dói. Eu punha, ele explicava: aí não é estômago não, é in-*

*testino. É doutor? É, e ninguém tem fígado não se-  
nhora. Fígado só adocece de duas coisas, cirrose e  
cancer. Aí eu gelava. Foi indo, foi indo, eu tirei  
chapa, deitada, de costas, em pé, não deu absoluta-  
mente nada. Sabe o que mais? Tomei foi remédio pra  
toda qualidade de verme. Tem base? Melhor. Graças a  
Deus."...*

(Adélia PRADO, *Solte os Cachorros*, 1987, p. 32)

A expressão *soltar os cachorros* em português coloquial carrega um desejo de comunicação de tal força, que está pronto a se liberar a qualquer momento, independente de quem vá ouvir; ocorre quando o desejo está há muito tempo reprimido e não há mais como segurar... Precisa ser expulso, não há mais controle, o corpo entra em guerra contra si mesmo e descontrolado *solta* tudo o que está represado. Os leitores de *Solte os cachorros* de Adélia Prado não têm como fugir dos *cachorros* que a protagonista, uma mulher de quarenta anos, oprimida e humilhada, decide soltar. Pelo contrário, a esses cachorros fica-se preso; a cada página uma identificação, uma mulher de quarenta anos querendo gritar dentro de cada um.

O excerto visitado acima exprime em linguagem e lógica literária muito do que se quer expressar aqui como desejo de *perspicácia médica*, quando um corpo aflito com alguma sensação ou alteração dentro de si procura um médico para se comunicar. E ao mesmo tempo exprime a indignação

forçosamente reprimida (e felizmente liberada) diante da falta de perspicácia do médico.

A sensação vaga de gosto amargo, de dor aguda no estômago como um "talo de bambu enfiado", ou de "uma espécie de tristeza" sujando por dentro são queixas que foram reduzidas a vermes, após desqualificação de qualquer tentativa de maior explicitação do problema por parte da mulher. Tais queixas mereciam um espírito mais penetrante, mais sutil, capaz de fazer uma leitura mais profunda da realidade da mulher. No entanto, foram tratadas no sentido de represá-las ainda mais, como "vermes", importantes símbolos do que mais incomoda, o que parasita.

Percebendo que o problema não tinha expressão física detectável com sua propedêutica, o médico decide por um fim ao incômodo que os incômodos da mulher lhe produziam. Afastada a possibilidade de morte, afastada a possibilidade de estar errando, deixando passar um câncer ou uma cirrose, o médico propõe uma saída: contente-se com os vermes, mesmo que todos exames estejam negativos, pois poderia ser coisa pior.

Esta situação tão cotidiana do trabalho médico, a dificuldade de vestir a máscara do *pai acolhedor*, acaba por transformar o *super-homem técnico* em *super-homem canastrão*, ao propor saídas que satisfaçam a repressão dos medos (tanto do demandante como do médico) ao invés de enfrentá-los. Cabe

aqui uma tentativa de análise dessa situação, que permita identificar, no momento prático de trabalho médico, a barreira definitiva para que as necessidades de saúde acabem por ser reduzidas aos fatos que os corpos venham, porventura, permitir uma leitura direta; ou até mesmo interpretadas como "pseudo-fatos", que representem uma leitura aparentemente mais racional - porém inverídica - das necessidades.

Esta redução de todas as necessidades de saúde aos fatos do corpo, *objetos* de estudo bem delimitados da medicina em sua conformação tecnológica atual, gera a tal da insatisfação que muitos profissionais médicos expressam no decorrer do exercício profissional. Trata-se da necessidade de manter o *poder* da máscara sem ter condições suficientes e satisfatórias para mantê-lo. Não dá para ser o tempo todo pai, mestre e/ou super-homem sem passar a lançar mão de pseudo-explicações, de vermes que justificam tudo, de falsos sorrisos, enfim, de atuações medíocres próprias dos canastrões.

A linha de fuga para tal insatisfação talvez esteja em renunciar a muito deste poder, talvez esteja em encontrar e esgotar os limites do acolhimento, da racionalidade e da técnica que as figuras do pai, do mestre e do super-homem técnico trazem consigo.

Talvez esteja na capacidade de renunciar ao poder das figuras idealizadas para assumir e dar consistência a

novas alternativas de máscaras, mais criativas, mais intensas, sem deixar de ser suficientemente acolhedoras, portadoras de um conhecimento racional do corpo e (se possível) de seus desejos cujo limite talvez esteja na assunção da própria irracionalidade dos corpos e dos desejos. E que a atuação técnica passe a ser encarada como extensão desses limites, ou seja, o amálgama dos limites da relação suficientemente afetuosa com os limites da racionalidade do conhecimento técnico.

Trata-se, portanto, de uma renúncia ao *pseudo-saber*, que muitas vezes se vincula ao corpo de técnicas e práticas do médico, tornando-as um *poder ilimitado* de dominação, e, ao mesmo tempo, uma renúncia ao *pseudo-afeto* do acolhimento tolerante sem limites, que muito se aproxima do amor paterno sufocante. Ao renunciar a tais formas de dominação, não significa que se está renunciando ao poder que o saber vinculado ao corpo de técnicas e práticas que a medicina oferece, mas sim que este mesmo saber deve ser incorporado pelo médico de forma crítica.

Esta incorporação do saber de forma crítica, ou seja, garantindo sempre a possibilidade de revolta prática no próprio seio deste conhecimento, gera o constante devir de novos saberes que disputam hegemonia no cotidiano.

Garante, como diria Foucault, a *liberdade* como possibilidade de *revolta micropolítica* ao poder que certos saberes, vinculados a técnicas e práticas, exercem sobre todos.

*A necessidade de vínculo afetivo eticamente suficiente*

Se não é possível ser o tempo todo um pai acolhedor de todas as mazelas daqueles que o procuram, surgem alternativas no processo de construção de novas máscaras, que vão da negação radical da figura paterna, ou seja, a não garantia e a não segurança de nada, até a construção de máscaras que se tornam intensas ao incorporarem a escuta afetiva como elemento técnico essencial do processo. Entre uma e outra tendência, inúmeras possibilidades se colocam.

A primeira tendência, que elimina radicalmente a possibilidade de qualquer envolvimento afetivo do médico com o "paciente", engendra máscaras que, mesmo do ponto de vista técnico, são difíceis de manter. Pode-se dizer que esta tendência nega qualquer possibilidade de que uma máscara se torne consistente. Esta tendência na radicalidade exclui qualquer tentativa ou esforço de assegurar alguma coisa ao "paciente". Nem mesmo a produção do trabalho técnico que, aparentemente, seja "exclusivamente" técnico, pode excluir radicalmente alguma forma de envolvimento afetivo com os

corpos vibráteis. Tentando exemplificar, até mesmo médicos que se distanciam radicalmente dos corpos vibráteis, tais como os patologistas clínicos, anatomo-patologistas, e radiologistas, precisam envolver-se com o resultados de suas análises. Laudos que não chegam a tempo, ou discrepâncias significativas entre laudo e diagnóstico clínico não comunicadas invalidam o esforço técnico empreendido. Portanto, até mesmo estes profissionais, que aparentemente estão mais distantes dos corpos vibráteis e, assim, mais distantes da relação afetiva para com os mesmos, precisam dar intensidade não somente a qualidade técnica de seu trabalho, mas também a qualidade afetiva que o mesmo inclui, tais como preocupações com o tempo entre a chegada do material para análise e o resultado, possíveis aberrações entre diagnósticos clínico e de análise laboratorial, etc.

A outra tendência encontra dificuldades em ganhar consistência na medida em que o desenvolvimento tecnológico tende a afastar os corpos vibráteis do médico e do "paciente". A possibilidade do diálogo entre estas duas partes sofre, segundo Stanley Joel REISER (1978), um declínio proporcional ao processo de desenvolvimento tecnológico de instrumentos cada vez mais "eficazes" para o diagnóstico clínico. Este processo teria iniciado com o desenvolvimento do estetoscópio de Laennec. Escreve REISER: "(...) *O estetoscópio auxiliou criar o médico objetivo que podia desvincular-se das idéias e palavras dos pacientes.*" (...) "Ao es-

tetoscópio juntaram-se na segunda metade do século dezenove outros instrumentos projetados para investigar o que estava abaixo da superfície corpórea, para detectar sinais internos de doenças - o oftalmoscópio (introduzido em 1850) e o laringoscópio (1855). A evidência interna de doença avança com tais invenções e, a partir de outras como o raio-X (1895) e o eletrocardiógrafo (1901), que substituíram as informações obtidas pelo próprio sensorio do médico por outras geradas pelas máquinas, desgastaram ainda mais o uso do diálogo no diagnóstico" (REISER, 1978b, p. 306 e p. 307)\*.

Esta necessidade de diálogo nada mais é que o acolhimento através da escuta de tudo aquilo que se tem para dizer e dos sentidos que o dito e o não dito possam estar expressando. É neste processo de dizer, e muitas vezes não dizer, que se elabora o que está incomodando, o que está engastado, e o que está repetindo. Quando o incômodo já expressa sintomas e sinais no corpo, o que se tem para dizer são as características destas expressões, bem como a cronologia dos fatos do corpo com outros eventos da vida e o que se espera é uma ação do médico, uma explicação lógica, uma compreensão de um sentido, um diagnóstico, uma saída (tratamento) e uma noção do que pode acontecer em seguida (um prognóstico). Muitas vezes, a situação colocada é outra e a resposta do médico ou a orientação em algum sentido nem

\* excerto traduzido pelo autor.

mesmo é solicitada; e, o que se deseja é a escuta tolerante e afetiva, onde o outro pode se expressar para alguém que tenta compreendê-lo como um todo.

O desejo indica uma necessidade do autor: descer à terra, novamente.

Desta vez percebendo-se no corpo de um médico, que no consultório, atrás da escrivaninha, acaba de receber um jovem que lhe aparenta ter 11 ou 12 anos.

Cabisbaixo, o jovem senta-se na cadeira de paciente e, assumindo totalmente este papel, aguarda que o médico lhe fale alguma coisa. As costas curvas parecem não poder se permitir o encosto... Alguns segundos se passam, e o médico, quebrando o incômodo silêncio, pergunta:

- O que está acontecendo?

- Acho que é sinusite, uma dor forte bem aqui! - aponta a fronte como se quizesse arrancá-la.

- Faz muito tempo que tem esta dor?

- Ah! Acho que desde que comecei a trabalhar de dia e estudar de noite...

- Trabalhar?! Quantos anos você tem?

- 14. Faço quinze o mês que vem...

Uma surpresa misturada com autorepreensão por ter julgado mal a idade do rapaz se exterioriza de forma tão espontânea que de imediato atinge o adolescente, que, por sua vez, logo se põe a justificar-se:

- É... Este é um outro problema... Não estou crescendo,..., nem parece que já tenho quase 15. Todo mundo pensa que eu sou mais novo...

- Sim. - responde o médico, sentindo-se "moralmente" mais aliviado. - E com que está trabalhando?

- Faço xerox numa papelaria...

A imagem da luz do aparelho de fotocópias invade a vista do médico. A agitação sonora de pessoas impacientes aguardando cópias invade os ouvidos. Por um breve momento, do consultório parece ter se deslocado para o local onde trabalha o rapaz... Era um pouco ele... Uma sensação de querer sair dali penetra o médico... E sair de raiva do incômodo das pessoas, que pareciam não compreender que ele era insuficiente para dar conta de tudo... De repente, percebe-se divagando e ao retornar ao consultório pôde ainda ouvir um pouco do que o rapaz continuava falando...

- São oito horas todo dia... e depois ainda tem que ir para a escola...

- E como é esta dor? - interrompe o médico.

- É uma dor pesada, que fica corroendo por dentro...

- Sente também o nariz entupido?

- De vez em quando... mais quando estou resfriado...

- Em que horas você mais sente a dor?

- Varia. As vezes acordo com ela. Outras vezes acordo bem e ela aparece no serviço... O chefe acha que eu não quero trabalhar... Já disse que qualquer dia vai me devolver pra Guardinha...

- E nos finais de semana? pergunta o médico.

- Ai, nem lembro que tenho dor...

- Há quanto tempo mesmo você está trabalhando de dia e estudando à noite?

- Já faz um ano, mais ou menos...

Pode-se sentir o alívio, e ao mesmo tempo a sensação muito próxima da dor do rapaz que o médico está a sintonizar.

O alívio é pela razão que se interpõe. Ou seja, pelo fato da dor ocorrer há tanto tempo e assim não significar nada tão grave ou de risco à vida.

A dor é um misto de sensação pulsátil na fronte, vontade de arrancar alguma coisa com a mão, luz intermitente

de xeróx, ruído de pessoas apreensivas, cheiro de cansaço e suor, tato detectando aspereza em folhas de papel sulfite, que precisam ser separadas e reagrupadas...

A mistura de alívio e dor conformam uma nova postura física ao médico. Muito próxima a do rapaz frágil e encurvado. Porém rapidamente corrigida. Pode-se sentir o outro sem deixar de ser ele mesmo... Pode se recompor sem muito esforço...

Uma preocupação, no entanto, faz-se presente: a baixa estatura e o corpo ainda delicado num jovem de quase 15 anos..., talvez significasse (com a cefaléia) alguma coisa... A razão reassume e engendra inseguranças e dúvidas... Talvez um raio-X caísse bem...

Novamente o medo de estar errando se apodera do médico. Checa a curva de crescimento... Pergunta:

- Na sua família as pessoas são muito altas?

- Meu pai é bem alto, minha mãe é baixinha... Eu puxei o lado dela... meus tios não cresceram muito... Acho que sou assim por ela...

- Você tem irmãos?

- Tenho o Carlinhos. O senhor conhece... Minha mãe está sempre com ele aqui... Ele tem bronquite e também é pequeno.. não cresce como eu...

A curva de crescimento demonstra baixa estatura, porém velocidade de crescimento adequada.

A imagem da família como um todo, os sinais de situação econômica precária, a mãe pequenininha... O irmão também... desnutrido... Tudo se conforma como indício de um quadro de baixa estatura mista com componentes constitucionais, maturação familiar lenta e um pouco de desnutrição.

Apesar de tranqüilo com possíveis riscos de que algum distúrbio grave pudesse estar por detrás das queixas apresentadas, o médico propõe um exame físico.

O rapaz aceita...

O médico logo pode perceber o corpo vibrátil do jovem sobre a maca. Pode-se sentir o pulsar cada vez mais rápido do coração do jovem ao se despir das roupas. Pode-se perceber a captação destas vibrações no corpo do médico. São um misto de medo e necessidade de superá-lo. Medo de ver e de ser visto, como se ver o corpo nú do jovem revelasse algo do próprio corpo do médico.

A face ruborizada do jovem pode logo se recompor assim que o médico ameniza com alguma conversa a proximidade o contato físicos através de suas mãos sobre o corpo vibrátil posto ao exame.

- Você disse que nos finais de semana não sente dor. O que acontece? - pergunta o médico puxando o braço do rapaz para verificar a pressão arterial.

- Ah! Eu gosto de jogar bola... e sempre vou no ... clube - responde sentindo o desconforto do aparelho lhe apertando o braço.

O corpo deixa de ser propriedade exclusiva do jovem, que percebe a posse que o médico julga ter do mesmo corpo, manipulando-o como se fosse um boneco.

- Você joga bola no clube?

- Não... É um clube de dança... uma discoteca com DJ e tudo...

- Dança? Você gosta?

...

O jovem percebe que não é para responder, pois o médico já colocou o estetoscópio no ouvido e está a escutar seu coração.

- Ah! Você gosta de dançar! - comenta o médico como se tivesse ouvido de dentro do coração.

- Não perco um sábado. É onde a turma se reúne e fica até tarde dançando...

- E do que vocês gostam de dançar? - pergunta o médico já palpando o abdome.

- Funk... Rock... Hip hop... Até música sertaneja a gente gosta...

O desconforto parece que já vai terminar, quando o médico pede para ver os genitais.

Meio sem jeito, e voltando a ficar ruborizado, o rapaz abaixa a cueca.

Os genitais aparentam desenvolvimento de início da puberdade. Talvez um pouco atrasado, mas compatível com o restante do exame... um jovem está prestes a adolecer... os testículos são a prova...

Fim de permissão à invasão do médico. O jovem rapidamente volta a se vestir. Fim do incômodo para os dois...

O médico confronta o incômodo do xeróx lotado com a sensação também incomodativa (para ele é claro) da discoteca abarrotada de gente pulando... Uma aparente contradição, que pode ser logo desfeita ao sentir-se no corpo do jovem dançando sem preocupações...

Tudo parece se explicar...

- Acho que você deveria procurar um emprego onde pudesse dançar...

- Acho que é isso mesmo... - responde o rapaz aparentando satisfação com o atendimento.

A disposição para a escuta é a essência da necessidade, do desejo de comunicação com a medicina. Na maioria das vezes esta disposição é eticamente suficiente, quando permite a expressão da necessidade além do fato biológico, mas admitindo-a, ao mesmo tempo, como valor socialmente reconhecido, e, ainda, como desejo de vida que pulsa no corpo

do outro. O diálogo necessário, o diálogo ético é aquele que reconhece a necessidade apresentada nestes três aspectos (fato biológico, direito social, e como desejo), e, ao mesmo tempo, é suficientemente perspicaz para identificar os limites da atuação médica em cada situação concreta.

Neste século, a possibilidade de um diálogo ético e perspicaz entre médico e sujeito demandante, tem sido cada vez mais obstruída por vários problemas que também estão presentes em outras relações interhumanas. No que tange à especificidade da relação médico-"paciente", o dizível perde valor com relação ao perceptível, com destaque ao que é visível. O desenvolvimento tecnológico da medicina moderna caminha cada vez mais no sentido de afastar os corpos do médico e do sujeito que o procura. "(...) *Vive-se numa era médica que coloca a mais alta confiança no testemunho da máquina. Os números gerados por análises laboratoriais, os gráficos gerados por aparelhos como eletrocardiógrafos, e as imagens impressas por computadores são geralmente credenciadas como livres de variáveis intervenientes (bias-free); determinações objetivas, que são inerentemente mais valiosas e confiáveis que as evidências oferecidas pelos pacientes*" (REISER, 1978b, p. 312)\*.

---

\* Excerto traduzido pelo autor.

Tal tecnologia, valiosa em inúmeras situações e eticamente necessária em tantas outras, só pode ser de fato considerada avanço quando bem indicada, quando não é panacéia para tudo, quando fizer parte da perspicácia médica. No entanto, são vários os motivos para que a mesma tecnologia deixe de ser valiosa e para se interpor entre o médico e o "paciente". Para compreender em parte os motivos que levam a representação social que se tem da tecnologia médica como instrumento infalível, faz-se necessário sobrevoar outro momento do processo diagnóstico. O momento que aqui será chamado de teórico, ou seja, sobre a racionalidade médica.

#### *Momento teórico do Processo (ou a Racionalidade)*

Este momento refere-se à racionalidade médica envolvida no processo de elaboração diagnóstica. Trata-se do momento de produção de tecnologia\*\*, que será, de alguma forma, incorporada pelo médico em seu processo de trabalho. Interessa, aqui, apontar alguns aspectos desta racionalidade que constituem barreiras no processo de comunicação das necessidades de saúde e a medicina.

---

\*\* Tecnologia será, aqui, entendida no sentido de conjunto de conhecimentos, construídos a partir de princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade humana.

Todo este desenvolvimento tecnológico possibilitou transformações significativas e inquestionáveis no conhecimento e controle das doenças. As conquistas na objetivação do diagnóstico e nas estratégias de intervenção e controle da maioria das doenças infecciosas têm estimulado tentativas similares com relação às doenças neoplásicas, crônico-degenerativas, e infecciosas, cujo tratamento específico, ao nível individual, não é conhecido como é o caso da AIDS. Através do modelo epidemiológico da *história natural da doença*, tenta-se uma intervenção em algum momento do processo saúde-doença, seja procurando afastar riscos estatisticamente associados ao processo mórbido, seja através da detecção de estadios precoces da doença já instalada, podendo aí debelá-la ou contorná-la.

Entretanto, muitas dificuldades ocorrem quando se tenta transpor este modelo de controle para todas as situações apresentadas aos serviços de saúde. A principal dificuldade está em delimitar o recorte do que pode ou não ser considerado do âmbito do trabalho médico. Esta dificuldade no recorte tecnológico do que pertence ou não ao campo de ação médica tem produzido efeitos sobre toda a sociedade, e a conseqüente *medicalização* de vários problemas que, de longe, são exclusivamente médicos, ou até mesmo tenham a ver com soluções que passem pela medicina.

### *Sobre a tendência à medicalização*

A palavra medicalização tem sido usada com sentidos diferentes entre os diversos autores que se preocupam, de uma forma ou de outra, com este processo. Aqui, deverá ser entendida como tendência do processo de produção de tecnologia médica e da sociedade como um todo em oferecer e reconhecer linhas de fuga para a maioria de problemas sociais. A sociedade passa a ser um corpo social com múltiplos focos de doença e assim é preciso lançar mão do conjunto de conhecimento médico, da explicação médica para seus fracassos e descaminhos. Assim, desenvolvem-se uma poderosa indústria de equipamentos e medicamentos e, mercados de trabalho crescentes para médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e até pedagogos e professores de Educação Física. Multiplicam-se, assim, leituras e concepções de saúde e doença, estratégias de ações "preventivas" que visam o consumo de saúde (*check-ups*, práticas esportivas, etc), e até mesmo "doenças" e "distúrbios" para todas as faixas etárias.

Uma aterrissagem sobre um resumo de artigo da literatura médica sobre os chamados distúrbios de atenção pode exemplificar esta tendência e, ao mesmo tempo, oferecer alguns elementos para a compreensão do momento teórico como barreira do processo diagnóstico.

HYND, George W. *Corpus Callosum Morphology in Attention Deficit-Hiperativity Disorder: Morphometric Analysis Analysis of MRI*. *Journal of Learning Disabilities*, 1991; 3: 141-6.

"Embora a evidência comportamental dê suporte à noção de que deficit de atenção-distúrbio de hiperatividade (ADHD) está relacionada com disfunção do sistema nervoso, há pouca evidência direta para revelar que sistemas neurometabólicos ou estruturas cerebrais estão envolvidas. Estudos recentes com imagens de ressonância magnética (MRI - magnetic resonance imaging, em inglês) sugerem que, comparadas com controles não inábeis, crianças ADHD podem ter uma região frontal direita de menor tamanho. Análises morfométricas de MRI scans nesse estudo exploratório para determinar se variação regional correlatada poderia existir no corpo caloso de crianças com ADHD. Enquanto todos MRI scans foram aceitos e julgados clinicamente normais, a análise morfométrica revelou que, comparadas aos controles não acometidos, as crianças ADHD tinham um menor corpo caloso, particularmente, na região do joelho e splenium, e na área justa-anterior ao splenium. Fibras inter-hemisféricas nessas regiões interconectam o frontal direito e esquerdo, occipital parietal, e regiões temporais posteriores. Estes resultados sugerem que diferenças sutis podem existir nos cérebros de crianças com ADHD e que desvios na corticogênese normal pode estar subjacente às manifestações comportamentais deste distúrbio" (HYND, 1991, p. 141)\*.

---

\* Excerto traduzido pelo autor; original em inglês encontra-se na página 294, número 34, ANEXO II.

O exemplo de publicação acima apresentado na íntegra de seu *abstract* não pode ser tomado como representativo do que se estava chamando de *tendência à medicalização* da produção técnico-científica da *medicina*, nem mesmo como representativo da área específica do conhecimento a que se refere, ou seja, os distúrbios de aprendizagem. Por outro lado, é uma publicação tomada ao acaso do *Index Medicus*, com o intuito de se oferecer um exemplo de discurso *medicalizante* produzido pela tecnologia médica. O acaso refere-se à escolha de um título sugestivo do que se quer apontar sem a prévia leitura do mesmo.

O tema refere-se a um problema frequente entre as *crianças e adolescentes em idade de frequentar escola* e motivo também frequente de procura médica: o fracasso escolar. Escolheu-se, entre as possíveis causas apontadas pela medicina para o fracasso escolar, o *déficit de atenção e hiperatividade*, por ser um tema polêmico, que frequentemente é submetido a críticas com relação às dificuldades de se comprovar (dentro dos parâmetros científicos) a existência desta "doença".

Maria Aparecida A. MOYSES e Cecília A. L. COLLARES em artigo intitulado de "A História Não Contada dos Distúrbios de Aprendizagem" reconstróem a história da inconsistência teórica dessa tentativa de construção de uma explicação científica aos chamados distúrbios de aprendizagem. Utilizam como modelo, para se recuperar a história dos

distúrbios de aprendizagem como entidades nosológicas principalmente do âmbito da neurologia, o caso das *dislexias*; mais precisamente, de uma entidade chamada *dislexia específica de evolução*, que hoje evoluiu para uma designação mais genérica de *déficit de atenção e distúrbio de hiperatividade* (sigla em inglês: ADHD).

A polêmica em torno desta entidade, escrevem as autoras, "(...) decorre do emprego do 'raciocínio clínico tradicional' frente a problemas sociais. Esse tipo de raciocínio ( se A causa B, B só pode ser causado por A) estrutura-se na origem da própria medicina como ciência, ... hoje, admite-se a limitação desse raciocínio para a compreensão mesmo desse tipo de doenças ( as doenças contagiosas). Entretanto a formação inadequada e acrítica dos profissionais de saúde permite que seja usado indiscriminadamente, frente a questões de qualquer tipo, mesmo quando não são significativos os fatores biológicos. Assim, levando esse raciocínio ao limite, teríamos: 'se uma doença neurológica pode comprometer o domínio da linguagem escrita (levar a uma dislexia), será que a criança que não aprende a ler e escrever não teria uma doença neurológica?' E é exatamente assim que se inicia, há quase um século, esta longa história de equívocos e mitos, não acidentais" com relação à explicação do fracasso escolar através de problemas neurológicos (MOYSES, 1992, p. 33).

Ao desenvolverem a historicidade desta produção de conhecimentos, as referidas autoras relatam que desde o início tentou-se, sem sucesso e mesmo sem bases empíricas, demonstrar que os distúrbios de comportamento e de aprendizagem estariam associados a possíveis *lesões cerebrais mínimas*. Pesquisas do começo deste século são financiadas pela Fundação Rockefeller para pesquisar a *cegueira verbal congênita*, outra denominação com caráter nosológico dada para dificuldades de leitura.

De *lesão cerebral mínima* (versão *anatomo-patológica*) que não se podia provar com os recursos tecnológicos existentes na época passa-se à tentativa de identificar uma explicação *fisiopatológica* para a "doença". "(...) Essa "doença" teria por manifestações clínicas: hiperatividade, agressividade, distúrbio de aprendizagem, distúrbio de linguagem, incoordenação motora, déficit de concentração, instabilidade do humor, baixa tolerância a frustrações e outras menos comuns. Chama a atenção que todas as manifestações referem-se a comportamento e/ou à cognição; além disso nenhuma é obrigatória, não existe número mínimo de sintomas, qualquer combinação é suficiente. Inexistem critérios que objetivem o que se entende por exemplo, por agressividade, hiperatividade, distúrbios de comportamento ou de aprendizagem e todos os outros sintomas. Ainda no conceito inicial, são obrigatórios: inteligência normal; exame físico (incluindo o neurológico) normal ou com alterações

"*minor*", raio-x de crânio normal, eletroencefalograma normal ou com alterações "*minor*", qualquer exame laboratorial normal" (MOYSES, 1992a, p. 37). Ou seja, a "doença" fisiopatologicamente orgânica baseia-se "na ausência obrigatória de qualquer alteração objetiva. Enfim, baseia-se na normalidade, o oposto do objeto habitual da medicina. Porém, ao se recuperar a história da DCM, a impossibilidade de se comprovar a existência de anormalidade biológica é gritante. Daí a única saída dentro do campo médico é presumir uma disfunção (alteração de função sem correspondência anatômica). Porém quando se fala em qualquer outra patologia por disfunção, existem, muito bem estabelecidos, os critérios para seu diagnóstico, que incluem alterações laboratoriais determinadas." (MOYSES, 1992a, pp.37-8)

Essas teorias conseguem legitimarem-se a partir da década de sessenta, principalmente nos EUA, quando o mundo encontra-se num contexto de mudanças sociais importantes. "A guerra fria está em momento especialmente delicado; revolução cubana; guerra do Vietnã... Em todo o mundo, a juventude contesta com violência todos os valores estabelecidos."... "A corrida espacial, a política de integração racial obrigatória nas escolas implantada por Kennedy... O sistema escolar americano (e em todo mundo) em crise, questionado de um lado pelos jovens e de outro, por outros motivos, pela sociedade... Ao fracasso previsível e "explicável" de negros,

*soma-se agora o inesperado e inexplicável fracasso da classe média branca.*" (MOYSES, 1992a, p. 39)

Diante este contexto de fortes conflitos sociais impõe-se à ciência a elaboração de argumentos que não só justificassem a essência do homem como diferente de um indivíduo para outro, mas também que desviasse o foco das explicações dos determinismos coletivos e sociais para os determinismos biológicos e individuais. "*O reducionismo biológico pretende que a situação e o destino de indivíduos e grupos possam ser explicados por - e reduzidos a - características individuais. As circunstâncias sociais teriam influência mínima, isentando-se de responsabilidades o sistema sociopolítico e cada um de seus integrantes. Dessa concepção decorre que o indivíduo é o maior responsável por seu destino, por sua condição de vida.*" (MOYSES, 1992a, p.39) Esse reducionismo biológico da sociedade e seu apoio em bases "técnicas e científicas", assim como a negação acrítica por parte da corrente positivista de ciência de que nem tudo pode ser explicado através de seu *método experimental*, de suas formas de *administração de provas*, de seus *meios técnicos* de interpretar resultados, e, ainda a negação de outros métodos como a *reconstrução histórica*, apoio em outras formas de conhecimento como a filosofia, a psicanálise, etc., têm propiciado fortes obstáculos para o desenvolvimento da própria ciência.

Pode-se observar como exemplo de obstáculo epistemológico a publicação de artigos recentes como o apresentado

acima sobre o assunto *distúrbios de atenção*, ou ADHD (siglas e designações que se multiplicam tentando apagar as dificuldades de se obter consenso científico sobre o assunto: *cegueira verbal congênita, strephosymbolia, dislexia específica de evolução, lesão cerebral mínima, DCM, ADD, ADHD, ...*). Ou seja, enquanto a ciência não reconhecer os limites de seu próprio método de investigação e análise, continuará andando em círculos. O artigo que tenta demonstrar através da análise morfométrica de imagens tomográficas a existência de alterações estruturais quantitativamente demonstradas por análises também computadorizadas, é exemplo cabal de uma volta ao que tentou-se explicar, sem sucesso em 1918. A hipótese da *lesão cerebral mínima* de Strauss. Porém utilizando-se de um artifício que no mínimo tem que ser relativizado: o artifício da necessidade de uma análise quantitativa que supere os riscos decorrentes de falhas no olhar humano e seu poder de discriminação. O sujeito da pesquisa científica é posto sob suspeita, e assim reifica-se a técnica e cria-se uma "doença" a partir de uma *realidade virtual*. Assim criada a "tecnologia" para "cientificamente" provar a suposta "causa" orgânica das "ADHD", resta perguntar que impacto sobre o problema este tipo de interpretação produz?

#### *O fascínio pela técnica*

Não se trata aqui de imputar à tecnologia todos os descaminhos e problemas sociais não resolvidos e muito menos

uma tentativa de desmerecer suas contribuições na resolução destes problemas. Muito pelo contrário, a tecnologia desenvolvida para lidar com problemas de saúde e doença, tanto no sentido das ações dirigidas aos indivíduos, como daquelas dirigidas ao coletivo, tem significativo impacto no controle da mortalidade e na resolução de problemas orgânicos dos indivíduos.

Trata-se de criticar a falta de limites deste processo de produção de tecnologia, que hoje revela-se como um *fascínio tecnológico*, ou seja, um encantamento, que o desenvolvimento dessas técnicas exerce sobre os produtores, sobre os mediadores e, sobre os consumidores.

Este *fascínio* exerce-se sobre os produtores através da ciência e seu método experimental: tudo deve ser submetido ao crivo desta ciência para que possa ser considerado verdadeiro; mesmo que os resultados possam ser questionados, só o ato de se submeter o *objeto ao método* já garante ao primeiro um certo *status de verificável* cientificamente e portanto acima da *representação social* ou do *senso comum*. O método garantirá a precisão matemática geradora de técnicas a serem colocadas no *mercado de ações técnicas*.

Assim, justifica-se, por exemplo, a utilização de uma técnica sofisticada para diagnosticar-se uma doença que clinicamente podia ser diagnosticada com os recursos semiológicos e instrumentos de trabalho mais próximos do médico,

mas sem o crivo do método cada vez mais visual e virtual, que vão das biopsias aos exames quantitativos de imagens computadorizadas para se tentar comprovar "cientificamente" o diagnóstico.

Para se compreender melhor o que está se chamando de *fascínio pela técnica*, aterriza-se, novamente, para um outro exemplo:

Diante da porta de um anfiteatro de uma escola de medicina anuncia-se que naquele exato momento será proferida a palestra de um professor especialista em cardiologia infantil. O tema é o das *miocardites virais na infância*.

Já dentro da sala com suas galerias repletas de ouvintes, pode-se ver o professor dirigindo-se com segurança para o pequeno palco. Transparece em seu semblante um pouco da ansiedade que a situação normalmente provoca.

Com o auxílio de recursos audio-visuais profere uma palestra sistematicamente ordenada e totalmente adequada ao esquema de representação médica de assuntos médicos: a doença a partir de sua magnitude como problema social, isto é, sua prevalência estimada, seguida do conhecimento técnico construído para que possa existir como doença. Ou seja, os sintomas obtidos através das entrevistas médicas, os sinais semiológicos de exame direto mais comuns (hoje chamados de sinais clínicos), os exames laboratoriais necessários para a confirmação da hipótese, e, por fim, o tratamento mais adequado a cada uma das variadas situações e graus de intensidade diagnósticos, seguidos de seus prognósticos e evoluções, aparecem numa sequência lógica que tenta evidenciar um *modo de fazer* as coisas muito próprio dos médicos.

Após esta primeira etapa da palestra, passa a apresentar uma revisão bibliográfica de trabalhos que discutem novos métodos na confirmação diagnóstica das miocardites virais na infância. A maioria dos trabalhos mais atualizados indica a biópsia de miocárdio (exame anatomopatológico de pequeno fragmento de tecido do músculo cardíaco) como o exame de excelência para a confirmação diagnóstica da doença. Várias modelagens estatísticas sustentam do ponto de vista epidemiológico clínico a *verossimilhança*, o *valor preditivo*, a *sensibilidade* e *especificidade* do exame anatomopatológico como prova diagnóstica mais fiel que outros exames (provas enzimáticas, por exemplo).

Ultrapassado o primeiro momento expositivo da palestra, inicia-se o debate com a platéia. Várias perguntas são colocadas ao palestrista com relação à técnica utilizada para a execução da biópsia. As respostas são técnicas e convincentes. Entretanto uma inquietação entre os ouvintes podia ser observada e a mesma expressava um incômodo, mais intenso em alguns do que em outros, muito parecido como se o coração de cada um estivesse experimentando a intrusão de uma agulha de aspiração de seus tecidos.

O incômodo quase que coletivo expressava-se nas faces de dor, de apreensão e de medo em alguns e, ainda, de riso de angústia disfarçada em outros. Alguns expressavam com palavras em tom bem baixo, mas contaminador: *se fosse meu filho... eu não deixava...* Uma pergunta parece canalizar a insatisfação e incômodo de boa parte dos presentes: quais os riscos e qual a frequência dos mesmos neste tipo de procedimento?

Um período de poucos segundos de silêncio precede a resposta de que os estudos realizados em grandes centros de pesquisa médica pouco revelam sobre os riscos. Alguns descrevem que o risco de perfuração cardíaca e óbito existe e pode significar um inconveniente para o método, mas que do

ponto de vista estatístico este risco não significava uma contra-indicação em termos de *risco e benefício*.

Outra pergunta coloca novamente o palestrista na defensiva: que benefício de fato oferece esta técnica com relação ao tratamento, à evolução e ao prognóstico? A resposta é de que o benefício encontra-se mais na precisão diagnóstica que sobre o tratamento e evolução, permitindo assim o tratamento adequado aos quadros mais graves com mais precisão, embora o mesmo poderia ser instituído baseando-se apenas em critérios clínicos e seguimento adequado.

A resposta não parece convencer a plateia como um todo e a reunião termina como não se tivesse mais o que discutir...

O fascínio pela técnica diagnóstica da biópsia para o diagnóstico das miocardites na infância por parte do médico palestrista chega a ser quase uma caricatura do que aqui está se chamando de *fascínio pela técnica*. No entanto, o que se deseja com este exemplo é chamar a atenção para o que pode representar a simples incorporação acrítica do que se lê em periódicos médicos na prática de trabalho cotidiano, tanto no caso da assistência médica individual como no caso do ensino médico. A postura da platéia, desafiando o professor palestrista, representa um momento essencial, que pôde ser captado por alguns elementos da platéia, que foi o momento em que as expressões de cada um revelava uma emoção quase coletiva de desaprovação. É este deixar a *emoção* participar do *elaborar da razão* que tornam as críticas mais pertinentes. É este *deixar-se sentir no outro* as consequên-

cias de um ato qualquer que delimita a conduta técnica mais ética.

O fascínio (ou o encantamento) é requisito básico para que qualquer produto possa ingressar com sucesso no mercado. E o que fascina mais na sociedade de consumo de hoje é a utilização de tecnologia que prove de forma irrefutável a hipótese que se deseja provar. Daí a apelação para as técnicas que privilegiem *imagens*, daí o fascínio por técnicas que demonstrem através de imagens computadorizadas, que possam ser percebidas pelo homem ou por máquinas "confiáveis", ou, ainda, que permitam a exploração mais íntima de tecidos para deles extrair o fragmento que ao ser tecnicamente "ampliado" demonstra a transfiguração anatomopatológica. Mesmo que os riscos possam significar a morte, e o benefício não seja muito claro, a técnica que demonstra "visualmente" e "matematicamente" é a técnica que mais seduz.

#### *Efeitos do desenvolvimento tecnológico*

Pesar riscos e benefícios é a norma em medicina, sempre o foi. O que diferencia essa avaliação feita hoje com apoio em estudos epidemiológicos clínicos, que privilegiam a probabilidade estatística como método de escolha, e a avaliação da pura necessidade (ou se tenta ou se deixa morrer) do passado, é que em caso de falha na escolha o dilema do

passado pautava-se na falta de cientificidade da medicina. Hoje o dilema é e deve ser cientificamente respaldado.

Como escreve Michel FOUCAULT ao tentar separar cientificidade da medicina e eficácia da mesma: "*A medicina mata, sempre matou, e disso sempre se teve consciência. O importante é que até tempos recentes os efeitos negativos da medicina ficaram inscritos no registro da ignorância médica. A medicina matava por ignorância do médico ou porque a própria medicina era ignorante; não era uma verdadeira ciência, senão só uma rapsódia de conhecimentos mal fundados, mal estabelecidos e verificados. A nocividade da medicina julgava-se em proporção a sua não cientificidade.*

(...) *Porém o que surge desde o começo do século XX, é o fato de que a medicina poderia ser perigosa, não na medida de sua ignorância e falsidade, mas sim na medida de seu saber, na medida em que constitui uma ciência*" (FOUCAULT, 1974a, p. 157)\*. O que FOUCAULT postula aqui é que o problema da iatrogenia da medicina reside mais na sua positividade científica, que no mau uso que os médicos e a sociedade possa fazer de seus conhecimentos, seus recursos e suas técnicas.

Prossegue: "*o que resulta muito mais interessante e coloca o verdadeiro problema é o que poderia denominar-se*

---

\* Excerto traduzido do espanhol pelo autor; a citação, tomada de tradução espanhola, encontra-se na página 295, número 35, do ANEXO II.

não iatrogenia, mas sim a iatrogenia positiva, os efeitos medicamente nocivos devidos não a erros de diagnósticos nem a ingestão acidental dessas substâncias (medicamentos sem controle), mas sim à própria ação da intervenção médica no que tem de fundamento racional. Na atualidade os instrumentos de que dispõem os médicos e a medicina em geral, precisamente por sua eficácia, provocam certos efeitos, alguns puramente nocivos e outros fora do controle, que obrigam à espécie humana a entrar em uma história arriscada, em um campo de probabilidades e riscos cuja magnitude não se pode medir com precisão." (FOUCAULT, 1976, pp. 157-8)\* Cita como exemplo a introdução do tratamento antinfecçioso como prática médica generalizada e seus reflexos sobre a biohistória da espécie humana. "O tratamento antinfecçioso, a luta levada a cabo com o maior êxito contra os agentes infecciosos, conduziu a uma diminuição geral do limiar de sensibilidade do organismo aos agentes agressores. Isso significa que na medida em que o organismo se sabe defender melhor, protege-se, naturalmente, porém por outro lado se deixa a descoberto e exposto se impede-se o contato com os estímulos que desenvolvem as defesas." Desta maneira, pode-se afirmar "pelo próprio efeito dos medicamentos - efeitos positivo e terapêutico - produziu-se uma perturbação, para não dizer uma destruição, do ecossistema não só do indivíduo como da própria espécie humana." (FOUCAULT, 1976, p. 158)\*\*

---

\* idem ao anterior, página 295-6, número 36, ANEXO II.

\*\* ibidem, página 296, número 37, ANEXO II.

Ao priorizar sua preocupação com o acompanhamento do desenvolvimento técnico, em detrimento da preocupação com o sentido de seu trabalho, o médico perde a oportunidade de refletir o impacto de seu trabalho sobre o ecossistema e, assim, sobre a *biohistória* da espécie humana. Deixa de perceber que: "*a história do homem e a vida têm implicações profundas. A história do homem não continua a vida, nem a reproduz, senão que a reinicia, até certo ponto, e pode exercer vários efeitos totalmente fundamentais sobre seus processos. Este é um dos grandes riscos da medicina atual e uma das razões do tipo de malestar que se comunica dos médicos aos pacientes, dos técnicos à população em geral, no que se refere aos efeitos da ação médica.*" (FOUCAULT, 1976, p. 160)\*

*"Especialismo" Médico, a fragmentação do conhecimento e a necessidade de atualização*

O fascínio acrítico pela incorporação de novas técnicas, novos modos de saber como fazer diagnósticos e como lidar com situações inusitadas colocadas como novas "necessidades de saúde", decorre da necessidade sentida pelo médico de que se não se atualizar corre o risco de ficar em desvantagem em relação aos demais "colegas" de profissão. Assim, na medida em que novas tecnologias vão sendo introdu-

---

\* *ibidem*, página 297, número 38, ANEXO II.

zidas no mercado de produção de ações médicas, o médico precisa dar conta desses "avanços" tecnológicos, precisa dominar novas linguagens, saber fazer uso do novo para manter-se no mercado de trabalho dos profissionais que colocarão em prática esse *know how*. Só assim poderão competir em pé de igualdade com os novos profissionais, teoricamente "mais atualizados", que estão a cada ano sendo introduzidos no mercado.

Através do relato de médicos que viveram a introdução da medicina tecnológica no Brasil, Lília Blima SCHRAIBER escreve sobre essa "atualização necessária":

*"(...) na proporção que os novos recursos tecnológicos foram aparecendo, como também à proporção que correlatamente foram estabelecendo as especialidades médicas, ambos foram incorporados à prática profissional. Ocorre uma polarização positiva por referência a essas características em função do próprio conceito de "inovação". Inovar é entendido como sinônimo de estar mais atualizado relativamente ao desenvolvimento científico-tecnológico, absorvendo os avanços diagnósticos e terapêuticos" (...) "Atualizar-se seria, dessa perspectiva, para os que ainda não eram especialistas como os clínicos e cirurgiões de bairro, efetivamente se aproximarem da especialização. Isso representará uma forma de melhorar seu desempenho e, por consequência, captar e manter a clientela" (...) "Assim, a especialização que aparece no início de suas práticas com uma relativa importância para qualifi-*

*car o desempenho pessoal, a partir da plena configuração da medicina tecnológica, principalmente como decorrência da presença do equipamento, mostra-se como única via que o médico tem para firmar-se profissionalmente, deslocando definitivamente o não-especialista do mercado." (SCHRAIBER, 1993, pp. 98-9)*

Essa necessidade de atualização, como necessidade de diferenciação que qualifica um como mais competente e que desqualifica o outro, como atrasado com relação à tecnologia mais atual, passa a fazer parte das relações sociais entre os profissionais médicos, bem como da *representação social* do que será considerado boa medicina e bom médico. Portanto, constitui-se como necessidade emergente de novas práticas, geradoras de novos sentidos e de novas demandas, cada vez mais fascinantes. Se o fascínio tem seu lado positivo ao despertar novas possibilidades e esperanças, por outro lado, tem algo de negativo, ou seja, a dependência e a perda de outros referenciais.

A necessidade constante de *atualização* redefinirá não só novos padrões de diagnóstico e terapêutica, novos tipos de comportamento médico e de relação médico-"paciente", mas também os espaços mais adequados de sua prática. "(...)  
*Assim sendo, a forma de atualizar a prática preferencialmente adotada dar-se-á através da introdução do uso mais*

*sistemático dos equipamentos diagnósticos - representado pelo uso direto dos aparelhos ou pelo uso dos recursos de serviços de terceiros (laboratórios clínicos, os serviços radiológicos), e também através da introdução do uso dos instrumentos terapêuticos novos, sejam eles equipamentos, farmacos industrializados ou mesmo o hospital. Este último deslocará o consultório e o domicílio definitivamente, como forma mais apropriada de espaço terapêutico." (SCHRAIBER, 1993, p. 101)*

#### *O hospital como centro da tecnologia médica*

Sem dúvida o hospital é o espaço institucional privilegiado da prática médica desde o final do século XVIII. É nesse espaço que a medicina tecnológica moderna pôde desenvolver-se e reproduzir-se. Para isso, entretanto, teve que sofrer transformações: passar de um espaço institucional de assistência aos desvalidos, aos pobres moribundos até o século XVIII, para tornar-se um espaço oficial de cura de indivíduos doentes, e ainda mais um espaço de produção de conhecimento e desenvolvimento de tecnologia médica, a partir do século XIX.

Michel FOUCAULT, analisa e descreve bem essa passagem. "(...) O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do

hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado, como também da desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo" (FOUCAULT, 1979, p. 103).

A estratégia, a técnica utilizada para a reorganização desses hospitais do final do século XVIII, que posteriormente tornou-se modelo para todos os hospitais e ainda hoje é o esteio da organização hospitalar não é nenhuma prescrição técnica médica, mas sim política, ou seja, a disciplina. "Fala-se, frequentemente, das invenções técnicas do século XVIII - as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. - mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. Nas grandes oficinas que começam a se formar, no exército, na escola, quando se observa na Europa um grande progresso da alfabetização, aparecem essas novas técnicas de poder que são uma das grandes invenções do século XVIII."... "A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que per-

*mite distribuir os indivíduos, julgá-los, medí-los localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder.*" (FOUCAULT, 1979, p. 105 e p.107)

Assim, o hospital sofre um processo de disciplina-  
rização. E, será esse dispositivo, a *disciplina*, que permi-  
tirá sua medicalização através de uma transformação concor-  
rente do saber médico. São as técnicas de intervenção médica  
sobre o meio, ou seja, as técnicas de intervenção sobre tudo  
aquilo que faz a natureza agir sobre o indivíduo, *causando-  
lhe doença. "A água, o ar, a alimentação, o regime geral  
constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indiví-  
duo as diferentes espécies de doenças. De modo que a cura é,  
nessa perspectiva, dirigida por uma intervenção médica que  
se endereça, não mais à doença propriamente dita, como na  
medicina da crise, mas ao que a circunda: o ar, a água, a  
temperatura do ambiente, o regime, a alimentação, etc."*  
(FOUCAULT, 1979, p. 107)

A figura do médico pouco a pouco passa a ser cen-  
tral no espaço hospitalar. O médico *"passa a ser o principal  
responsável pela organização hospitalar. A ele se pergunta  
como se deve construí-lo e organizá-lo"...*"Além disso, se o  
*regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas, etc.,  
são fatores de cura, o médico, controlando o regime dos  
doentes, assume até certo ponto, o funcionamento econômico*

do hospital, até então privilégio das ordens religiosas. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital." (FOUCAULT, 1979, p. 109) Isso significa uma transformação radical do sistema de poder no interior do espaço hospitalar. Espaço cada vez mais ocupado pelos médicos, que passa através do aparecimento organizativo de seus registros sobre os doentes e sobre as doenças correspondentes, das técnicas disciplinares médicas, a ser um espaço essencial na formação médica. Será aí no hospital que o médico poderá exercer a medicina junto ao leito dos doentes. Poderá portanto exercer a *clínica* que "aparece como *dimensão essencial do hospital*"..., como "a *organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber*." (FOUCAULT, 1979, p. 111)

Será também através dessa estrutura coletiva de experiência médica e de sua disciplinarização do espaço hospitalar "que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber", que a medicina se dá conta de seu objeto de observação: "um imenso domínio, limitado, de um lado, pelo indivíduo e, de outro, pela população. Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e das práticas médicas. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sis-

tema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando contrastados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda população." (FOUCAULT, 1979, p.111) Assim o indivíduo e a população, categorias filosóficas recíprocas passarão a ser objetos emergentes do saber médico e simultaneamente alvos de intervenção da prática médica.

A partir da clínica do *golpe de vista*, da clínica anatomopatológica e, posteriormente da fisiopatologia e etiopatogenia, saberes referidos ao *indivíduo*, e da etiopatogenia, da higiene e da epidemiologia do século XIX, referidas à *população*, irá desenvolver-se todo o espectro de tecnologias hoje aplicadas pela medicina. O hospital continuará a ser o espaço privilegiado das ações institucionais desta medicina.

A ascensão e a consolidação do hospital como espaço centralizador do saber e, ao mesmo tempo, o espaço que permite sua fragmentação controlada culmina no que Stanley Joel REISER chama de *reino da tecnologia*. O hospital reifica-se como espaço socialmente necessário ao pleno desenvolvimento das demandas tecnológicas.

Sandra HARDING complementa essa concepção de REISER, indo um pouco mais além nesta interpretação do significado do hospital para a tecnologia. "De acordo com

que causaram a ascensão do hospital. Mas isso é realmente apenas parte da história. O hospital na verdade é organizado a partir do modelo da fábrica. O movimento do cuidado à saúde para o interior do hospital é a contrapartida psicossocial da mudança ocorrida na produção material que realocou a atividade econômica do ambiente de produção individual, pessoal e de menor escala para o ambiente impessoal e de larga escala da fábrica. A tendência tanto da produção material como da produção de serviços (tais como a de serviços médico-diagnósticos) tem sido na direção da fragmentação de processos complexos em atividades especializadas e repetitivas de maneira crescente. Essa divisão do trabalho assim como a especialização concomitante são necessárias quando tem que haver o controle centralizado do processo de produção. E o controle centralizado se faz necessário uma vez que apenas um pequeno grupo de pessoas está a extrair o máximo de proveito do trabalho que é realizado principalmente por outros. Assim não é mais adequado dizer que foram tão somente as demandas da ciência, de melhores diagnósticos, que causaram a ascensão do especialismo médico e da centralização do cuidado à saúde nos hospitais no final do século XIX, do que seria dizer também que foram tão somente as demandas da produção econômica que causaram a ascensão da li

*nha de montagem e da centralização da produção material nas fábricas.*" (HARDING, 1978, p. 355)\*

O que Sandra HARDING enfatiza, aqui, é que a produção de conhecimentos e de tecnologia, que na área médica culmina hoje com o *especialismo médico* e a concomitante *centralização* das ações no interior do hospital, não pode ser atribuída à mera determinação de que as necessidades assim o exigiram. A produção de conhecimentos não pode ser analisada de forma parcial, sem a análise concomitante do processo estrutural e político de produção de bens da sociedade. Assim como essa análise estrutural e política não pode pretender justificar todo o processo de produção de conhecimentos.

---

\* Excerto traduzido pelo autor do original em inglês, que encontra-se na página 297-8, número 39, ANEXO II.

### APONTANDO UM DILEMA...

Após o esforço teórico dos dois últimos movimentos, deve-se retornar ao ponto de partida, ou seja, o desejo de compreensão das necessidades por serviços de saúde das crianças e adolescentes em idade de frequentar escolas e o levantamento de diagnósticos realizados em um centro de saúde, apresentado no primeiro movimento.

Pode-se agora compreender um pouco melhor o porquê das dificuldades no processo de elaboração de um perfil de morbidade, bem como os limites do mesmo para se compreender as necessidades. A partir do exercício de subjetividade proposto pelo autor no debate com seus interlocutores, puderam ser construídos alguns conceitos que constituíram um quadro teórico. Assim, chegou-se aos seguintes conceitos: o

de criança como devir de máscaras adultas, necessidades como desejo de comunicação, corpo vibrátil contraposto a corpo inerte, saúde como harmonia vibrátil, incômodo como tudo o que impede o viver fluir da polaridade viver-morrer, compaixão como sintonia de vibrações, propagação de afetos, serviços-empresa e serviços-arremedos, barreiras de acolhimento, perspicácia médica, vínculo suficientemente afetivo, e barreiras tecnológicas relativas à racionalidade do momento teórico do processo diagnóstico, entre outras.

Após a construção de uma hipótese teórica sobre como as necessidades por serviços de saúde se constituem e sobre as barreiras que têm que enfrentar ao tentarem se relacionar com a medicina, chega-se, enfim, a um dilema, cuja saída não pode ser trabalhada neste momento. É tarefa para todos aqueles que o vivem na prática cotidiana de trabalho.

Prática que gera insatisfação a todos que dela dependem. Todos que estão impregnados de sua tecnologia, de suas esperanças, seus sucessos, seus maus usos, preconceitos e seus efeitos deletérios. A busca de linhas de fuga, para toda negatividade deste saber e desta prática, deve ser a *desterritorialização* necessária a superar tal dilema. Muitos vãos serão necessários, aterrisagens mais ainda...

Superar um dilema, que deve ser melhor colocado e abordado. Não neste fiani de trabalho, porém, aqui deve ser apontado. Trata-se do dilema de que mesmo que as necessida-

des, como desejos de comunicação com a medicina, superassem todas as barreiras institucionais e afetivas dos serviços e dos médicos, certamente, não conseguiriam superar as barreiras da racionalidade médica. Em outras palavras, encontrariam sérias dificuldades para superar a tendência à medicalização, o fascínio tecnológico, o "especialismo" médico, etc, hoje dominantes. Aí está o desafio: como transformar o modo de pensar e saber fazer médicos?

Ou, será que só restaria ao *desejo de comunicação com a medicina* tentar se realizar com a escuta medicalizante que se tem a oferecer? Ou, ainda, só restaria ao desejo, pulsão maquínica de vida, continuar na espera, adiado indefinitivamente?

**ANEXO I**

Tabela 15. Número absoluto e número médio (por 100 crianças) de diagnósticos clínicos atribuídos à demanda de faixa etária de 4 a 14 anos da Policlínica Municipal de Campinas, no ano de 1990.

Diagnóstico	Número	$\bar{X}$
<b>1. Afecções respiratórias</b>	<b>604</b>	<b>(77,2)</b>
a. Infecciosas agudas	287	(40,5)
- IVAS1	119	(15,2)
- sinusites	63	( 8,0)
- amigdalites	42	( 5,3)
- otites médias	35	( 4,5)
- rino-traqueobronquites	34	( 4,3)
- pneumonias	11	( 1,4)
- outras	20	( 2,5)
b. Infecciosas de repetição	35	( 4,5)
- otites	10	( 1,2)
- pneumonias	6	( 0,8)
- sinusites	6	( 0,8)
- amigdalites	6	( 0,8)
- outras	7	( 0,9)
c. Infecciosas crônicas persistentes ou de longa duração	36	( 4,6)
- tuberculose pulmonar	17	( 2,2)
- sinusopatia	12	( 1,5)
- outras	7	( 0,9)
d. Alérgicas	115	(14,7)
- asma	54	( 6,9)
- rinite	51	( 6,5)
- outras	10	( 1,3)
e. Indefinidas	90	(11,5)
- sind. asmático	53	( 6,8)

continua

Diagnósticos	Número	$\bar{X}$
- tosse a esclarecer	21	( 2,7)
- sind. obstrução nasal	11	( 1,4)
- outras	5	( 0,6)
f. Outras	53	( 6,7)
- hipertrofia de adenóides	22	( 2,8)
- hipertrofia de amígdalas	10	( 1,3)
- outras	21	( 2,7)
<b>2. Dificuldades no modo de andar a vida<sup>2</sup></b>	<b>444</b>	<b>(56,7)</b>
a. Dif. afetivas/emocionais	169	(21,6)
- ansiedade	31	( 3,9)
- enurese primária	28	( 3,6)
- nervosismo	16	( 2,0)
- inapetência	15	( 1,9)
- desânimo	14	( 1,8)
- criança institucion-		
lizada (ex. vive em orfanato)	10	( 1,3)
- insatisfação com o corpo	9	( 1,1)
- depressão	7	( 0,9)
- timidez	7	( 0,9)
- agressividade	6	( 0,8)
- outras	23	( 2,9)
b. Dif. escolares	112	(14,3)
c. Dif. familiares	102	(13,0)
d. Dif. na comunicação oral	30	( 3,8)
e. Dif. da adolescência	15	( 1,9)
f. Dif. financeiras (miséria)	7	( 0,9)
g. Dif. no trabalho	3	( 0,4)
<b>3. Dores em geral</b>	<b>385</b>	<b>(49,4)</b>
a. Abdominais	172	(21,9)
- recentes a esclarecer	95	(12,1)

continua

Diagnósticos	Número	$\bar{X}$
- recorrentes <sup>3</sup>	43	( 5,5)
- outras designações	34	( 4,3)
<b>b. Cefaléias</b>	<b>141</b>	<b>(18,0)</b>
- recentes a esclarecer	61	( 7,8)
- recorrentes	38	( 4,8)
- tensionais	28	( 3,6)
- enxaquecas (f. clássica)	11	( 1,4)
- outras designações	3	( 0,4)
<b>c. Dores em membros</b>	<b>39</b>	<b>( 5,0)</b>
- inferiores recentes a esclarecer	20	( 2,6)
- inferiores recorrentes	6	( 0,8)
- artralgias recentes a esclarecer	8	( 1,0)
- outras	5	( 0,6)
<b>d. Disúrias</b>	<b>10</b>	<b>( 1,3)</b>
<b>e. Dores torácicas</b>	<b>8</b>	<b>( 1,0)</b>
<b>f. Múltiplas recorrentes</b>	<b>10</b>	<b>( 1,3)</b>
<b>g. Outras localizações</b>	<b>7</b>	<b>( 0,9)</b>
<b>4. Afecções infecto-parasitárias diversas</b>	<b>362</b>	<b>(46,2)</b>
<b>a. Próprias da infância</b>	<b>32</b>	<b>( 4,0)</b>
- varicela	9	( 1,1)
- caxumba	8	( 1,0)
- enterovirose	7	( 0,9)
- escarlatina	3	( 0,4)
- outras	5	( 0,6)
<b>b. Específicas</b>	<b>27</b>	<b>( 3,5)</b>
- tuberculose	21	( 2,6)
- mononucleose	2	( 0,3)
- lues congênita	2	( 0,3)

continua

Diagnósticos	Número	$\bar{X}$
- outras	2	( 0,3)
c. Situações sugestivas de doença infecciosa	31	( 3,9)
- febre a esolarecer	19	( 2,4)
- sind. linfoproliferativa	7	( 0,9)
- outras	5	( 0,6)
d. Parasitoses confirmadas	154	(19,6)
- enterobíase	59	( 7,5)
- giardíase	32	( 4,0)
- ascaridíase	30	( 3,8)
- esquistossomose	13	( 1,6)
- estrongiloidíase	7	( 0,9)
- outras	12	( 1,5)
e. Parasitoses tratadas, porém não confirmadas	33	( 4,2)
f. Suspeitas de parasitoses	78	( 9,9)
5. Afecções digestivo- nutricionais	326	(41,6)
a. Odonto-buciais	84	(10,7)
- cáries dentárias	71	( 9,0)
- má oclusão dentária	7	( 0,9)
- outras	8	( 1,0)
b. Esôfago-gástricas	18	( 2,3)
- sind. dispéptica	11	( 1,4)
- refluxo	5	( 0,6)
c. Diarreicas	39	( 5,0)
- agudas	28	( 3,5)
- prolongadas	6	( 0,8)
- intoxicações alimentares	5	( 0,6)
d. Constipantes e outras correlatas	29	( 3,7)

continua

Diagnósticos	Número	$\bar{X}$
<b>e. Hepáticas</b>	50	( 6,3)
- hepatites virais	26	( 3,3)
- hepatites indefinidas	7	( 0,9)
- hepatomegalias	16	( 2,0)
<b>f. Nutricionais</b>	106	(13,5)
- desnutrição proteico-calórica	43	( 5,4)
- obesidade	22	( 2,8)
- anemia carencial	32	( 4,0)
- deficiência de ferro	8	( 1,0)
<b>6. Afecções dermatológicas</b>	203	(25,9)
<b>a. Infecto-parasitárias</b>	114	(14,5)
- piодermite/impetigos	33	( 4,2)
- abscessos/furúnculos	7	( 0,9)
- acne	4	( 0,5)
- celulite	3	( 0,4)
- micoses superficiais	16	( 2,0)
- pitiríase versicolor	6	( 0,8)
- lesões herpéticas	3	( 0,4)
- verrugas vulgares	5	( 0,6)
- escabiose	25	( 3,2)
- pediculose	12	( 1,5)
<b>b. Por hipersensibilidade</b>	75	( 9,6)
- pitiríase alba	37	( 4,7)
- dermatite atópica	20	( 2,5)
- urticariformes	13	( 1,7)
- outras	5	( 0,6)
<b>c. Outras dermatoses</b>	18	( 2,3)
<b>7. Antecedentes pessoais</b>		
<b>e familiares relevantes</b>	97	(12,4)
<b>a. Comunicantes de tuberculose</b>	78	( 9,9)

continua

Diagnósticos	Número	X
<b>b. Epidemiologia para</b>		
esquistossomose	8	( 1,0)
<b>c. Comunicantes de hanseníase</b>	5	( 0,6)
<b>d. Outros</b>	6	( 0,8)
<b>8. Afecções genito-urinárias</b>	<b>84</b>	<b>(10,7)</b>
<b>a. Genitais</b>	<b>61</b>	<b>( 7,8)</b>
- vulvovaginites	44	( 5,6)
- aderências e fimoses	11	( 1,4)
- outras	6	( 0,8)
<b>b. Urinárias</b>	<b>23</b>	<b>( 2,9)</b>
- hematúrias	7	( 0,9)
- ITU4 confirmadas	5	( 0,6)
- suspeitas de ITU	3	( 0,4)
- suspeitas de litíase	3	( 0,4)
- outras	5	( 0,6)
<b>9. Afecções oculares</b>	<b>80</b>	<b>(10,2)</b>
<b>a. Déficit visual</b>	<b>34</b>	<b>( 4,3)</b>
<b>b. Conjuntivite bacteriana</b>	<b>18</b>	<b>( 2,3)</b>
<b>c. Estrabismo</b>	<b>7</b>	<b>( 0,9)</b>
<b>d. Conjuntivites alérgicas</b>	<b>6</b>	<b>( 0,8)</b>
<b>e. Miopia</b>	<b>5</b>	<b>( 0,6)</b>
<b>f. Outras</b>	<b>6</b>	<b>( 0,8)</b>
<b>10. Outros Sinais e Sintomas</b>		
<b>a esclarecer</b>	<b>67</b>	<b>( 8,5)</b>
a. Palidez a esclarecer	33	( 4,2)
b. Emagrecimento a esclarecer	11	( 1,4)
c. Tonturas e síncope a esc.	8	( 1,0)
d. Déficit auditivo a esc.	7	( 0,9)
e. Baixo ganho ponderal a esc.	5	( 0,6)

continua

Diagnósticos	Número	$\bar{X}$
<b>11. Afecções do aparelho locomotor</b>	<b>55</b>	<b>( 7,0)</b>
a. Alterações posturais	31	( 4,0)
b. Inflatórias e/ou infecciosas	11	( 1,4)
c. traumáticas	13	( 1,6)
<b>12. Afecções do crescimento e desenvolvimento</b>	<b>42</b>	<b>( 5,4)</b>
a. Atraso no DNPM5	15	( 1,9)
b. Baixa estatura	24	( 3,0)
c. Outras	3	( 0,4)
<b>13. Afecções neurológicas</b>	<b>30</b>	<b>( 3,8)</b>
<b>14. Afecções cardíacas</b>	<b>23</b>	<b>( 2,9)</b>
<b>15. Afecções hematológicas</b>	<b>9</b>	<b>( 1,1)</b>
<b>16. Outros diagnósticos</b>	<b>68</b>	<b>( 8,6)</b>
a. Sind. genética	13	( 1,7)
b. Hídez	13	( 1,7)
c. Afecções endócrinas	7	( 0,9)
d. Ansiedade materna com a alimentação da criança	4	( 0,5)
e. Falsa anorexia	4	( 0,5)

1. IVAS significa infecções de vias aéreas superiores  
 2 *Modo de andar a vida* é uma expressão utilizada por Georges CANGUILHEM (1966) que aqui pode ser entendida como vida cotidiana. Portanto as *dificuldades no modo de andar a vida* são aquelas que dificultam o fluir do viver na vida cotidiana.

3 Utiliza-se aqui o conceito de *dor abdominal recorrente* de Apley, ou seja, "a ocorrência de pelo menos três episódios de dor, suficientemente fortes para interferir nas atividades habituais da criança por um período mínimo de três meses" (Apud SAYON, 1984, p. 213).

4 ITU significa infecção do trato urinário

5 DNPM significa desenvolvimento neuro, psíquico e motor

**ANEXO II**

**EXCERTOS DE TEXTOS EM LINGUA ESTRANGEIRA CITADOS NESTE  
TRABALHO**

1) Citações do rodapé da página 30, identificadas como JODELET, 1984, p. 361 e p. 360:

"Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale."

..."images qui condensent un ensemble de significations; systèmes de référence qui nous permettent d'interpréter ce qui nous arrive, voire de donner un sens à l'inattendu; catégories qui servent à classer les circonstances, les phénomènes, les individus auxquels nous avons affaire; théories qui permettent de statuer sur eux."

2) Citações de rodapé das páginas 59, atribuídas a QUEVEDO, 1990, p.2 e p. 1:.

..."entorpecimientos y confusiones que aparecen intimamente, por una especie de necesidad funcional, en el acto mismo de conocer, fenómenos estos que se constituyen en

causas de estancamiento, inercia y hasta de retroceso para el proceso de conocimiento, es decir obstáculos epistemológicos."

... "modelo o patron intelectual que regula toda una etapa en el desarrollo de una ciencia determinada, y respecto del cual todo lo que durante esa etapa se hace en esa ciencia parece ser 'obligado' o 'normal'."

3) Citações das páginas 59 e 60, identificadas como de QUEVEDO, 1990, pp. 14-5:

"Hemos llegado al maximo de la concepción biologista de la enfermedad y de la salud. Hemos avanzado y seguramente seguiremos avanzando mucho más en las posibilidades tecnológicas del diagnóstico y de la terapéutica"... "Sin embargo, asistimos a un estancamiento de la concepción misma de la salud y de la enfermedad. Vamos hoy desde la semiología física clásica de la palpación, la percusión y la auscultación hasta la tomografía axial computarizada, pasando por toda clase de laparotomías exploratorias, biopsias por congelación, radiografías más y más precisas, isótopos radioactivos, diagnósticos por ultrasonido y resonancia magnética; pero, todo esto para buscar lesiones anatómicas y estructurales de los organos. Desde los simples análisis bioquímicos y registros gráficos cada vez más numerosos y sutiles hasta la cineradiografía,

pasando por toda clase de pruebas funcionales; pero, todo esto para encontrar alteraciones funcionales. Desde los frotis teñidos con gram hasta las más sutiles pruebas de inmunofluorescencia, pasando por toda clase de cultivos de colonias bacterianas, dosificación de sustancias tóxicas en el cuerpo del paciente y toda clase de pruebas inmunológicas; pero, todo esto para identificar una etiología externa tóxica o microbiológica. Todo este andamiaje semiológico y terapéutico para tener todas las posibilidades de identificación y solución de un realmente reducido número de enfermedades que aquejan al hombre: las de sus órganos, las que lo enferman como animal biológico. Sin embargo, para el innumerable cúmulo de enfermedades que lo aquejan como hombre que siente, que piensa, en una cultura y en una sociedad apenas si comienza a vislumbrarse una salida."

4) Citação da página 90, identificada como DONABEDIAN, 1973, p.75:

"La definición que dan los médicos de necesidad se deriva de la forma como se definen la salud y la enfermedad en la ciencia médica y de lo que ofrece la tecnología para el tratamiento o la prevención. Es característico que casi no se reflexione sobre el concepto de salud en la educación médica. Esta se preocupa principalmente por la génesis de la

enfermedad y la secuencia progresiva de sus diversos estados, sus manifestaciones detectables y la manera como se pueden prevenir, detener o invertir."

5) Citação da página 90-1, identificada como de KALIMO, 1979a, p. 65-6:

... "operationally defined as the difference between observed and ideal levels of health. This difference suggests operational objectives for new health programs and leads to the planning of various alternatives for action, to the choice of appropriate measures, and to implementation of those measures. As a result, the difference between the ideal and the true health situations may change, and in this process there must be close collaboration between the decision makers and those maintaining the health information system so that the system satisfies the information needs of the decision makers."

6) Citação das páginas 91-2, identificada como de KALIMO, 1979a, p. 67:

... "indicators of need for health services should be based on information about the entire population, not only about people using the services. Routine statistics from health services or the registers of health insurance

programmes usually do not provide sufficient baseline data for constructing indicators of need."

7) Citações das páginas 92-3 e figura da página 94, identificadas como de KALIMO, 1979a, p. 68:

"Although the immediate aim of health services is to satisfy medically defined need, in practice they also have to satisfy health needs in a social and perceived sense. For a strategic approach of health policy formulation all three concepts of need must be taken into account. An individual's use of health services is usually prompted by his or her perceived need, which is often based on his or her knowledge about any symptoms or signs caused by the disturbance from a medical point of view and on the related restrictions in social activity."

..."are measured by different indicators it is possible to define a typology of the population on the basis of three different indicators of need , each corresponding to a different concept."..."In this way the population may be divided into eight groups at a particular point in time."

"Typology of population based on indicators of three concepts of need for health services"

		MEDICALLY DEFINED NEED			
		NO		YES	
		Socially determined need		Socially determined need	
		No	Yes	No	Yes
Perceived need	No	A No need	B Medically unjustified social need without perceived need	C Hidden medically defined need only	D Medical and social need without perceived need
	Yes	E Unjustified perceived need	F Medically unjustified perceived and social need	G Medical and perceived need without behavioural disturbances	H Unanimous need

B) Citações da páginas 97-8, identificadas como de WILLARD, 1982, p. 259-60:

"Medical professionals, like practically everyone else, tend to think of needs as facts about people. Doctors, we are told, are less concerned with the values of persons than with their diseases."... "For, after all, physicians are scientifically trained to deal with facts, and the medical/health needs of patients are facts about them."

"Rights are not the kinds of things physicians are trained to deal with."

9) Citação da página 101-2, identificada como WILLARD, 1982, p. 261:

... "when we talk about needs we are talking about means and ends; about things necessary for the attainment of something else considered valuable. To say a person needs food means that food is a necessary condition for satisfying hunger or for the survival. But food is needed only if satisfying hunger or survival is considered valuable, good. To say a person needs at least three suits of clothing means that having three suits is a necessary means, say, getting or maintaining a certain job, having a certain social status, looking well-dressed, etc., all of which are considered valuable in some way or other."

10) Citação da página 106, identificada como de HELLER, 1974, p. 21"

"La satisfacción de la necesidad constituye la *conditio sine qua non* para cualquier mercancía. No existe ningún valor (valor de cambio) sin valor de uso (satisfacción de necesidades) pero pueden existir valores de uso (*bienes*) sin valor (valor de cambio), si bien satisfacen necesidades (según su definición)."

11) Citação da página 106, identificada como de HELLER, 1974, pp. 24-5:

... "constituye una expresión de la *alienación* (capitalista) de las necesidades, en una sociedad en la cual el fin de la producción no es la satisfacción de las necesidades, sino la valorización del capital, en la que el sistema de necesidades está basado en la división del trabajo, e la necesidad sólo aparece en el mercado, bajo la forma de demanda solvente."

12) Citação das páginas 106-7, identificada como de HELLER, 1974, p.26:

... "categorías extraeconómicas e *histórico-filosóficas*, es decir, como categorías *antropológicas de valor*, y por consiguiente no susceptibles de definición dentro del sistema económico."

13) Citação da página 107, identificada como de HELLER, 1974, p. 31:

... "se refieren al mero mantenimiento de la vida humana (autoconservación) y son `naturalmente necesarias` simplemente porque sin su satisfacción el hombre no puede conservarse como ser natural. Estas necesidades no

son idénticas a las propias de los animales, puesto que el hombre para su misma autoconservación necesita también de ciertas condiciones (calefacción, vestidos) que para el animal no representan una 'necesidad'. Por consiguiente, las necesidades necesarias para el mantenimiento del hombre como ser natural son también sociales (es conocida la afirmación de los *Grundrisse* que sostiene que el hambre que se satisface mediante cuchillo y tenedor es distinta de la satisfacción con carne cruda): los modos de satisfacción hacen social la necesidad misma."

14) Citação da página 108, identificada como de HELLER, 1974, pp. 33-4:

"Mientras que en los *Grundrisse* se corresponde éste perfectamente con el de necesidades naturales, en *el capital* queda subrayada la diferencia. Las necesidades 'necesarias' son aquellas necesidades surgidas históricamente y no dirigidas a la mera supervivencia en las cuales el elemento cultural, el moral y la costumbre son decisivos y cuya satisfacción es parte constitutiva de la vida 'normal' de los hombres pertenecientes a una determinada clase de una determinada sociedad. Denominamos 'medio necesario para la supervivencia' en un determinado tiempo o para una determinada clase, a todo lo que sirve para la satisfacción

de las necesidades (vitales) y de las `necesidades necesarias`."

15) Citação da página 109, identificada como de HELLER, 1974, pp. 34-5:

"Cuando Marx habla de las `necesidades necesarias` de los obreros ingleses de su tiempo, entiende con ello no sólo las necesidades materiales, sino también las de carácter no material, interpretables a través del concepto de `media` (*Durchschnitt*). Figuran también en esta categoría la enseñanza, los libros y la adscripción a un sindicato. Pero dado que la satisfacción de esas necesidades (en un determinado tiempo y en determinadas circunstancias) depende de los medios materiales y es `adquirible` con dinero (...), hay que entenderlas como `necesarias` y la cuantía del valor empleada para su satisfacción incluye el valor de la fuerza de trabajo."

16) Citação da página 109, identificada como de HELLER, p.80:

... "La interpretación de mayor relevancia (y frecuencia) es la necesidad `socialmente producida`"... "de esta determinación forman parte con frecuencia sólo las

necesidades 'no naturales', otras veces la totalidad de las necesidades indiscriminadamente."

..."*categoría de valor positiva*: es la necesidad del comunismo, del 'hombre socializado'"...

17) Citação da página 110, identificada como de HELLER, 1974, p. 77:

..."una 'necesidad de la sociedad', entendida no como totalidad, media o tendencia de desarrollo de las necesidades individuales del correspondiente *particular*, ni tampoco como necesidad personal 'socializada', sino como sistema de de necesidades *general*, por encima de los individuos y de sus necesidades personales."

18) Citações da página 110, identificadas como de HELLER, 1974, p. 81:

"En un tercer sentido la 'necesidad social' designa la media de las necesidades dirigidas a biense materiales en una sociedade o clase"

..."'necesidad social'entre *comillas* es expresión de las necesidades en forma de *demanda efectiva*"

... "discrepancia se plantea entre 'necesidad social', manifestada en la forma de demanda efectiva, y necesidad social 'verdadera', dado que esta última no sólo supera cuantitativamente a la primera, sino que contiene también necesidades concretas de distinto tipo."

19) Citação da página 110, identificada como de HELLER, 1974, pp. 83-4:

... "una interpretación *no económica* que sirve para definir o expresar el hecho de que los hombres poseen necesidades no sólo producidas socialmente, sino también necesidades únicamente *susceptibles de satisfacción* mediante la creación de *instituciones sociales* relativas a ellas."

20) Citação da página 111, identificada como de HELLER, 1974, p. 87:

... "Marx se esfuerza por superar *teóricamente* el carácter de subjetividad del deber. Con este propósito descubre dos vías, no siempre bien distinguidas, pero no obstante diferenciables." ... "la *colectividad* se convierte en sujeto. El deber mismo es colectivo, puesto que al límite de la alienación capitalista despiertan en las masas - *sobretudo* en el proletariado - necesidades (las denominadas *necesidades radicales*) que encarnan ese deber e

que por su naturaleza tienden a trascender al capitalismo."

... "La otra vía estriba en la transformación del deber en *necesidad causal*. 'El comunismo *debe ser realizado*' constituye en este caso un sinónimo de la concepción según la cual aquel se realizará *necesariamente* merced a las leyes propias de la economía."

21) Citações da página 156, identificadas como MARCUSE, 1959, p. 188:

... "caracterizado a menudo por una tendencia a presentar la *necessidade empírica* como *necessidade ontológica*."

... "en la tendencia a aceptar la muerte no solamente como un hecho, sino como una necesidad, y como una necesidad que debe ser conquistada no destruyéndola, sino aceptándola. En otras palabras, la filosofía ha dado por supuesto que la muerte pertenecía a la esencia de la vida humana, a su realización existencial. Además, la aceptación comprendida de la muerte ha sido considerada como una prerrogativa del hombre, como la razón misma de su libertad. La muerte, y solamente la muerte, da su ser propio a la existencia humana. Su negación final se ha considerado como la afirmación de las facultades y de los fines del hombre."

22) Citação da página 156, identificada como MARCUSE, 1959, p. 90:

"La destrucción del cuerpo no mata el "espíritu", la esencia de la vida."

23) Citação da página 157, identificada como MARCUSE, 1959, p. 191:

"Con la desvalorización del cuerpo, la vida del cuerpo deja de ser la vida real, y la negación de esta vida es el comienzo más que el final. Además, el espíritu se opone esencialmente al cuerpo. La vida del primero consiste en dominación, ya que no en negación, del segundo. El progreso de la verdad es la lucha contra la sensualidad, el deseo y el placer. Esta lucha se dirige no solamente a liberar al hombre de la tiranía de las bestiales necesidades naturales, sino que es también la separación de la vida del cuerpo de la vida del espíritu, la alienación de la libertad del placer. La felicidad se redefine a priori (esto es, sin fundamento empírico sobre razones factuales) en términos de autonegación y de renuncia. La glorificada aceptación de la muerte, que lleva consigo la aceptación del orden político señala también el nacimiento de la moralidad filosófica."

24) Citação das páginas 157-8, identificada como MARCUSE, 1959, p. 192:

... "aunque reprimida corrientemente bajo el impacto de la ideología dominante y de las instituciones apoyadas por ella."

25) Citação da página 158, identificada como de MARCUSE, 1959, p. 193:

... "la muerte parece ser inevitable, pero en la gran mayoría de los casos es un acontecimiento doloroso, horrible, violento y no bien recibido. Cuando es bien recibido, la vida ha de haber sido más penosa aún que la muerte. Sin embargo, el desafío a la muerte es tristemente ineficaz. Los esfuerzos científicos y técnicos de la civilización madura, que prolongan la vida y mitigan sus dolores, parecen verse frustrados, o incluso neutralizados, por parte de la sociedad y por parte de los individuos. La "lucha por la existencia", en el interior de la nación y entre las naciones, sigue siendo todavía una lucha a vida o muerte, que exige el acortamiento periódico de la vida. Además, la efectividad del combate por la prolongación de la vida depende de la respuesta que encuentre en la mente y en la estructura instintiva de los individuos. Una respuesta positiva presupone que su vida sea realmente "una vida feliz", que tengan la posibilidad de desarrollar y

satisfacer las necesidades y las facultades humanas, que su vida sea un fin en sí misma y no medio para mantenerse."

26) Citação da página 158, identificada como de MARCUSE, 1959, pp. 193-4:

"Esta última perdería sus sanciones ontológicas y morales; los hombres experimentarían la muerte primariamente como un límite técnico de la libertad humana, cuya superación se convertiría en el objetivo reconocido del esfuerzo individual y social."

27) Citação da pagina 159, identificada como de MARCUSE, 1959, p. 194:

... "una vida con esta actitud hacia la muerte sería incompatible con las instituciones y los valores de la civilización establecidos. Conduciría o bien a un suicidio en masa (puesto que para una gran parte de la humanidad la vida es todavía una carga tal que probablemente el terror de la muerte es un factor importante en su mantenimiento), o bien a disolución de toda ley y de todo orden (puesto que la temerosa aceptación de la muerte se ha convertido en un elemento intrínseco de la moralidad pública y privada). El razonamiento puede ser incommovible, pero entonces la idea

tradicional de la muerte es un concepto sociopolítico que convierte unos sórdidos hechos empíricos en una ideología."

28) Citações da página 159, identificadas como de MARCUSE, 1959, p. 197:

... "una barrera mental profundamente arraigada detiene la voluntad antes de llegar a la barrera técnica."

"La breve e incalculable duración de la vida impone una renuncia y una servidumbre constantes, un esfuerzo heroico y un sacrificio por el futuro."

29) Citação das páginas 159-60, identificada como de MARCUSE, 1959, p. 199:

... "sentimiento de culpa individual derivado de la culpa universal que es la vida misma, la vida del cuerpo."

30) Citação da página 160-1, identificada como de MARCUSE, 1959, p. 202-3:

... "la defensa de la nación es el requisito previo necesario para la existencia de todos sus ciudadanos; el juicio final del homicida corresponde a Dios y no al hombre, etcétera. Sin embargo, por razones más materiales,

el individuo ha dejado de tener poder "para hacer algo" desde hace mucho, y esta falta de poder se racionaliza en la forma de obligación moral, de virtud o de honor. Todas estas explicaciones, con todo, parecen venirse abajo ante una cuestión central: su carácter no disfrazado, casi exhibicionista, de afirmación, de consentimiento instintivo. En realidad parece difícil rechazar la hipótesis de Freud de un deseo de muerte insuficientemente reprimido. Pero diré, una vez más, que el impulso biológico que actúa en el deseo de muerte puede no ser tan biológico. La necesidad de sacrificar la vida del "conjunto" puede haber sido "alimentada" por fuerzas históricas. Aquí el "conjunto" no es la especie natural, la humanidad: se trata más de la totalidad de instituciones y relaciones que han creado los hombres a lo largo de su historia."

31) Citações da página 179, identificadas como de LLOVET, 1984, pp. 25-6:

"Esta diversidad de niveles subjetivos de percepción no está anclada únicamente a factores idiosincráticos o psicológicos."

..."en los sectores populares existe una menor disposición a registrar toda sensación mórbida como tal e incluso cierta renuencia, no importa si conciente o no, a "escucharse" como portador de algo mórbido hasta que la

señal corporal no supera un umbral de intensidad que es más alto que en otras clases sociales."

32) Citação da página 189, identificada como de KNOX, 1979, p. 47:

... "that need is always a perception and that its assesment depends upon whose perception it is. The patient's perception is not necessarily that of the doctor whom he consults and, indeed, they may be in frank conflict."

33) Citação das páginas 214-5, identificada como de ENTRALGO, 1964, p. 351:

... "en la relación médica, como en cualquier otra actividad humana, no hay acciones *puramente* intelectivas, afectivas y operativas. Al ver y entender, quedo afectado por lo que veo y entiendo y respondo de algún modo a eso que veo y entiendo, y así en los demás casos. Debe decirse, pues, que los diversos actos de la relación interpersonal son *preponderantemente* intelectivos, afectivos u operativos."

34) Citação da página 239, identificada como de HYND, 1991, p. 141:

"Although behavioral evidence provides support for the notion that attention deficit - hyperactivity disorder (ADHD) is related to central nervous system dysfunction, there is little direct evidence to reveal which neurometabolic systems or brain structures are involved. Recent magnetic resonance imaging (MRI) studies suggest that, compared to nondisabled controls, ADHD children may have a smaller right frontal region. Morphometric analysis of MRI scans was used in this exploratory study to determine whether correlated regional variation might exist in the corpus callosum of children with ADHD. While all MRI scans were judged to be clinically normal, morphometric analysis revealed that, compared to nondisabled controls, ADHD children had smaller corpus callosum, particularly in the region of the genu and splenium, and in the area just anterior to the splenium. Interhemispheric fibers in these regions interconnect the left and the right frontal, occipital, parietal, and posterior temporal regions. These results suggest that subtle differences may exist in the brains of children with ADHD and that deviations in normal corticogenesis may underlie the behavioral manifestations of this disorder."

35) Citação da página 251, identificada como de FOUCAULT, 1976, pp. 156-7:

"La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia. Lo importante es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaram inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina matava por ignorancia del médico o porque la propia medicina era ignorante: no era una verdadera ciencia sino solo una rapsodia de conocimientos mal fundados, mal establecidos y verificados. La nocividad de la medicina se juzgaba en proporción a su no científicidad.

... Pero lo que surge desde comienzos del siglo XX, es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia."

36) Citação das páginas 251-2, identificada como de FOUCAULT, 1976, p. 157-8:

..."lo que resulta mucho más interesante y plantea el verdadero problema es lo que podría denominarse no la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de esas sustancias, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de

fundamento racional. En la actualidad los instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provocan ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera del control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión."

37) Citações da página 252, identificadas como de FOUCAULT, 1976, p. 158:

... "el tratamiento antiinfeccioso, la lucha llevada a cabo con mayor éxito contra los agentes infecciosos, condujo a una disminución general del umbral de sensibilidad del organismo a los agentes agresores. Ello significa que en la medida en que el organismo se sabe defender mejor, se protege, naturalmente, pero por otro lado se deja al descubierto y expuesto si se impide el contacto con os estímulos que desarrollan las defensas."

... "por el propio efecto de los medicamentos - efectos positivo y terapéutico - se produjo una perturbación, para no decir una destrucción, del ecosistema no solo del individuo sino de la propia especie humana."

38) Citação da página 253, identificada como de FOUCAULT, 1976, p.160:

...“la historia del hombre y la vida tienen implicaciones profundas. La historia del hombre no continúa simplemente la vida, ni la reproduce, sino que la reanuda, hasta cierto punto, y puede ejercer varios efectos totalmente fundamentales sobre sus procesos. Este es uno de los grandes riesgos de la medicina actual y una de las razones del tipo de malestar que se comunica de los médicos a los pacientes, de los técnicos a la población general, en lo que se refiere a los efectos de la acción médica.”

39) Citação das páginas 260-1, identificada como de HARDING, 1978, p. 355:

“According to Reiser, it was entirely that demands of the new technologies that caused the rise of the hospital. But this is really only part of the story. The hospital is in fact organized on the model of a factory. The move of health care to the hospitals is the psychosocial counter part of the move in the material production which relocated economic activity out of the small-scale and personal setting of the individual home and into the large-scale and impersonal setting of the factory. The trend in both material production and in the production of services (such as medical diagnostic services) has been toward breaking

down complex process into increasingly specialized and repetitive activities. This division of labor and accompanying specialization are necessary if there is to be centralized control of production processes. And centralized control is necessary if just a few people are to extract maximum profit from the labor which is performed mainly by others. so it is no more accurate to say it was entirely the demands of science, of better diagnosis, which caused the rise of medical specialism and of the centralization of health care in hospitals in the late nineteenth century than it would be to say that it was entirely the demands of economy production which caused the rise of the assembly line and the centralization of material production in factories."

**BIBLIOGRAFIA**

## INDICAÇÕES PREVIAS

Emprega-se aqui o sistema de citação bibliográfica *autor-data* (ECO, 1977), que deve ser assim interpretado:

- no texto a citação aparecerá entre parênteses contendo: SOBRENOME do autor (do primeiro autor, quando mais de um autor), data da primeira edição do livro ou do artigo citado, e número da(s) página(s) onde encontra-se o texto utilizado.

- neste índice bibliográfico aparecerá na seguinte disposição:

SOBRENOME, Nome do Autor

19?? & SOBRENOME e Nome de co-autores e colls. "Título do Artigo, ou capítulo, ou Ensaio Citado". In: SOBRENOME e Nome de um eventual organizador. *Título do Livro, ou da Revista*. Local da edição utilizada, Nome da Editora (no caso de livro), dados eventuais desta edição, data da mesma, volume e número do fascículo (no caso de artigos), páginas onde se encontra o artigo, ou o capítulo, ou o ensaio.

↓  
data da primeira edição da obra

ALBUQUERQUE, J. A. Guilhon

- 1978 *Metáforas da Desordem*. Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 1978.
- 1979 *Da Assistência à Disciplina: o Programa de Saúde Comunitária*. São Paulo, Departamento de Ciências Sociais, FFLCH-USP, 1979 (mimeo.).
- 1980 *Instituição e Poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2a. ed., 1986.

ARIES, Philippe

- 1973 *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 2a. ed., 1981.
- 1977 *O Homem diante da Morte*, vol. I. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora, 1981.

BARTHES, Roland

- 1956 *Mitologias*. Rio de Janeiro, Editora Bertrand Brasil, 8a. ed., 1989.

BAUDRILLARD, Jean

- 1969 "La genèse idéologique des besoins". In: \_\_\_\_\_  
*Pour une critique de l'économie du signe*. Paris, Gallimard, 1972, pp. 59-94.
- 1970 *A Sociedade de Consumo*. Lisboa, Edições 70, 1991.
- 1978 *A Sombra da Maiorias Silênciosas: o Fim do Social e o Surgimento das Massas*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1985.

BECKER, Ernest

- 1973 *A Negação da Morte*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1976.

BENJAMIN, Walter

- 1969 *Reflexões: a Criança, o Brinquedo, a Educação.*  
São Paulo, Summus Editorial, 1984.

BERLINGUER, Giovanni

- 1969 *Psiquiatria y Poder.* Buenos Aires, Granica Editor,  
1972.
- 1970 "O Papel Social do Médico". In: \_\_\_\_\_ *Medicina  
e Política.* São Paulo, Editora Hucitec, 3a. ed.,  
1987, pp. 151-78.

BERQUÓ, Elza Salvatori

- 1981 & SOUZA, José M. Pacheco, & GOTLIEB, Sabina L. D.  
*Bioestatística.* São Paulo, Editora Pedagógica e  
Universitária, 1981.

BOLTANSKI, Luc

- 1979 *As Classes Sociais e o Corpo.* Rio de Janeiro,  
Edições Graal, 2a. ed., 1984.

BUNUEL, Luis

- 1982 *Meu Último Suspiro.* Rio de Janeiro, Editora Nova  
Fronteira, 1982.

CALVINO, Italo

- 1988 *Seis Propostas para o Próximo Milênio: Lições  
Americanas.* São Paulo, Companhia das  
Letras, 2a. reimpressão, 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa

- 1989 & MERHY, Elias; NUNES, Everardo Duarte.  
*Planejamento sem Normas.* São Paulo, Editora  
Hucitec, 1989.
- 1991 *A Saúde Pública e a Defesa da Vida.* São Paulo,  
Editora Hucitec, 1991.

- 1992 *Reforma da Reforma: Repensando Saúde*. São Paulo, Editora Hucitec, 1992.
- CANETTI, Elias
- 1960 *Massa e Poder*. São Paulo, Editora Melhoramentos; Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1983.
- 1980 *Uma luz em meu Ouvido: a História de uma Vida, 1921-1931*. São Paulo, Companhia das Letras, 1988.
- CANGUILHEM, Georges
- 1966 *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 2a. ed., 1982.
- 1977 *Ideologia e Racionalidade nas Ciências da Vida*. Lisboa, Edições 70, s.d.
- CHAUI, Marilena de Sousa
- 1981 *Cultura e Democracia: o Discurso Competente e outras Falas*. São Paulo, Editora Moderna, 2a. ed., 1981.
- 1987 "Sobre o medo". In: NOVAES, Adauto (org.) *Os Sentidos da Paixão*. São Paulo, Companhia das Letras, 1987, pp. 35-75.
- 1990 "Laços do desejo". In: NOVAES, Adauto (org.) *O Desejo*. São Paulo, Companhia da Letras, 1990, pp. 19-66.
- 1992 "Público, privado, despotismo". In: NOVAES, Adauto (org.) *Ética*. São Paulo, Companhia das Letras, 1992, pp. 345-90.
- 1994a "Universidade e Iniciativa Privada", *Folha de São Paulo*, 29/7/1994, p. 3, caderno 1, coluna de Tendências e Debates.
- 1994b *Convite à Filosofia*. São Paulo, Editora Ática, 1994.

CHIOZZA, Luis

- 1987 *Por que adoecemos? A História que se oculta no Corpo*. Campinas, Editora Papyrus, 1987.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima

- 1992 & MOYSES, Maria Aparecida A. "O Renascimento da Saúde Escolar Legitimando a Ampliação do Mercado de Trabalho na Escola". *Cadernos CEDES*, Campinas, Editora Papyrus, 1992; 28: 23-9.

COSTA, Jurandir Freire

- 1983 *Ordem Médica e Norma Familiar*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1983.
- 1984 *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2a. ed., 1986.
- 1988 "Visita ao Coração das Trevas". In: *Cadernos Sehig 1: Saúde Mental*, 1988, 1 (1): 1-7.
- 1989 *Psicanálise e Contexto Cultural*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2a. ed., 1989.
- 1993 "O Medo Social". In: HARAZIM, Dorrit (editor). *Veja 25 anos: Reflexões para o Futuro*. São Paulo, Editora Abril Cultural, 1993.

DELEUZE, Gilles

- 1969 *Lógica dos Sentidos*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1974.
- 1972 & GUATTARI, Félix. *O Anti-Edipo: Capitalismo e Esquizofrenia*. Lisboa, Edições Assírio e Alvim, 1976.
- 1990 *Conversações, 1972-1990*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.
- 1991 & GUATTARI, Félix. *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

DOLTO, Françoise

- 1981a *La Dificultad de Vivir: El Psicoanalista y la prevención de las neurosis*, vol. I. Barcelona, Editorial Gedisa, 1982.
- 1981b *La Dificultad de Vivir: El PSicoanalista y la prevención de las neurosis*, vol II. Barcelona, Editorial Gedisa, 1982.
- 1982 *No Jogo do Desejo: Ensaio Clínicos*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1984.

DONABEDIAN, Avedis

- 1973 *Los Espacios de la Salud: Aspectos fundamentales de la Organización de la Atención Médica*. Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica, 1988.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro

- 1975 *Medicina e Sociedade: o Médico e seu Mercado de Trabalho*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1975.
- 1976 & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976.

ECO, Umberto

- 1977 *Como se Faz uma Tese*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1983.
- 1983 *Viagem na Irrealidade Cotidiana*. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira, 1984.

ESPINOSA, Baruch de

- 1677 *Ética: Demonstrada à Maneira dos Geometras*. São Paulo, Editora Abril Cultural, 3a. ed., 1983.

FLETCHER, Robert H.

- 1982 & cols. *Epidemiologia Clínica: Bases Científicas da Conduta Médica*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989.

## FOUCAULT, Michel

- 1963 *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 2a. ed., 1980.
- 1969 *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária, 1985.
- 1976 "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". *Educación Médica y Salud*, 1976; 10, (2): 152-69.
- 1977 "História de la medicalización". *Educación Médica y Salud*, 1977; 11(1): 3-25.
- 1979 *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Edições Graal, 6a. ed., 1986 (Biblioteca de Filosofia e Ciências Humanas, dir. Roberto Machado, vol.7).

## FREUD, Sigmund

- 1901 *Psicopatologia de la Vida Cotidiana*. Barcelona, Alianza Editorial, 13a. reimp., 1989.
- 1905 *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1972.

## GUATTARI, Félix

- 1977 *Revolução Molecular: Pulsações Políticas do Desejo*. São Paulo, Editora Brasiliense, 3a. ed., 1987.
- 1986 & ROLNIK, Suely. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis, Editora Vozes, 1986.
- 1987 "Da produção de subjetividade". In: PARENTE, André (org.), *Imagem-Máquina*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1993, pp. 177-91.
- 1989 *As Três Ecologias*. Campinas, Papirus Editora, 3a. ed., 1991.
- 1990 "Linguagem, Consciência e Sociedade". In: LANCETTI, Antonio (org.), *SaúdeLoucura 2*. São Paulo, Editora Hucitec, 1990, pp. 3-17.

HARDING, Sandra

- 1978 "Knowledge, Technology, and Social Relations". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1978; 3 (4): 346-61.

HELLER, Agnes

- 1970 *O Cotidiano e a História*. São Paulo, Editora Paz e Terra, 3a. ed., 1989.
- 1974 *Teoría de las Necesidades en Marx*. Barcelona, Ediciones Península, 2a. ed., 1986.
- 1977 "Entrevista" a ADORNATO, Ferdinando: *Para Mudar a Vida - Felicidade, liberdade e democracia*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1982.

HYND, George W.

- 1991 & cols. "Corpus Callosum Morphology in Attention Deficit- Hyperactivity Disorder: Morphometric Analysis of MRI". *Journal of Learning Disabilities*, 1991; 3: 141-6.

JODELET, Denise

- 1984 "Représentation Sociale: Phénomènes, Concept, et Théorie". In: MOSCOVICI, Serge (org.), *Psychologie Sociale*. Paris, Presses Universitaires de France, 4a. ed., 1992, pp. 357-78.

KALIMO, E.

- 1979a "Health Service Needs". In: HOLLAND, Walter W. et al. (editores). *Measurement of Levels of Health*, WHO Regional Publications European Series No. 7. Copenhagen, World Health Organization, 1979, pp. 64-72.
- 1979b "A Method for Estimating the Need for Medical Care". In: HOLLAND, Walter W. et al. (editores).

*Measurement of Levels of Health*, WHO Regional Publications European Series No. 7. Copenhagen, World Health Organization, 1979, 313-19.

KNOX, E. G.

1979 *Epidemiology in Health Care Planning - a Guide to the uses of a scientific method*. Oxford, Oxford University Press, 1a. reimp., 1986.

LAIN ENTRALGO, Pedro

1958 *La Curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica*. Barcelona, Editorial Anthropos, 1987

1964 *La Relación Médico-Enfermo: História e Teoria*. Madrid, Alianza Editorial, 1983.

1978 *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat Editores, 1978.

LEBRAO, Maria Lúcia

1985 "Classificação Internacional de Motivos de Consulta Médica para Assistência Primária: Teste em algumas Áreas Brasileiras". *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 19: 69-78, 1985.

LALANDE, André

1926 *Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia*. São Paulo, Livraria Martins Fontes Editora, 1993.

LEFEBVRE, Henri

1968 *La Vida Cotidiana en el Mundo Moderno*. Madrid, Alianza Editorial, 3a. ed., 1984.

1969 *Lógica Formal / Lógica Dialética*. Rio de Janeiro, Editora Civilização Brasileira, 1975.

LIMA, Gerson Zanetta de

1985 *Saúde Escolar e Educação*. São Paulo, Editora Cortez, 1985.

- 1986 "Saúde Escolar: Perspectivas de Desenvolvimento".  
*Caderno CEDES*, 1986; 15: 55-61.

LISPECTOR, Clarice

- 1964 *A Paixão Segundo G.H.* (Edição Crítica Coordenada por Benedito Nunes). Florianópolis, Editora da UFSC, 1988.

LLOVET, Juan José

- 1984 *Servicios de Salud y Sectores Populares: los Años del proceso.* Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 1984.

LYOTARD, Jean-François

- 1979 *O Pós-Moderno.* Rio de Janeiro, José Olympio Editora, 4a. ed., 1993.
- 1993 "Algo assim como: Comunicação... sem Comunicação". In: PARENTE, André (org.). *Imagem-Máquina: a Era das Tecnologias do Virtual.* Rio de Janeiro, Editora 34, 1993.

MACHADO, Roberto

- 1982 *Ciência e Saber: a Trajetória da Arqueologia de Michel Foucault.* Rio de Janeiro, Edições Graal, 2a. ed., 1988.
- 1990 *Deleuze e a Filosofia.* Rio de Janeiro, Edições Graal, 1990.

MANNONI, Maud

- 1967 *A Criança, sua Doença e os Outros: o Sintoma e a Palavra.* Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 3a. ed., 1987.
- 1981 *A Primeira Entrevista em Psicanálise.* Rio de Janeiro, Editora Campus, 6a. ed., 1988.

MARCUSE, Herbert

- 1955 *Eros e Civilização: uma Interpretação Filosófica do Pensamento de Freud*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 8a. ed., 1981.
- 1959 "La ideologia de la Muerte". In: \_\_\_\_\_ *Ensayos sobre Política y Cultura*. Barcelona, Ediciones Ariel, 3a. ed., 1972, pp. 183-211.

MARX, Karl

- 1857 "Para Crítica da Economia Política". In: GIANNOTTI, José Arthur (org.). *Manuscrítos Económicos - Filosóficos e Outros Textos Escolhidos*. São Paulo, Editora Nova Cultural, 4a. ed., 1987, pp. 3-157.

MERHY, Emerson Elias

- 1985 *O Capitalismo e a Saúde Pública*. Campinas, Papyrus Editora, 2a. ed., 1987.
- 1992 *A Saúde Pública como Política: um Estudo de Formuladores de Políticas*. São Paulo, Editora Hucitec, 1992.

MOSCOVICI, Serge

- 1984 *Psychologie Sociale*. Paris, Presses Universitaires de France, 4a. ed., 1992.

MOYSÉS, Maria Aarecida Affonso

- 1992 & COLLARES, Cecília A. Lima. "A História Não Contada dos Distúrbios de Aprendizagem". *Cadernos CEDES*, Editora Papyrus, Campinas, 1992; 28: 31-47.
- 1992 & COLLARES, Cecília A. Lima. "Sobre Alguns Preconceitos no Cotidiano Escolar". *Revista Idéias*, 1992 (prelo).

NOVAES, H. Maria Dutilh

- 1985 & ZUCCOLOTTI, Sandra Maria Callioli. "A Saúde do Escolar". *Cadernos CEDES*, 1986; 15: 17-29.

1987 *Diagnosticar e Classificar: o limite do olhar*. São Paulo, Tese de Doutorado, Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, 1987 (mimeo.)

OLIVEIRA, Cátia Gomes

1990 "Introdução à crítica das noções empregadas em pesquisa sobre `satisfação do usuário`". *Saúde em Debate*, 1990; 30: 32-4.

OMS (Organização, Mundial da Saúde)

1977 *Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito - 9a. Revisão - Vol. I*. São Paulo, Ministério da Saúde - Universidade de São Paulo, 1978.

1992 *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 10a. Revisão - Vol. I*. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 1993.

PARENTE, André

1993 "Introdução - Os Paradoxos da Imagem-Máquina". In: PARENTE, André (org.). *Imagem-Máquina: A Era das Tecnologias do Virtual*. Rio de Janeiro, Editora 34, 1993, pp. 7-33.

PESSOA, Fernando

1982 *Livro do Desassossego*, por Bernardo Soares (heterônimo). São Paulo, 3a. ed, 1989.

1990 *Livro de Versos de Alvaro de Campos* (Edição Crítica: Introdução, Transcrição, Organização e Notas de Tereza Rita Lopes). Lisboa, Editorial Estampa, 1993.

PRADO, Adélia

1987 *Solte os Cachorros*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1987.

QUEVEDO, Emílio

- 1990 *El Proceso Salud-Enfermedad: hacia una Clínica y una epidemiología no positivistas*. Bogotá, Seminario de Filosofía e História de las Ciencias y de las Profesiones de la Salud, Escuela Colombiana de Medicina, 1990 (mimeo.).

REISER, Stanley Joel

- 1978a *Medicine and the Reign of Technology*. New York, Cambridge University Press, 1978.
- 1978b "The Decline of the Clinical Dialogue". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 1978; 3 (4): 305-13.

ROBERT, Paul

- 1967 & coll. *Le Petit Robert I - Dictionnaire Alfabétique et analogique de la langue Française*. Paris, Dictionnaires Le Robert, ?a. ed., 1985.

ROLNIK, Suely

- 1989 *Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo*. São Paulo, Estação Liberdade, 1989.

SANTOS, Laymert Garcia dos

- 1989a "A experiência da agonia". In:\_\_\_\_\_ *Tempo de Ensaio*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989, pp. 13-34.
- 1989b "Leitura de Deleuze e Guattari". In:\_\_\_\_\_ *Tempo de Ensaio*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989, pp. 59-69.
- 1989c "A escultura do tempo". In:\_\_\_\_\_ *Tempo de Ensaio*. São Paulo, Companhia das Letras, 1989, pp. 111-21.

- 1990 "Lautréamont e o desejo de não desejar". In:  
NOVAES, Adauto (org.), *O Desejo*. São Paulo,  
Companhia das Letras, 1990, pp. 209-20.
- SAYON, Ricardo
- 1984 & ZUCCOLOTTO, Sandra M. Callioli. "Dor Abdominal  
Recorrente". In: BRESOLIN, Ana Maria Bara et al.  
(coord.), *Pediatria em Consultório*. São Paulo,  
Editora Sarvier, 1985, pp. 213-24.
- SCHRAIBER, Lília Blima
- 1993 *O Médico e Seu Trabalho: Limites da Liberdade*. São  
Paulo, Editora Hucitec, 1993.
- SOUZA, Herbert de
- 1994 "Direitos Humanos e AIDS". In:\_\_\_\_\_ *A Cura da  
AIDS*. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994, pp. 11-  
30.
- USSEL, Jos Van
- 1970 *Repressão Sexual*. Rio de Janeiro, Editora Campus,  
1980.
- VIRILIO, Paul
- 1993 "A Imagem Virtual Mental e Instrumental". In:  
PARENTE, André (org.), *Imagem-Máquina: a Era das  
Tecnologias do Virtual*. Rio de Janeiro, Editora 34,  
1993.
- WILLARD, L. Duane
- 1982 "Needs and Medicine". *The Journal of Medicine and  
Philosophy*, 1982; 7: 259-74.

WINNICOTT, D.W.

- 1958 *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise.*  
Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora,  
4a. ed, 1993.
- 1971 *O Brincar e a Realidade.* Rio de Janeiro, Imago  
Editora, 1975
- 1979 *O Ambiente e os Processos de Maturação: Estudos  
sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional.* Porto  
Alegre, Editora Artes Médicas, 1988.