UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

Itinerários Terapêuticos entre Pacientes do Hospital de Base (DF)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Diogo Neves Pereira

Orientadora: Profa. Dra. Carla Costa Teixeira

Brasília
Março de 2008

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Diogo Neves Pereira

Itinerários Terapêuticos entre Pacientes do Hospital de Base (DF)

Aprovada em 08 de Março de 2008

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Carla Costa Teixeira (Departamento de Antropologia – UnB)
(Presidente)

Prof. Dr. Roque de Barros Laraia (Departamento de Antropologia – UnB)
(Examinador)

Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez (Departamento de Saúde Coletiva – UnB)
(Examinadora)

RESUMO

A dissertação apresenta reflexões acerca dos itinerários terapêuticos de pacientes do Hospital de Base, localizado em Brasília, Distrito Federal. É resultado de pesquisa desenvolvida no segundo semestre de 2007, durante o qual foi produzida etnografia da instituição, além de entrevistas com pacientes de seus diferentes setores. Objetiva explorar os aspectos centrais destes itinerários terapêuticos, identificando os principais fatores presentes em suas composições. Nesse sentido, as reflexões foram organizadas a partir de quatro eixos principais. No primeiro deles são discutidas as buscas por tratamento empreendidas pelos pacientes, especialmente através das instituições públicas de saúde. Em seguida dá-se foco às experiências vividas por eles dentro do Hospital de Base. A seguir é debatido o uso de medicamentos nos tratamentos médicos e as relações que os pacientes estabelecem com eles. Por último, analisa-se as diversas incertezas que acompanham os pacientes ao longo de seus itinerários terapêuticos.

Palavras-chave:

Itinerários terapêuticos; Hospital de Base; medicina; buscas por tratamento; medicamentos; incertezas.

ABSTRACT

The dissertation presents reflections about therapeutic itineraries of the Hospital de Base's patients, localized in Brasília, Federal District. Is the result of a research developed in 2007's second semester, during which ethnography of the institution was produced, as well as interviews with patients from its different sectors. Intents to explore the central aspects of these therapeutic itineraries, identifying the principal factors present in their compositions. Therefore, the reflections were organized into four main points. The first of them discusses the pursuits for treatment undertaken by the patients, especially through the public health care institutions. The following gives focus to the experiences lived by them inside the Hospital de Base. The next one debates the use of medications in medical treatments and the relations that the patients establishe with them. Finally, the last one analyses the several uncertainties that accompanies the patients in the course of their therapeutic itineraries.

Key words:

Therapeutic itineraries; Hospital de Base; medicine; pursuits for treatment; medications; uncertainties.

ÍNDICE

Apresentação 6
Preâmbulo
Por que Itinerários Terapêuticos? 9
Capítulo 1
Buscas por Tratamento 26
Capítulo 2
No Hospital de Base 58
Anexo 1: Rituais de Controle de Risco no Hospital de Base 92
Anexo 2: O Lugar da Saúde no Plano Piloto 105
Anexo 3: Fotos Externas do Hospital de Base 125
Capítulo 3
Medicamentos 128
Capítulo 4
Incertezas 158
Arremate 185
Posfácio 195
Bibliografia Citada 196

Quadro 1
As buscas de Nora 22
Quadro 2
História em 15 atos 34
Quadro 3
Dezesseis anos de espera 42
Quadro 4
A relatividade do tempo 47
Quadro 5
O ponto final 55
Quadro 6
Ajudas para Ema 63

Quadro 7
As crianças 77
Quadro 8
Apenas vinte minutos 81
Quadro 9
Enrolando 89
Quadro 10
Entre o frio e o calor 98
Quadro 11
Aprendizado 132
Quadro 12
Reviravolta 141
Quadro 13
A surpreendente pergunta de Nilson 147
Quadro 14
Três enfartes, um intervalo e um inchaço 155
Quadro 15
Não tem lei para eles 161
Quadro 16
Entrevista com mãe e filha 166
Quadro 17
Anônima 171
Quadro 18
Helena 180
Quadro 19
Um conselho 192

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado foi produzida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, sob orientação da professora Carla Costa Teixeira, do Departamento de Antropologia da mesma universidade. Seu objetivo é discutir determinados aspectos dos itinerários terapêuticos de pacientes do Hospital de Base, situado em Brasília, Distrito Federal.

Ela é o resultado de pesquisa desenvolvida no Hospital de Base entre os meses de junho e novembro de 2007. Neste período foram realizadas aproximadamente trinta e cinco visitas à instituição, durante as quais cerca de cinqüenta entrevistas com pacientes de diversos setores foram gravadas. Além disso, foi empreendida exploração etnográfica em torno do funcionamento de vários de seus ambientes.

A pesquisa foi possível a partir de Projeto de Pesquisa submetido e aprovado tanto pela direção do Hospital de Base quanto pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal nos meses de abril e maio de 2007.

As observações etnográficas e os relatos obtidos com os pacientes durante a pesquisa são então sistematizados, apresentados e discutidos ao longo do texto, em conjunto com debates bibliográficos.

No Preâmbulo, que recebeu o título de *Por que Itinerários Terapêuticos?* são esclarecidas as motivações para a realização da pesquisa nos termos em que ela se deu, bem como as principais etapas de seu desenvolvimento. Além disso, demonstra-se a proficuidade

da noção de *itinerário terapêutico*, explicita-se as razões da escolha do Hospital de Base como cenário da pesquisa e elucida-se os elementos que guiaram as reflexões da dissertação.

No primeiro capítulo, intitulado *Buscas por Tratamento* traça-se um panorama geral dos caminhos percorridos pelos pacientes do Hospital de Base na intenção de conseguirem atendimento médico. São apresentadas questões centrais concernentes ao início dos itinerários terapêuticos destes pacientes, aos locais que atravessam e ao modo como eles se dão nas instituições de saúde.

No segundo capítulo, intitulado *No Hospital de Base* o ambiente e o funcionamento da instituição são descritos. A partir desta descrição discute-se as experiências de funcionários, pacientes e visitantes no seu interior. O capítulo inclui ainda três apêndices. No primeiro deles, *Rituais de Controle de Risco no Hospital de Base*, são comparadas e descritas diversas ações rotinizadas, previstas e repetitivas realizadas em múltiplos setores do hospital e que envolvem o controle de riscos diferentemente definidos. No segundo apêndice, *O Lugar da Saúde no Plano Piloto*, é feito um mapeamento das mudanças ocorridas ao longo da história de Brasília em torno dos locais de construção das instituições de saúde e discute-se as razões destas mudanças. O terceiro apêndice reúne seis fotografias da área externa do Hospital de Base.

No terceiro capítulo, intitulado *Medicamentos* é apresentada a centralidade dos medicamentos nos tratamentos médicos e algumas das conseqüências deste fato. Por outro lado, descreve-se as maneiras por meio das quais os pacientes têm acesso aos medicamentos e as relações que estabelecem com eles.

No quarto capítulo, intitulado *Incertezas* são discutidas as incertezas dos pacientes acerca das causas de seus problemas de saúde, de seus tratamentos e de seus futuros. Reflete-se sobre a ligação entre estas incertezas e as relações dos pacientes com o saber médico.

Na parte final da dissertação, que recebeu o título *Arremate*, algumas das discussões são finalizadas e argumenta-se em torno da necessidade do desenvolvimento de experiências de saúde/doença mais autônomas por parte dos pacientes do sistema público de saúde.

Ao longo de toda a dissertação existem dezenove quadros que podem – de acordo com o critério do leitor – ser saltados durante a leitura, lidos em conjunto de uma só vez ou no momento que aparecerem, pois são relativamente independentes com relação ao corpo do texto. Todos eles foram escritos a partir das histórias narradas pelos pacientes durante as entrevistas realizadas no Hospital de Base e intentam iluminar as discussões produzidas, pôr em contexto algumas questões e permitir ao leitor ir além das reflexões apresentadas.

Os Azande não concebem seu mundo sem os adivinhos, assim como nós não conseguimos conceber o nosso sem médicos.

E. E. Evans-Pritchard

PREÂMBULO

Por que itinerários terapêuticos?

Tal como adoecimentos, tratamentos e curas só adquirem sentido se tomados em conjunto e ao longo do tempo, julguei interessante resgatar e narrar meu próprio itinerário na produção desta dissertação para que as discussões que empreendo à guisa de, ou, melhor dizendo, num de guisado de resultados, assumam seu justo valor[1].

Tudo começou com uma incômoda perturbação. O debate sobre as especificidades das noções de saúde/doença em coletividades diferenciadas é corrente e antiga na Antropologia. É fácil encontrarmos indícios disso em muitos dos trabalhos de autores atualmente considerados clássicos. Muitas monografias que tinham foco em outras problemáticas de determinadas coletividades passaram por essa discussão. Malinowski (1922: 64-8), em *Argonautas do Pacífico Ocidental*, por exemplo, discutiu a relação dos trobriandeses com a questão da doença, e nos ensinou que entre eles as doenças leves seriam entendidas como tendo causa na vida ordinária do homem, enquanto as graves seriam o resultado de magia ou contramagia, sendo a magia negra mais freqüente aquela causada pelo *bwaga'u*, ou feiticeiro negro, havendo ainda aquelas causadas pelas bruxas voadoras, que em geral produziriam doenças súbitas e graves, ou então pelos *tauva'u*, seres antropomórficos geradores de epidemias. Por sua vez, Leach (1954: 223; 230-2; 240-3), em *Sistemas Políticos da Alta Birmânia*, explicitou a ligação feita pelos trobriandeses entre problemas de saúde e a ação de seres sobrenaturais de

[1] Uma primeira versão deste Preâmbulo foi apresentada no X Seminário Interno de Pesquisa do Grupo *Cultura, Memória e Desenvolvimento*, ocorrido no Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília entre os dias 12 e 14 de dezembro de 2007. Agradeço ao Prof. Edson Farias pela oportunidade de participar do evento e por seus comentários e sugestões.

diferentes tipos, além de demonstrar a relação entre essas idéias e a dinâmica da estrutura social. Noutro sentido, mesmo Durkheim (1895), já em *As Regras do Método Sociológico*, usou a diferença entre saúde e doença para pensar o modo como a ciência poderia influenciar a vida prática e a normalidade ou não dos fatos sociais, argumentando que a saúde estaria ligada àquilo que é geral, normal, compondo certo "tipo médio", enquanto a doença seria, na sua concepção, relativa ao desviante.

Entretanto, diversos trabalhos tomaram as questões de saúde como temas principais. Mas na história da antropologia esse debate obviamente assumiu contornos históricos tão específicos quanto o próprio (e famoso, e controverso) binômio "representações e práticas" de saúde/doença. Tal como entendo, um primeiro desafio compartilhado por diversos antropólogos foi demonstrar em que medida as práticas de saúde/doença não-ocidentais eram racionais ou, pelo menos, culturalmente coerentes. Neste bojo, dois trabalhos se destacaram. Primeiro, o de Rivers (1924), que com estudos desenvolvidos sobretudo na Melanésia e na Nova Guiné argumentou que, embora erradas, as práticas "primitivas" possuiriam sua lógica, que decorreria da ligação coerente entre idéias sobre causação e procedimentos de diagnóstico e tratamento. Segundo, o muito lido *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*, de Evans-Pritchard (1937), que apresenta uma rica descrição das práticas Azande. O autor mostra as contradições de seu sistema de pensamento e explicita as diferentes visões existentes entre as pessoas, mas argumenta que em conjunto elas comporiam um "idioma", um esquema de reflexão e ação do qual os Azande não poderiam escapar, pois seria o único que possuiriam. O argumento é que os Azande pensariam de forma errada a partir de um esquema equivocado, mas seus erros seriam coerentes entre si e para com o sistema entendido como um todo. Ou seja, tanto para Rivers quanto para Evans-Pritchard, as premissas dos grupos estudados seriam falsas, porém, elas postas, os procedimentos que delas decorrem seriam coerentes e eficazes e, nesse sentido particular, verdadeiros.

Os campos de estudo e interesse dos antropólogos foram se multiplicando e assumindo configurações diversas. Além do programa acima citado da compreensão da coerência interna de sistemas culturais possuidores de premissas distintas, outras linhagens surgiram e prosperaram. Obviamente, a organização delas em genealogias fechadas depende sempre de um ponto a partir do qual as associações são traçadas e que é sempre arbitrariamente escolhido. Todavia, ainda assim podemos indicar alguns direcionamentos comuns por parte de grupos de autores. Um primeiro partiria do postulado inicial de que as questões de saúde seriam dependentes de dimensões analíticas sociológicas (o "social", o "econômico", o "político", o "histórico" etc.) mais amplas. E aqui destacaria Boltanski (2004), Loyola (1991),

Morsy (1996), Lock e Scheper-Hughes (1996), Last (1996) e Gerhardt (2006) como membros deste grupo. Um outro conjunto se associaria a abordagens fenomenológicas, e teria em Alves (ALVES & SOUZA, 1999 e ALVES & RABELO, 1999) um importante autor. Outra linhagem que se multiplicou bastante poderia ser marcada como tendo origem nos Estados Unidos, com autores preocupados especialmente com a descrição e comparação de sistemas etnomédicos. Alguns trabalhos de Kleinman e Csordas (KLEINMAN, 1980 e CSORDAS & KLEINMAN, 1996) poderiam ser identificados por este projeto. Do outro lado do Atlântico nasceu uma discussão mais ocupada com o tema das concepções acerca da causação das doenças, forjada na França por Sindzingre & Zèmpleni (1981) e que migrou para o Brasil e foi divulgada por Buchillet (1991) e Langdon (1991; 1994). Ainda na França, Mauss, com ensaios tais como "Efeito físico no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade (Austrália, Nova Zelândia)" (1924) e "As Técnicas do Corpo" (1934), incentivou o estudo sobre as relações entre os planos "psicológico", "corporal" e "social". Discussão que foi assumida e recebeu novos contornos com Lévi-Strauss (1958) a partir de sua tese sobre a homologia formal entre estruturas e suas implicações na produção da cura. Outra linhagem que muito se multiplicou foi a dos estudos acerca dos papéis sociais relacionados com saúde/doença, e que tem em Parsons (1951) um dos parentes mais proeminentes. Poderia citar ainda a controvertida "ecologia cultural" exposta por Soares, Dias & Oliveira (1991) ou o incontestável anarquismo de Illich (sem data). Outros autores, tais como Elias, com obras como *O Processo Civilizador* (1939) e, Foucault com *O Nascimento da Clínica* (1980), também reuniram muitas pessoas em torno de debates por eles sistematizados acerca das questões de poder nas micro-instâncias da vida. Estes são apenas alguns rascunhos dentre as muitas *histórias teóricas* – tal como a professora Mariza Peirano (2006) denominaria – possíveis ou imagináveis da antropologia da saúde. O leitor pode encontrar outras melhor formuladas em Young (1982), esta construída a partir da importância dada pelos autores a aspectos sociais e biológicos e às suas filiações epistemológicas; em Queiroz & Canesqui (1986a), com uma história pautada pelas tradições nacionais inglesa, estadunidense e francesa; em Buchillet (1991), que também faz uma análise dos estudos produzidos na França e nos Estados Unidos; em Diniz (1997), com uma história da antropologia da saúde no Brasil e apontamentos sobre as características de seus pesquisadores, além de um mapeamento de obras e centros de referência; em Queiroz & Canesqui (1986b), que contém balanço dos estudos produzidos no Brasil destacando suas principais influências; em Morsy (1986), para a caracterização de certa linhagem forjada por uma perspectiva ligada à economia política; em Rubel & Hass (1996), que faz um traçado mais linear e detalhado da *etnomedicina* enquanto

abordagem específica dentro da antropologia da saúde; ou, finalmente, em Leite & Vasconcelos (2006), que apresenta referências do campo na medida em que explicita resultados de uma pesquisa.

A despeito dessa diversidade de linhas de pensamento, uma problemática muito presente em certos trabalhos era a da relação entre as questões culturais especificamente de saúde/doença com a "totalidade da cultura". O que inexoravelmente apontava para uma questão ética e política importante: o que fazer com as práticas "locais", "indígenas", "não-ocidentais" de saúde/doença em situações de contato? Respeitá-las, ou combatê-las? Ou outra coisa qualquer? Porque dessa resposta verteria um plano de ação importante para os agentes envolvidos nestas situações. Tratou-se, na prática, de, por vezes, operar ou não, medicar ou não, deixar morrer ou não, fazer morrer ou não. Dito de outro modo, o que se apresentava como tema de debate era o modo como a medicina ocidental se relacionaria com os saberes locais.

Mas este é um ambiente teórico muito geral e grosseiramente descrito. Dele, o que me atacou foi uma impressão de que no Brasil essa discussão tinha como um de seus principais focos os múltiplos aspectos da implantação e manutenção de sistemas de serviços de saúde para comunidades etnicamente diferenciadas, especialmente as indígenas. Ainda hoje se discute em que medida a intervenção estatal, via serviços de saúde implantados e gratuitamente oferecidos a estas comunidades, violenta suas culturas. E daí todo o esforço em se preservar as (mais uma vez) "representações e práticas" próprias destes grupos. Como remédio, tem-se tentado desenvolver sistemas alternativos de saúde com o objetivo de respeitar, impulsionar e dialogar com estas experiências específicas. No entanto, pesquisas apontam muito fortemente para os danos decorrentes deste processo, com a utilização dos serviços de saúde diferenciados como facilitadores, negociadores ou legitimadores de intervenções que – bem intencionadas ou não – passam longe de qualquer consideração para com a multiplicidade cultural humana.

Esta linha de discussão foi o agente causador de uma "coceira" que mais de uma vez me tirou o sono. O peso do debate em torno do choque entre diferentes experiências culturais de saúde/doença pendendo para o lado da relação entre o Estado e as comunidades etnicamente diferenciadas tinha quase sempre como contrapartida uma aceitação tácita de que os serviços públicos de saúde (construídos, sobretudo, com premissas médicas) não seriam culturalmente violentos para com as populações não-indígenas, ou, mais corretamente, não-etnicamente diferenciadas. Perspectiva que tinha como cônjuge preferencial uma discussão pública e gratuita acerca da qualidade dos serviços de saúde (e de doença) prestados pelo

Estado. Olvidava-se assim uma preocupação com as premissas, fundamentos etc. a partir dos quais estas políticas são planejadas e implementadas. O suposto deste esquecimento é que, posto que as diferenças seriam propriedade dos etnicamente diferenciados, haveria, por seu turno, homologia, similitude, equivalência, ou qualquer coisa do gênero entre as concepções de corpo, saúde, doença, vida, morte etc. dos profissionais da medicina e as dos seus pacientes não-etnicamente diferenciados. À bem da verdade, em geral este tipo de posicionamento não aparecia de forma explícita e franca na literatura, e eu o enxergava como um nebuloso suposto. Desse modo, apenas para ilustrar citaria textos como os de Herrera (1991) e Lobo-Guerreiro (1991), que argumentam a necessidade da preservação de práticas nativas com relação às médicas ocidentais com vistas à elevação das condições de saúde das populações estudadas, os de Langdon (1991), Buchillet (1991) e Souza Santos & Mendonça Lima (1991), que apresentam contextos em que a medicina é utilizada sem que os fundamentos dos sistemas locais sejam comprometidos, ou ainda o de Soares (2006), que faz uma defesa geral da criação de serviços de saúde específicos para contextos locais diferenciados.

Recordava-me de Evans-Pritchard (1940) e avaliava que estávamos invertendo seu genial esquema aprendido com os Nuer. Ao invés de nos vermos como membros de uma comunidade internamente diferenciada e aos outros como partes de grupos homogêneos, estávamos julgando que os outros seriam diferenciados enquanto nosso gosto seria um só devido ao saudável tempero médico. Lembrava-me também de Good (1994a), que já havia alertado para o fato de que a antropologia não teria alcançado o mesmo sucesso em relativizar as questões de saúde/doença, tornando-as domínios passíveis de análise cultural, tal como Morgan o fez com as questões do parentesco – metaforicamente, não admitiríamos que nossas categorias biológicas seriam “classificatórias” e não “descritivas”. Afinal de contas, tudo bem se um amigo nosso quiser se casar com sua prima cruzada, mas o consideraríamos ingênuo se pegasse malária e quisesse se tratar apenas com reza e sacrifício. Ou, o que me parecia pior, imaginava pessoas dispostas a concordar com tratamentos de hepatite produzidas com chás e simpatias na medida em que fossem baluartes de práticas terapêuticas “culturais-ineficazes-em extinção”, engordando assim o coro dos defensores da resistência cultural frente à ofensiva médica ocidental. E desta forma o alerta de Good apontava para nossa dificuldade em relativizar nossas próprias premissas acerca desta dimensão da vida.

Isto posto, restava aos usuários e críticos do Sistema Único de Saúde (SUS) denunciarmos a falta de médicos, o descaso das autoridades, o desvio de verbas da saúde, a

necessidade da prorrogação da CPMF[2] e do uso correto de seus recursos, e assim por diante. Enfim, a idéia era que o modelo da nossa saúde pública seria correto, restando apenas solucionar os obscuros problemas de sua boa aplicação. E eu não cabia em mim. Pensava: será mesmo que somos tão homogêneos assim? Tinha quase certeza que, no fundo, no fundo, a questão era que nossas diferenças seriam insignificantes diante da grandeza dos saberes médicos. Precisava de ajuda. Foi quando procurei o apoio da professora Carla Costa Teixeira, que felizmente concordou em orientar meu tratamento. E o fez com tamanha paciência, tranqüilidade, segurança e atenção que certamente devo a ela grande parte de minha melhora. Sou-lhe muitíssimo grato. Logo juntos decidimos que o melhor seria que minha terapia se desse através de pesquisa com pacientes do Hospital de Base.

Entretanto, antes de iniciá-la era necessário qualificar melhor este tratamento, definindo os agentes teóricos que o tornariam possível. Do postulado fundamental – e amplamente aceito nas ciências sociais – de que a doença não é uma questão tão somente bio-física, para a formulação de uma perspectiva analítica que dê conta do fenômeno, entendido nesta forma particular, impõe-se uma distância absolutamente central. Num certo sentido, mesmo os especialistas da medicina reconhecem a importância da dimensão social, ou psicológica, ou "extra-bio-física" dos processos de saúde/doença, mas, segundo pude perceber até hoje, em geral a encaram como impedimentos, empecilhos ou facilitadores da ação bio-física que empreendem.

Acho que em boa medida todos nós passamos por essa dificuldade um dia – quando não temos que lidar com isso durante toda a vida. Qual será a minha abordagem teórica? Qual será meu quadro conceitual? Quem citarei? Felizmente, nestas problemáticas de saúde/doença temos uma riqueza muito grande de ancestrais (consangüíneos ou afins) que podemos utilizar para construirmos nossas linhagens e nos justificarmos perante os pares acerca de nosso lugar no mundo. Tinha diante de mim o amplo horizonte de possibilidades formado pelas linhagens às quais me referi acima, além de diversas outras não diretamente preocupadas com as temáticas de saúde/doença. Confesso que diante de todo este mar eu não sabia ao certo por onde navegar. Contudo, as leituras iam cada vez mais me mostrando que o fator tempo parecia essencial. Condições de saúde/doença não seriam estados estáticos, mas processos que têm não apenas no passado, mas também no futuro, aspectos indispensáveis à compreensão. De certo modo, exceto pelas doenças crônicas que têm características um pouco distintas, o

[2] CPMF: Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira. Imposto cuja renovação gerou disputas políticas em âmbito federal nos meses finais de 2007. Parte da arrecadação gerada por ele teoricamente seria direcionada para os gastos públicos na área de saúde, o que alimentou debates. Foi extinto em 31 de dezembro de 2007.

que chamamos de doença envolve sempre um adoecimento, um estar doente, um tratamento, uma cura ou uma morte – todos com seus múltiplos significados conflitantes. Por outro lado, as leituras bibliográficas foram progressivamente me mostrando que as escolhas feitas pelos sujeitos, assim como as questões sociais que delas participam, só tomam sentido se percebidas dentro destes intervalos temporais. Cada diagnóstico ofertado, cada resultado obtido e cada prognóstico imaginado não tem sentido por ele mesmo, mas na relação com os outros fatores dentro de um processo que tem no tempo seu examinador principal. Em casos de doença, como argumentou Young (1976), escolher determinado curso de ação é escolher determinado tradutor, determinada tradução e determinado leitor – todos com seus pré-requisitos e conseqüentes desdobramentos.

Por isso a idéia de *itinerário terapêutico* me parecia tão fértil. Diversos autores já haviam apontado o fato de que ela seria seminal para a compreensão de questões de saúde/doença, embora a concebessem de modos diferentes, de acordo especialmente com contextos etnográficos e/ou teóricos. Evans-Pritchard (1937) mostrou os diversos trânsitos dos Azande na tentativa de solucionarem adoecimentos, quer estejam ou não concebidos como frutos de bruxaria. Leach (1954: 223, 230) apontou que também entre os kachins há busca por novos diagnósticos e tratamentos quando os anteriores falham. Rivers (1924: 39-40) assinalara o uso concomitante de várias formas de tratamento. Foster & Anderson (1978a) indicaram a importância da dimensão temporal nas questões de saúde/doença ao esclarecerem o significado e as implicações da noção de *illness behaviour*, além de sugerirem a utilização de uma divisão analítica das situações de doença em cinco estágios montada por Suchman. Kleinman (1980) indicou que os itinerários terapêuticos se dariam por meio da passagem de indivíduos por diferentes sistemas médicos, sendo o popular aquele que indicaria os rumos e promoveria reavaliações durante o percurso. Langdon (1991; 1994) fez análise semelhante à de Kleinman, destacando que o início dos itinerários terapêuticos se daria na família ou com o próprio doente, além de apontar a importância das reavaliações durante o processo. No trabalho de Buchillet (1991) o trânsito das pessoas é importante, ainda que ele se dê mais entre agentes de saúde e recursos terapêuticos que propriamente entre sistemas médicos, pois eles atuam em níveis de ação distintos, sendo englobados pela perspectiva nativa. Em Augé (*apud* BUCHILLET, 1991) a idéia de itinerário terapêutico comporta a aparição da perturbação, suas etapas – geralmente compostas inicialmente pela avaliação realizada na família ou na comunidade durante a qual o foco se dirige para o alívio dos sintomas e, posteriormente, se for o caso, pela busca da causa última da perturbação – e as diferentes interpretações surgidas durante o processo. No trabalho de Souza Santos & Mendonça Lima

(1991) a idéia é que a medicina ocidental só seria procurada após o uso dos meios tradicionais, sendo que as razões do afastamento da medicina ocidental não seriam de crença, razões concebidas pelo pensamento, mas, sobretudo, práticas. Algo semelhante é argumentado por Machado (2003), que afirma que o largo intervalo entre consultas impulsionaria a busca por outros tratamentos ou serviços. Já no fecundo texto de Alves & Souza (1999) a idéia de itinerário terapêutico aparece como um processo articulado (embora não pré-determinado) – de escolhas, ações e reavaliações dentro de um campo de possibilidades – que se reúne numa unidade composta pela busca da solução de uma aflição; unidade que possui coerência apenas a partir de discursos produzidos posteriormente ao término do processo. Gerhardt (2006) sugeriu que a capacidade das famílias de solucionar problemas transitando pelas múltiplas escolhas que possuem dependeria da capacidade delas de mobilizar laços sociais. Leite & Vasconcelos (2006) argumentaram que o cotidiano seria lugar privilegiado para a análise de itinerários terapêuticos, sendo que estes ao mesmo tempo em que questionariam análises esquemáticas, generalistas, requereriam propostas metodológicas e teóricas flexíveis. Poderia citar ainda Last (1996), para quem o determinante na escolha do tratamento seria a "prática clínica", sendo que, no plano das práticas, a distinção entre as possibilidades dentro do sistema não seria tão marcada, nem a coerência e a lógica seriam tão claras ou importantes. E a lista de citações poderia se estender indefinidamente, com autores que utilizam a idéia de *itinerário terapêutico* enquanto um conceito definido e fechado, ou então apenas como um instrumento explicativo mais difusamente concebido.

De todo modo, itinerários terapêuticos são histórias, cada uma delas com seus enredos, personagens e desfechos próprios. Mais além, esta ferramenta parecia me oferecer o encaixe perfeito para pensar a questão da homogeneidade ou não das experiências de saúde/doença dos pacientes do sistema público. Somente poderia saber se as pessoas vivenciavam outras alternativas de saúde/doença que não a médica se acompanhasse a totalidade de suas experiências. Que as pessoas buscavam os médicos do sistema público de saúde eu sabia. Mas o que eu queria saber era qual o lugar desta escolha dentro do todo das experiências das pessoas. Queria saber se elas utilizavam recursos não-médicos e, em caso positivo, como os colocavam em relação. Dito de outro modo, queria saber qual o lugar do sistema público de saúde nos sentidos que seus pacientes dão às suas experiências. E assim finalmente resolver minha "coceira sistêmica". Decidi partir para o campo carregado especialmente com a noção de *itinerário terapêutico*, e ver o que ele me traria, para então descobrir qual dentre as

perspectivas que citei rapidamente acima possuiria maior rendimento. A tarefa então era conseguir histórias de pacientes das instituições públicas de saúde.

Certamente ajudou-me muito a passar por esta e outras escolhas o fortalecimento que vinha recebendo no último um ano e meio durante o mestrado no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UnB. Especialmente os funcionários Rosa e Adriana, assim como os professores Gustavo Lins Ribeiro, Mariza Peirano e Antonádia Borges, cada um com suas contribuições, cada um num momento; todos foram fundamentais para que este período fosse enriquecedor. Agradeço muito a todos eles pelo tanto que me ajudaram. E é imperativo agradecer ainda ao CNPq por seu apoio financeiro, pois me concedeu uma bolsa de estudos durante todo este período, e sem a qual a realização do mestrado não seria possível.

Parênteses. Chamava minha atenção que o fenômeno da doença ainda trazia consigo um desafio teórico importante, que é o de reconstituir – ou, noutro sentido, desconsiderar – campos da vida anteriormente separados teoricamente. Por exemplo, quando se trata de doença não é fácil deixar de lado a dimensão corporal do fenômeno. Não é possível, de igual maneira, desconsiderar seu aspecto afetivo. Também não se pode desprezar seu aspecto comunicativo ou, muito menos, social. Doenças me pareciam fenômenos desafiadores para nossas estratificações teóricas da experiência humana. Note-se que esta estratificação seria quase onipresente na literatura da antropologia da saúde. Rivers (1924) se preocupou com o "psicológico" e o "cultural". Kleinman (1980) – e em geral todo o grupo comumente reunido sob o rótulo de *etnomedicina* – deu pouca importância aos planos "biológico" e "social", privilegiando aspectos "individuais" e "culturais". Langdon (1994) discutiu "contextos socioculturais", concebendo que questões de saúde seriam parte de "sistemas médicos", que por sua vez seriam "sistemas culturais", tal como concebidos por Kleinman. Buchillet (1991) também partiu de certa idéia de "contexto sociocultural". Boltanski (2004), Loyola (1991) e Gerhardt (2006) focaram-se no "social". Alves & Souza (1999) e Alves & Rabelo (1999) deram mais atenção ao "social" e ao "individual" numa proposta explicativa fenomenológica. Mauss (1921; 1924; 1934) propôs a reunião de todas estas separações, mas primeiramente as tomou como existentes. Freyre (1967), com suas variáveis, componentes, dinâmicas etc. que ora são biológicas, ora sociais, ora culturais, ora físicas etc. me parece ser um modelo de análise estratificadora, ainda que ele argumente haver necessidade de reunir essas separações numa mesma análise – algo que, segundo ele, a sociologia da medicina e a medicina poderiam fazer juntas. Soares, Dias & Oliveira (1991) tentaram superar estas divisões com a proposta de "ecologia cultural" e "análise multicausal", contudo, não abandonaram a divisão. Deste incômodo eu já vinha me tratando desde a graduação, quando o encarei discutindo em minha

monografia de final de curso em quais dos "estratos" – idéia que havia retirado de Geertz (1989) – da humanidade os autores de diversas áreas alocavam a causação dos suicídios[3]. Mas ele volta e meia voltava a aparecer. Fecha parênteses.

Como dizia, foi imaginando que os grupos não-etnicamente diferenciados seríamos também heterogêneos do ponto de vista das experiências de saúde/doença, e crendo que o elemento tempo seria indispensável para o entendimento da questão, que optei por discutir *itinerários terapêuticos*. Faltava decidir com quem. E a escolha se deu sem muita dificuldade. Pelas razões que já citei, era para mim importante buscar uma instituição pública de saúde. Não queria trabalhar com uma comunidade específica, pois temia que isso pudesse pautar de antemão os itinerários terapêuticos. Como seria mais fácil desenvolver a pesquisa no Distrito Federal, pois era onde residia e estudava, optei pelo Hospital de Base, por ser ele sua maior, mais complexa e diversificada instituição pública de saúde. Mesmo antes de iniciar a pesquisa já sabia que ele atendia mensalmente milhares de pacientes em uma infinidade de especialidades e que possuía serviços bastante diversos tais como atendimento ambulatorial, emergência, internação, tratamento intensivo, entrega de medicamentos, laboratório etc. E como se isso não bastasse, ainda ocupava um lugar singular no imaginário dos brasilienses, especialmente com a morte de Tancredo Neves em 1985, ocorrida após estar internado nele durante um longo período, mas também por diversas vezes ter sido o foco (ou cenário) de disputas políticas regionais.

Meu objetivo era reconstruir alguns itinerários terapêuticos a partir dos olhares dos pacientes, para então ter um mapa de quais seriam os fatores mais importantes em suas histórias. Mais do que isto, pretendia não apenas ouvir as histórias dos pacientes, mas também observar o desenrolar das mesmas. A proposta inicial da pesquisa era realizar entrevistas que servissem como encontros iniciais com os pacientes, para posteriormente acompanhá-los fora da instituição, nos locais onde pudesse perceber toda sua heterogeneidade. Queria verificar como eles colocavam em relação diferentes sistemas culturais relativos à saúde/doença e como faziam a junção entre as alternativas. Optei por esta estratégia por avaliar que estudos feitos em comunidades anteriormente delimitadas de alguma forma pautavam de antemão os resultados e ofereciam uma idéia de totalidade que eu não desejava. Essa totalidade poderia ser dada pela *classe* – como em Boltanski (2004), Loyola (1991) ou Gerhardt (2006) –, por certas idéias de *povo* ou *comunidade* – como em Langdon (1991; 1994), Herrera (1991), Lobo-Guerreiro (1991) ou Soares, Dias & Oliveira (1991) –, de *sociedade* ou *grupo social* –

[3] A monografia foi escrita sob orientação do professor Eduardo Viana Vargas e defendida em dezembro de 2005, no curso de Ciências Sociais da Universidade Federal de Minas Gerais.

como em Rivers (1924), Mauss (1924; 1934), Evans-Pritchard (1937), Turner (1967) ou Freyre (1967) – ou por certos universalismos – como os de Lévi-Strauss (1958) e Laplantine (1986). Nestes casos minha impressão era que o resíduo final se assemelhava sempre a uma fórmula que pretendia sintetizar as práticas (homogêneas) de um grupo teoricamente definido. Outros trabalhos se atentam mais aos indivíduos, como os de Kleinman (1980) (embora este oscile imprecisamente entre profissionais, famílias, "chineses" e indivíduos), Buchillet (1991) ou Alves & Rabelo (1999). Meu interesse também era por indivíduos, contudo, por uma razão específica. Meu desejo era identificar a diversidade, a pluralidade de experiências relacionadas a saúde/doença existente entre os pacientes do SUS. Por esta mesma razão não poderia iniciar os estudos limitado por qualquer dos diversos modelos explicativos disponibilizados pela literatura. Não me atraíam os modelos transculturais (modelo de relação entre os três sistemas médicos – popular, tradicional e profissional –, modelo de experiência da realidade, de realidade clínica...) de Kleinman (1980), as idéias de "potencial de mobilização de recursos" e de "situações de vida" de Gerhardt (2006), o esquema de tripla causação (mística, religiosa e natural) de Rivers (1924), a também tripla causação (instrumental, eficaz e última) de Sindzingre & Zempleni (1981) e apropriado por Buchillet (1991) e Langdon (1991; 1994), e nem mesmo a proposta de modelos etiológicos e terapêuticos oferecida por Laplantine (1986) – provavelmente a mais universalista e metacultural de todas elas. Se algum destes tipos de universalização fosse possível, era o que eu queria descobrir ao final da pesquisa e não no seu início. Acabara de ler *A Favor da Etnografia* (PEIRANO, 1995) e estava convencido do caráter provisório e contextual do conhecimento antropológico, assim como do proveito em procurarmos refinar e renovar as teorias por meio do trabalho de campo, alcançando o universal por meio do particular. Logo, cabia a mim ir para alguma instituição pública de saúde, e uma que me oferecesse uma provável heterogeneidade. E o Hospital de Base parecia ser o local ideal. Queria ter a possibilidade de encontrar pessoas que de manhã tomavam um medicamento qualquer receitado pelo médico, na hora do almoço faziam uma determinada dieta recomendada por seus avós, à tarde faziam acupuntura e de noite pediam ao Senhor que lhes livrassem daquelas provações.

E desde agosto até mais ou menos novembro de 2007 corri atrás destas pessoas pelos corredores do Hospital de Base. Não pude ir lá diariamente, e creio mesmo que fui menos do que deveria. Mas se pude ir pelo menos uma vez foi porque a direção do Hospital e o Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal concordaram com a realização da pesquisa. E aproveito para agradecer-lhes por este gesto. Acabei fazendo aproximadamente

trinta e cinco visitas à instituição, nas quais consegui quase sessenta histórias, ou narrativas de itinerários terapêuticos, com cinqüenta e duas entrevistas gravadas. Busquei pacientes nos diversos setores do hospital na intenção de torná-los o mais variado possível. A narrativa de algumas histórias, sobretudo aquelas dos pacientes da Internação, não cessava quando terminava a entrevista, já que podia visitar o paciente outras vezes e manter certo contato enquanto ele estivesse internado. Aprendi muito com os pacientes e funcionários que fui conhecendo ao longo do tempo. Alguns destes amigos: Geraldo, Sandra, Elias, Divaldo, Ronilce, Pedro, Luís e Georton, estejam onde estiverem, agradeço-lhes. A rigor, as narrativas de todos os pacientes são interessantes e ajudaram-me a entender um ou outro ponto da problemática que ia desvendando, embora algumas de fato fossem mais iluminadoras que outras. Estas o leitor encontrará nos quadros espalhados pela dissertação.

Retomo o fio da meada. Dizia que a intenção era acompanhar as pessoas fora do Hospital de Base em seus itinerários terapêuticos por diferentes sistemas relativos à saúde/doença. O problema é que as entrevistas não sugeriram indicações neste sentido previsto. Ao pedir que as pessoas contassem suas histórias, as questões que apareceram em suas narrativas não foram as que imaginei, ou, quando surgiram, não ocupavam lugares centrais. Cheguei a pensar que isso se devia ao fato de nossas conversas se darem no ambiente hospitalar, o que direcionaria as histórias no sentido de um maior destaque de questões relacionadas à medicina. Cogitei também que a questão seria que os pacientes me associavam aos médicos – já que vários perguntaram se eu era estudante de medicina – e por isso se sentiriam acanhados em expor suas caminhadas arriscadas pelas práticas "populares". No entanto, por outro lado, diversas vezes senti que as pessoas perdiam o interesse em conversar comigo quando compreendiam que eu não era um profissional da área médica. Obviamente, estas ponderações acerca da possibilidade de que as informações que consegui estariam demasiadamente enviesadas são inescapáveis. Outras também poderiam ser formuladas: conversei com pessoas que procuravam o serviço público de saúde e tenho certeza que outras não procuram, além do que os entrevistados eram pessoas de lugares sociais, geográficos, históricos etc. muito particulares, e assim por diante[4]. Porém, com o tempo fui aceitando que

[4] Abaixo estão as questões que serviram como roteiro para as entrevistas. Eu as memorizei e expus durante as conversas nos instantes e da forma que avaliei que fosse melhor. Estão divididas em quatro blocos de acordo com temáticas mais amplas das quais fazem parte.
Bloco 1: Como as pessoas identificam que estão doentes? (diagnóstico)
Quais causas são atribuídas às doenças?
Quais são as conseqüências das doenças?
Qual nível de seriedade é atribuído às doenças?
A identificação da doença é feita apenas pelo doente, ou ela é coletiva? Com quem mais?
Bloco 2: O que as pessoas fazem para se curarem? (tratamento, itinerários terapêuticos)

quem estava “enganado” era eu e não as histórias das pessoas. Foram momentos difíceis, de resignação e labor. Só não sucumbi porque tinha perto de mim amigos como Renata, Alessandro, Fernando, Diego, Fabíola, André, Sara, Soledad e Helena, além de minha querida irmã Aline e de minha carinhosa mãe, “Dona” Elza, que com conselhos, telefonemas, cervejas, filmes, discussões teóricas etc. cuidaram de minha saúde emocional. Isso sem falar na minha noiva Cibele, que me apoiou ininterruptamente e que, por tanto acreditar em mim, convenceu-me de que eu seria capaz de escrever esta dissertação.

O fato é que nas histórias com as quais tive contato os trânsitos por diferentes sistemas culturais específicos relacionados com saúde/doença não ocupam um lugar central. A importância da medicina para a objetivação destas experiências se mostrou maior do que eu pensava. Esse é o ponto zero da minha pesquisa. E na tentativa de organizar estes itinerários terapêuticos o que estou propondo fazer é partir de quatro eixos principais que, creio eu, dizem muito sobre as experiências de saúde/doença destas pessoas, pois foram justamente suas histórias que, tal como estou entendendo, os colocaram como centrais. Cada um deles compõe um dos capítulos que se seguem. As buscas por tratamento médico, as experiências dentro do Hospital de Base, os medicamentos consumidos e as incertezas generalizadas são, a meu ver, os eixos com os quais melhor se descreve ou localiza os itinerários terapêuticos destes pacientes.

Contudo, esta cartografia não é cartesiana, mas maquiavélica. A lógica por detrás destes itinerários terapêuticos é prática; como diria Bourdieu (1980), nem plenamente coerente, nem plenamente incoerente. São ações práticas, volúveis, que não se encaixam muito facilmente em esquemas abstratos e fixos. Mas são ações que dão boas histórias. São ações que se dão no tempo; no tempo da busca, no tempo da consulta, da internação, do consumo do medicamento, da espera pelo diagnóstico, do aprendizado, da política local, dentre muitos outros tempos. E foi temendo a falta de tempo, com a possibilidade de não

---

O que é feito quando se identifica a doença?
O que é levado em consideração na escolha de um tipo ou outro de tratamento?
Quais são os limites e as possibilidades existentes na busca por tratamento?
Quais mudanças de expectativas, idéias, procedimentos ocorrem na busca pela cura?
Usa-se mais de uma alternativa de tratamento ao mesmo tempo?
Como são conformadas as expectativas acerca do futuro das doenças?
Bloco 3: Como e quando as pessoas utilizam o SUS? (parte de destaque nos itinerários terapêuticos)
Quando se decide procurar o SUS?
Por que se decide procurar o SUS?
O que ocorre quando se procura o SUS?
Quais estratégias são acionadas para se ter melhores resultados no uso do SUS?
Bloco 4: Quando as pessoas se consideram curadas? (cura)
Qual é o agente da cura?
A cura é progressiva ou imediata?

concluir este trabalho no prazo disponível, que me internei voluntariamente durante o último mês de janeiro na fazenda da Sandra, a quem agradeço por esta oportunidade de isolamento e concentração.

Certamente há pacientes com outros itinerários terapêuticos, histórias com outras pessoas e vice-versa. Mas ainda assim estou convencido de que as reflexões a seguir podem contribuir para o entendimento das experiências de saúde/doença dos pacientes do sistema público de saúde, tal como contribuíram para minorar minha "coceira". Isto posto, assim como diagnósticos, prognósticos ou exames em casos de doença, as reflexões que apresentarei são provisórias até que outras melhores apareçam. E não digo isso porque gosto de ficar em lugares-comuns. Se, por um lado, Sahlins (2004: 3) me ensinou que na Antropologia temos duas certezas a longo prazo: estarmos todos mortos e estarmos todos errados – e que o melhor é quando a primeira vem antes da segunda –; por outro os pacientes do Hospital de Base me ensinaram que em casos de perturbação e incerteza o melhor é sempre lançar mão do que se tem no momento, quer seja o ideal ou não.

Por hora, não podia ser diferente. Meu tratamento no Hospital de Base acabou me mostrando que minha "coceira" era de ordem psico-somática, talvez cármica, mas certamente não bio-física; logo, sem muito fundamento. Não sei. Ainda preciso descobrir. Talvez siga na busca. Contudo, ela só terá sentido se antes eu agradecer e dedicar esta dissertação ao "Seu" Cristóvão, meu pai, que, com seu apoio incondicional, tornou possível esta aventura candanga.

Quadro 1
As buscas de Nora

Foi a dificuldade em arrumar um bom emprego somada ao desejo de oferecer melhores condições de vida para os dois filhos e de comprar uma casa que impulsionaram Nora a se mudar para Goiânia e trabalhar como doméstica numa casa de família[5]. Sua família morava num pequeno lugarejo localizado no município de Cotegipe, na Bahia. Lá seu marido Felipe trabalhava como pedreiro e, desde que ela se mudara há dois anos, cuidava dos filhos. Duas, três ou quatro vezes por ano Nora visitava a família. No mês de julho de 2007 passou alguns dias com ela, mas logo retornou para Goiânia.

Nora já havia retomado o trabalho fazia seis dias quando numa quinta-feira recebeu o telefonema do cunhado avisando que seu marido estava internado e que não sabia se ele iria sobreviver. Ela sabia que o problema havia começado de forma inesperada, pois há poucos dias havia estado com ele, e não notara nada de diferente. O cunhado lhe conta que Felipe estava em casa quando começou a vomitar sangue. Percebendo a gravidade da situação, o tio e a irmã do marido o levaram de carro até Cotegipe. Contudo, os médicos da cidade perceberam que não conseguiriam resolver o

[5] Para preservar o anonimato das pessoas cujas histórias deram origem aos quadros expostos ao longo da dissertação os seus nomes foram alterados.

problema e o encaminharam para Barreiras, cidade a duzentos quilômetros de Cotegipe e que é referência na região.

Sabendo disso Nora imediatamente se preocupa com o marido, e logo no dia seguinte pega um ônibus para Barreiras. Desce na rodoviária da cidade e apenas toma um banho antes de ir ao hospital ver o marido. Ao chegar ao hospital é informada por um funcionário da portaria que Felipe não estava internado ali. Ela fique inquieta, perdida, mas decide esperar próximo à portaria durante algum tempo, imaginando que de algum modo estivesse havendo um equívoco por parte do funcionário. Coincidentemente, após aproximadamente duas horas de espera seu cunhado passa por ali e confirma que seu marido estava mesmo internado no hospital. Felipe acabou ficando internado por uma semana. Ele sangrava muito pelo ânus e vomitava sangue. Chegou a ficar sangrando ininterruptamente por quatro dias. Durante este período foi medicado, mas seu sangramento não foi contido. Fez diversos exames, entre eles uma endoscopia, mas os médicos não descobriram qual era seu problema. Após esta primeira semana Felipe recebeu alta, levando consigo uma indicação de um remédio para úlcera. Nora decide levá-lo para a casa de uma tia que morava na cidade de Barreiras, temendo que ele pudesse piorar novamente e eles então encontrassem dificuldade em conseguir transporte para retornarem de Cotegipe para Barreiras.

Às dezoito horas do dia seguinte ao que recebeu alta Felipe ingere o medicamento receitado pelos médicos, e às dezenove passa mal. Sua pressão cai e ele começa a vomitar sangue – repetem-se os sintomas tantas vezes surgidos nos dias passados. Nora retorna com ele para o mesmo hospital, onde é novamente internado. Muitos dias se seguem. Nora ouvia de um médico que Felipe sofria com uma úlcera, de outro que ele estava com uma hemorragia intestinal. E com isso aos poucos ia se convencendo de que no fundo os médicos não sabiam ao certo qual era a doença do marido. Notava que ele recebia medicamentos diariamente, mas na mesma medida em que piorava progressivamente. Não sabia quais medicamentos eram injetados na bolsa de soro sempre presa ao corpo de Felipe, mas via que sempre que uma veia era “perdida” os enfermeiros tinham grande dificuldade para “encontrar” outra, o que causava grande sofrimento ao marido, especialmente quando quem executava a tarefa era um estagiário. Nora compadecia-se muito ao ver o marido naquelas condições, mas o que a irritava verdadeiramente era o fato de os médicos não se disporem a explicá-la o que se passava com Felipe. Vez ou outra diziam algo para ele, mas de modo algum se preocupavam em esclarecê-la o que estava acontecendo. Ela precisava correr atrás dos médicos pelos corredores do hospital, insistir com eles para que lhe dessem alguma informação e ainda assim ficava sem saber o que esperar ou fazer. Era ainda pior quando o sangramento de Felipe aumentava e ele precisava ser levado para a “Reanimação”, um setor ao qual os acompanhantes não tinham acesso. Pensava que uma veia do estômago, do esôfago ou do fígado de Felipe estava rompida, mas não tinha certeza de nada. Calculando que o marido requeria algum tipo de cuidado emergencial chegou a perguntar a um médico se ele não desejava fazer na rede privada de saúde um ultra-som da barriga de Felipe, pois imaginou que este exame poderia esclarecer qual era a doença. O médico debochou de sua sugestão, dizendo que se ela possuía muito dinheiro deveria dividi-lo com ele. Sua impressão era que não só os médicos, mas a maioria dos funcionários do hospital era mal-educada e arrogante, que eles humilhavam e maltratavam os pacientes e acompanhantes. Acostumou-se a ver brigas entre uns e outros.

Enquanto Felipe estava internado seus dois filhos tiveram catapora. Para não aumentar a aflição de nenhum deles Nora mente para os três. Esconde do pai a doença dos filhos e diz aos filhos que o pai estava no hospital apenas com o braço quebrado. Os filhos se recuperam, mas a saudade e a preocupação com eles não deixou de acompanhá-la.

Após dezoito dias de internação uma enfermeira diz a Nora que o medicamento que estava sendo usado nos momentos de crise para estancar o sangramento requeria, para ser utilizado, uma autorização do diretor do hospital. Mais de uma vez Nora precisou fazer escândalos para chamar a atenção dos médicos e assim eles atenderem o marido. Numa destas vezes o estado de Felipe havia ficado ainda mais grave, e os médicos encheram o quarto onde ele estava. Após alguns instantes um

médico deixa o quarto e diz a Nora que a situação não tinha solução e que suspeitava que o problema eram varizes no esôfago. Afirma que ela poderia esperar pelo pior. Lembrando-se do que a enfermeira havia lhe dito, o questiona acerca do medicamento que parava o sangramento. O médico responde que esse havia acabado e que, se ela desejasse, poderia comprá-lo. Entrega a ela um pedaço da caixa do medicamento. Nora sai às pressas em busca do tal medicamento, telefona para várias farmácias e não o encontra em nenhuma. Todavia, após algumas ligações é informada por algum atendente que aquele medicamento era bastante caro e que sua venda era proibida em farmácias, podendo ser adquirido apenas por hospitais. Descobre que o médico não poderia ter agido daquela forma. Nora se revolta com tudo o que estava acontecendo. Pensa que deveria conversar diretamente com o diretor do hospital e questioná-lo por que seria necessário pedir sua autorização para a utilização de um medicamento que um paciente necessitava, pois da sua resposta poderia depender a vida do paciente.

Certa de que se nada fizesse o marido morreria, Nora pergunta a um médico se eles teriam reais condições de tratá-lo. Ele não gosta daquele questionamento e responde que se ela desejasse retirar o marido dali deveria fazê-lo por sua própria vontade, precisando assinar um termo de responsabilidade assumindo os riscos do que poderia advir com Felipe. Nora então se vê entre o medo de que sua retirada do hospital lhe fosse prejudicial e o fato de que ele vivia um grande sofrimento e piorava dia após dia. Mas a imersão nesta dúvida não durou muito e logo tomou a decisão de conversar pessoalmente com o diretor do hospital. Felipe estava internado há aproximadamente vinte dias, e há dois não recebia o medicamento necessário ao estancamento do sangramento. Ela não sabia ao certo se o tal medicamento havia de fato acabado ou se seu uso estava sendo negado a Felipe. Sabia que por vezes ele não o recebeu e que numa de suas crises o diretor realmente precisou ser consultado para que ele fosse medicado. Causava-lhe grande suspeita o modo como havia sido tratada pelo médico que lhe entregara um pedaço de caixa. Liga então para seu tio e busca a ajuda de outras pessoas na cidade que julgava serem “fortes” o suficiente para lhe ajudar a modificar o contexto imposto ao marido. Anuncia no hospital seu desejo de levar o marido para outro lugar. Coincidentemente, exatamente no dia em que iria procurar o diretor uma assistente social lhe entrega todos os documentos necessários para que tirasse o marido dali. Além daqueles papéis o hospital nada mais ofereceu. Nora precisou gastar sete mil reais com ambulância, remédios, enfermeira etc., tendo contado com a ajuda financeira de seu tio. Por sugestão dos médicos Felipe foi levado para o Hospital de Base, na expectativa de que nele existiriam maiores possibilidades de tratamento.

Viajaram durante toda uma madrugada e pela manhã Felipe foi internado na Emergência do Hospital de Base. Ficou por dois dias num dos seus corredores aguardando uma vaga na Internação. Durante este período chegou a ser levado para a mini-UTI do setor após uma piora. De todo modo, Nora achou muito boa aquela mudança, pois avaliou que ali os médicos lhe davam mais atenção, lhe explicando o que se passava com o marido. Ficou sabendo que a origem de todo o problema estava numa cirurgia de retirada do baço pela qual Felipe havia passado vinte e três anos antes, quando ele ainda tinha doze anos de idade. Os médicos não teriam feito a cirurgia de modo completo, o que com o tempo fez com que ele desenvolvesse varizes na região da cirurgia. Ano após ano as varizes foram se espalhando para o fígado, impedindo que ele se desenvolvesse adequadamente. Além disso, Felipe não teria se tratado corretamente de uma hepatite. Como resultado, seu fígado estava muito danificado e por isso precisaria de um transplante. Nora avaliou então que o problema havia se apresentado e agravado porque dias antes Felipe tomou antibióticos para combater uma dor de dente, e estes teriam causado o rompimento das varizes.

Nesta época eu já estava fazendo entrevistas no Hospital de Base. E no dia três de setembro de 2007 nossas buscas se cruzaram. Eu voltava a um dos quartos do nono andar da Internação para conversar com outro paciente que entrevistara anteriormente. Depois de um breve bate-papo com este amigo decidi pedir entrevista ao paciente que estava na cama ao lado. Ele me parecia bastante abatido, com um rosto amarelado e triste. Sentada numa cadeira ao lado, Nora velava o marido. Foi quando a conheci. Ela parecia ter pouco mais de trinta anos, era negra, tinha longos cabelos que deixava soltos,

vestia-se discretamente com jeans e blusa, mantinha uma bolsa preta no colo e falava de forma firme, gesticulando vez ou outra para melhor descrever o que dizia.

Ambos relutaram um pouco em conceder a entrevista, dizendo que a história deles era grande, mas, diante da minha insistência, acabaram por concordar. Gostei bastante daqueles momentos. Percebia a intensidade deles e o quanto poderiam enriquecer a pesquisa. Emocionamo-nos algumas vezes, e ainda posso me lembrar perfeitamente de quando Felipe ficou com a voz embargada pelas lágrimas ao tentar me responder o que mais o havia marcado em sua história. Nora ainda carregava em sua bolsa o pedaço de caixa de medicamento que o médico lhe entregara dias atrás, além da receita de outro medicamento que um médico havia lhe dado para que ela o comprasse. Fazia isso para que se porventura algo de ruim acontecesse a Felipe ela pudesse comprovar o modo como havia sido tratado. Após alguns dias no Hospital de Base os dois julgavam que se tivessem sido encaminhados para lá mais cedo Felipe teria sofrido menos. Ele pediu que eu tocasse seu braço para que pudesse sentir como estava completamente machucado por agulhas.

Ambos achavam que nem mesmo os médicos sabiam ao certo qual seria o tratamento a ser desenvolvido no futuro. Pensavam que os médicos estavam esperando o sangramento parar totalmente e enquanto isso avaliavam se uma cirurgia seria necessária para decidirem o que fazer com as varizes. Pensavam que era necessário esperar, ainda que este desconhecimento fosse difícil. Há dias o sangramento havia parado, mas Nora sabia que o caso do marido era grave. Estavam esperançosos e satisfeitos com a melhora que Felipe vinha obtendo. Enquanto em Barreiras, enfermeiros e moradores da cidade disseram a Nora que não acreditavam que ele sobreviveria – e ela chegou a também não acreditar. Tentou se acostumar com toda a tensão que cercava a situação, imaginando que seu nervosismo apenas dificultaria as coisas. Era muito doloroso para ela ver o sofrimento do marido, ouvir seus pedidos de ajuda, chorar junto com ele e não poder ajudá-lo, não ter sequer alguém com quem contar. Mas mesmo depois de ver que o marido melhorava era muito triste para ela ouvir-lo dizer que achava que não mais seria independente, que durante um longo período não poderia trabalhar, não poderia sequer executar atividades rotineiras às quais estava acostumado. Recentemente haviam comprado um lote ao lado da casa da mãe de Nora e planejavam nele construir uma casa. No entanto, os planos teriam que mudar, pois com a doença eles haviam se endividado, Nora previa gastos maiores com medicamentos e o marido não poderia mais ajudar no orçamento da família. Ela estava preocupada com seu afastamento do trabalho. Sua patroa já havia lhe telefonado de Goiânia dizendo que precisava que ela retornasse, e ainda que quisesse acompanhar o marido não poderia arriscar perder o emprego. Há dias ela não conseguia sequer dormir com tranqüilidade e de forma contínua. Estava cansada de buscar trabalho, transporte, ajuda, médicos, medicamentos, informações, tratamento.

Naquele mês ainda encontrei Felipe por quatro vezes. Minha impressão foi que apesar de algumas recaídas sua melhora era considerável. Na última vez que o vi ele estava sentado numa cadeira conversando animadamente com outros pacientes. Sua feição estava mais serena e sua aparência já não indicava alguém tão doente. Mas depois daquele dia três de setembro nunca mais vi Nora, nem tive notícias dela.

CAPÍTULO 1

Buscas por tratamento

Itinerários terapêuticos são fenômenos que ocorrem num determinado período de tempo e que sempre envolvem inicialmente a identificação de um problema que carece de solução, posteriormente os processos de tentativa (fracassados ou exitosos) de solução deste problema e, finalmente, uma possível eliminação do problema. Trata-se, portanto, a princípio de um esquema analítico bastante vago cujos contornos e conteúdos irão variar de acordo com o contexto etnográfico, assim como com os posicionamentos teóricos do analista. O que tentarei mostrar neste capítulo é que, entre os pacientes do Hospital de Base, uma dimensão absolutamente central em seus itinerários terapêuticos envolve a *busca por tratamento* – aqui entendida num sentido especial. Neste caso estaremos lidando com a busca por tratamento médico através das instituições públicas de saúde.

A primeira questão que devemos enfrentar é, portanto, como estes problemas são identificados e, consequentemente, quais são os critérios ou fatores que apontam para a existência de algo errado com a saúde destas pessoas. De forma simplificada podemos falar destes problemas como *doenças*, se por esta palavra entendermos quaisquer tipos de perturbações relacionadas à saúde. Sendo assim, é possível encontrar na literatura antropológica diversas abordagens que tentaram lidar com as concepções relacionadas à caracterização das doenças. Uma primeira estratégia bastante difundida é a da utilização diferenciada das três palavras da língua inglesa relacionadas ao que genericamente chamamos de *doença*, a saber: *illness, sickness* e *disease*. É um recurso que tenta dar conta das diferentes dimensões que o fenômeno envolve. Nesse sentido, a conceitualização de Kleinman (1980:

72-3) é modelar. Para ele deveríamos entender *disease* enquanto a perturbação ou mal funcionamento dos processos biológicos ou psicológicos. Já *illness* corresponderia à experiência e aos significados sociais atribuídos a uma determinada *disease.* Neste ponto de vista a *disease* estaria assim no plano da biologia, enquanto a *illness* estaria no plano da cultura. Laplantine (1986: 15-7) parte do sentido vocabular dos termos – sendo *disease* "a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico", *illness* "a doença como é experimentada pelo doente" e *sickness* "um estado muito menos grave e mais incerto que o precedente" – e cita distintas formulações conceituais de outros autores para apresentar seu projeto de refletir sobre a "idéia da doença". Young (1976) discutiu a necessidade de entendermos *sickness* como um tipo de comportamento socialmente concebido, o que permitiria análises trans-culturais. Outro tipo de divisão comum é a entre doenças "graves" e "leves", que foi apontada por Rivers (1924) e Langdon (1994). Boltanski (2004) demonstrou como cada classe social francesa apresenta um patamar diferente de sensibilidade mórbida e uma capacidade diferente de apreensão das taxonomias médicas, o que influenciaria o modo como elas constroem suas caracterizações das doenças. Loyola (1991) apresentou o continuum que tem nos pólos as doenças espirituais e as materiais, mostrou a diferença entre doenças do cotidiano, graves ou desconhecidas, além das ligações entre doença e força ou fraqueza e entre doença e equilíbrio ou desequilíbrio. Soares, Dias & Oliveira (1991) destacaram a relação entre doença e impossibilidade de trabalhar. Oliveira (1998) afirmou que as concepções de doença estariam relacionadas sobretudo aos usos e representações sociais acerca do corpo possuídas pelo grupo estudado, de modo que haveria uma divisão entre doenças simples e sérias, uma relação entre doença e fraqueza e entre doença e imobilidade, sendo a dor o indicador mais freqüente da presença de doença. Lock & Scheper-Hughes (1996) argumentaram que a doença seria um lugar ou momento onde natureza, sociedade e cultura se apresentariam simultaneamente. Parsons (1951) definiu doença (*illness*) como um estado de perturbação no "funcionamento normal" do indivíduo, tanto do ponto de vista biológico quanto pessoal e social. Finalmente, poderíamos citar a elaboração de Alves & Rabelo (1999) de acordo com a qual a enfermidade corresponderia a uma separação entre o "eu" e a aflição.

Este é mais um mapeamento que poderia se estender indefinidamente. O que fica claro é que as interpretações sobre a etiologia e a nosologia das doenças dependerão sempre de fatores dos mais diversos. Não obstante, outra problemática que nos interessa é como estas visões acerca das doenças influenciam as buscas por formas de tratamento. Soares, Dias & Oliveira (1991), Oliveira (1998) e Loyola (1991), por exemplo, embora em contextos

diferentes, indicaram que entre os grupos estudados as doenças percebidas como graves são reservadas ao tratamento médico. Em discussão mais ampla, Oliveira elucidou que as formas de entendimento das doenças conformam as posturas não só de pacientes, mas também de médicos, e explicitou como os serviços de saúde influenciam a visão de seus usuários. Por seu turno, Loyola acrescentou que as doenças cotidianas são levadas aos rezadores ou aos pais-de-santo, enquanto aos médicos também seriam direcionadas as doenças desconhecidas. Para a autora seria a condição de classe da pessoa que a indicaria o sistema terapêutico ao qual deve recorrer. Algo semelhante foi demonstrado por Boltanski (2004), para quem o consumo médico não decorre naturalmente da necessidade corporal, mas varia conforme o patamar de sensibilidade mórbida de cada classe social, bem como às suas possibilidades de uso dos serviços médicos. Para o autor, nesse sentido, o uso dos serviços médicos seria diferentemente produzido por cada condição social.

Rivers (1924) sugeriu que as doenças leves são tidas como não possuindo causação espiritual nem humana, e assim não são tratadas por especialistas. Evans-Pritchard (1937) afirmou que os Azande identificam as doenças por seus sintomas principais, sendo que para cada diagnóstico há um tratamento específico – que pode advir de conhecimentos anteriores ou de experimentações –, havendo uma tendência a se estabelecer uma relação homeopática entre sintoma e tratamento. Acrescentou que quanto menos percebidas como graves mais as doenças tendem a ser tratadas com medicamentos e com o que Evans-Pritchard chamou de "terapias empíricas", além de serem menos associadas com elementos de bruxaria ou feitiçaria. Por outro lado, quanto mais percebidas como graves mais as doenças passam a ser tratadas e avaliadas como estando relacionadas com bruxaria e feitiçaria. Langdon (1991) afirmou que no caso estudado as primeiras tentativas de diagnóstico e tratamento se dão na família ou com o próprio doente. Posteriormente seriam buscadas quaisquer alternativas que possam curar os sintomas, embora estas não sejam utilizadas simultaneamente, mas em seqüência, até que se entenda que o problema foi solucionado. No esquema de Suchman apresentado por Foster & Anderson (1978a) a procura por atenção ocorre nos segundo e terceiro estágios do processo. Depois que algo de errado com o desempenho social normal é identificado (primeiro estagio) busca-se inicialmente tratamento com remédios e conselhos leigos que oferecem um suporte provisório para a demanda do doente (segundo estágio). Só então se tentará conseguir uma confirmação legítima da validação provisória da condição de doente oferecida por parentes e amigos (terceiro estágio). Se esta confirmação se dá o doente irá então esperar por um diagnóstico e um tratamento que lhe curará. Se ela não ocorre ele pode retomar suas atividades ou então procurar outro médico que valide sua queixa.

No caso dos pacientes do Hospital de Base o que foi percebido é que as doenças – assim posteriormente definidas – inicialmente são percebidas como partes de perturbações mais gerais que sempre afligem as pessoas. A idéia é que pequenas perturbações ocorrem cotidianamente com as pessoas, não merecendo qualquer tipo de atenção especial. Pequenas dores, pequenos incômodos, pequenas alterações nas funções fisiológicas, pequenas mudanças na forma física etc. são vistas como perturbações que fazem parte do dia-a-dia sem que o comprometam. Como estes "incômodos" são corriqueiros, não seria adequado, ou mesmo possível, dirigir a eles uma atenção especial. O curso comum da vida não seria assim alterado pelas pessoas para se atentarem para estes problemas. O que se espera é que eles "passem naturalmente", ou seja, que desapareçam sem que algum tipo de intervenção mais direta lhes seja dirigida. O raciocínio é que eles não seriam sinais de algo extraordinário, ou mesmo algo extraordinário diretamente percebido, mas um evento que faz parte do curso da vida e, tal como surgiu momentaneamente durante este curso, também num momento específico irá desaparecer.

Entretanto, é interessante notar que, entre algumas pessoas, quando estas perturbações surgem pode ser que certas ações sejam empreendidas com o objetivo de eliminá-las. Faz-se uso de medicamentos possuídos em casa, ou então comprados em farmácias por escolha própria, por indicação de pessoas conhecidas ou do próprio farmacêutico. Outra ação comum é a ingestão de substâncias tidas como fortificantes ou limpadoras e que exercem uma ação mais generalizada no corpo, ou seja, menos diretamente relacionada com a perturbação em questão. Trata-se, neste caso, de chás herbóreos ou radiculares, vitaminas "naturais" (polpas, cascas ou extratos de frutas, verduras etc.) ou "farmacêuticas" (compostos vitamínicos comercializados após processos industriais de produção). Poderíamos citar ainda mudanças alimentares das mais diversas, o uso de técnicas corporais, a alteração de hábitos diários variados etc. Contudo, o ponto a ser assinalado é que mesmo nestes casos as pessoas não se consideram doentes, nem tampouco consideram o que estão fazendo como estratégias de tratamento. O desaparecimento destas pequenas perturbações – com ou sem o uso destes recursos – não implica que havia uma doença, que houve um tratamento e uma cura. Do ponto de vista destas pessoas o que houve foi o aparecimento de uma perturbação trivial que, como era de se esperar, "passou".

Porque as experiências destes pacientes se dão nestes termos não podemos nos referir a estas perturbações como "doenças leves" e às ações porventura empreendidas para eliminá-las como "alternativas não-médicas de tratamento". Pensar nestes termos seria impor a elas um tipo de classificação que não lhes é própria. Reitero, estas perturbações são tidas como

problemas relativos a uma esfera da vida (no caso a saúde) que amiúde surgem no cotidiano das pessoas do mesmo modo como brigas familiares, humilhações no trabalho, perdas de ônibus etc. Elas fazem parte da experiência diária, não são extraordinárias. Isso não significa que as pessoas não tenham uma idéia de "doença leve" em contraposição a outra de "doença grave"; na verdade, ela existe, mas seu desenho é outro – e será explorado mais adiante. E se estas ocorrências não são definidas como doenças, o que se faz com elas não deve ser caracterizado como "tratamento". Nestes casos o que se coloca são maneiras bastante variadas, em geral individualizadas, personalísticas, de resolver os problemas. A idéia entre os pacientes é que cada pessoa enfrenta essas questões do modo que lhe é próprio, tal como cada um lida de uma forma única com a vida. Tanto as perturbações quanto as ações a elas dirigidas não possuem a seriedade, a especialização nem a padronização requeridas pelos casos em que realmente se identifica a existência de uma doença.

O que verdadeiramente irá definir a existência da doença é a transformação desta pequena perturbação ordinária num fato extraordinário que merece atenção. E esta transformação pode se dar por dois meios. No primeiro deles a pequena perturbação de modo mais ou menos rápido se torna uma perturbação impactante. Isso pode acontecer de formas das mais variadas, embora as mais comuns sejam o aparecimento de uma dor que ultrapassa limiares aceitáveis iniciais, a produção de uma mudança corporal notável ou visível ou, finalmente, a impossibilitação física da realização das atividades normais. O segundo meio de transformação da perturbação ordinária em doença é a sua perpetuação ao longo de um período de tempo variável, mas sempre entendido como maior do que o esperado. Quer tenha sido a ela dirigida qualquer ação reparadora ou não, a perturbação ordinária persistiu presente por um tempo maior do que o esperado, o que então sugere que não se trata, como anteriormente imaginado, de apenas uma perturbação comum, mas sim de uma doença.

Percebe-se assim que neste processo de identificação da doença não há um critério abstratamente preciso atuando. Os critérios e formulações utilizados são práticos e, nesse sentido, frouxos, vagos, alterando-se com o passar do tempo e das experiências. O que estou chamando de "impacto" e "perpetuação" varia largamente de acordo com as pessoas. São impressões mais afetivas que intectualísticas, mais experenciais que analíticas. As pessoas se valem de seus próprios desejos, do conhecimento que têm de suas histórias pessoais e das de outras pessoas, de seus próprios preconceitos etc. para avaliarem se o que lhes acontece deve ou não ser entendido como extraordinário. Elas não produzem esquemas classificatórios duradouros, apenas lidam com situações concretas quando elas aparecem e da maneira que parece mais adequada no contexto vigente. Daí que a minha divisão entre os dois tipos de

transformação de perturbações ordinárias em doenças é um exagero e uma simplificação analítica propositais.

Note-se que até este momento não foi feita nenhuma avaliação mais específica da origem ou do tipo da doença. Obviamente, nos casos concretos, as pessoas imediatamente associam estas avaliações à identificação da doença. O que estive analiticamente tentando apresentar é a origem de todo o processo de itinerário terapêutico. Sob este prisma, o itinerário terapêutico começa quando a doença é percebida e, nesse sentido, quando uma perturbação ordinária se faz impactante ou duradoura. Antes disso, do modo como os pacientes do Hospital de Base concebem suas experiências, não há itinerário terapêutico, pois não estava em questão uma doença. A reclassificação posterior enquanto doença de uma perturbação que anteriormente não era tida como tal não implica que todas as outras perturbações igualmente ordinárias vivenciadas antes ou depois do episódio da doença sejam percebidas como doenças.

Posta a identificação da presença de uma doença, o que se segue é o que estou denominando de *busca por tratamento*. Vale ressaltar, todavia, que nos casos em que a perturbação é impactante a dúvida da pessoa em torno da busca por tratamento é menor, pois se está mais seguro de que se trata realmente de uma doença. No caso das perturbações duradouras essa certeza é menor, e a pessoa tende a acreditar mais facilmente que se enganou, ou seja, que o que ela suspeitou que fosse uma doença na verdade não passava de mais uma perturbação cotidiana. A questão é que – e aqui complexificamos um pouco mais nosso quadro –, na visão das pessoas, esta identificação inicial da doença carece de um referendo para que prossiga tendo validade. Estamos aqui próximos aos esquemas propostos por Parsons (1951) e Suchman (*apud* FOSTER & ANDERSON, 1978a) acerca do papel de legitimador da condição de doente exercido pelo médico – a diferença decisiva é a relação desta nota particular com o restante do conjunto da análise.

Diante do imperativo de se fazer algo acerca da doença que a acomete, o que a pessoa faz é buscar tratamento médico nos serviços de saúde. Ela não recorre a outros sistemas médicos, sejam eles tradicionais, filosóficos, religiosos etc. Ela não utiliza estes outros sistemas dependendo da causa que atribui à doença, tampouco de seus posicionamentos políticos, raciais etc. O sistema médico não é tido como uma alternativa à qual se recorre quando outros não se mostraram eficientes. Ela não o escolhe depois de contabilizar racionalmente as conseqüências benéficas e maléficas de sua utilização em comparação com os resultados de outras escolhas. Também não acredita que pode se curar sozinha. Os pacientes do Hospital de Base entendem que as doenças são problemas que devem ser

enfrentados sob a direção especializada de um médico. Desse modo, o que lhes cabe fazer é procurar ajuda médica. A partir daí se impõe a questão de como conseguir o atendimento médico – adequado, se possível. O tratamento é visto como algo que ela não possui e que deve, para seu próprio bem, conseguir. Assim, as idas às instituições de saúde têm início quando a pessoa entende que, estando doente, precisa ser analisada por um médico. Contudo, ocorre que não basta ir uma única vez à instituição de saúde. Conseguir tratamento médico implica, para estas pessoas, na entrada em uma jornada que pode ser mais ou menos longa, mais ou menos danosa, mais ou menos exitosa, dependendo de inúmeros fatores. São estes fatores que explorarei mais detidamente abaixo.

Antes, uma pequena digressão. Foster & Anderson (1978a) chamam atenção para a possibilidade de que as pessoas que se caracterizam como doentes estejam – consciente ou inconscientemente – utilizando um estratagema para se verem livres de algum tipo de situação indesejada. A doença serviria assim como uma solução para tipos variados de pressões sociais na medida em que, ao mesmo tempo em que exige que a pessoa doente receba cuidados por parte de outras pessoas, permite que o doente deixe de assumir algumas responsabilidades. Nesta mesma linha argumentativa, Parsons (1951) também assinalou que a doença pode ser encarada como um meio de fugir de responsabilidades sociais. Porém, segundo ele, tal como esta isenção está contida na definição do papel social de doente, este mesmo papel implica na obrigação por parte do doente de que ele deseje a recuperação. A idéia me parece interessante, mas, pelo menos entre os pacientes do Hospital de Base, entendo que se deve ter em mente que a condição de doente, se vem acompanhada de algum tipo de desresponsabilização, dificilmente implica na escusa da maior parte das responsabilidades normais, ao contrário, requer o enfrentamento da tarefa extra de conseguir tratamento.

Na busca por tratamento o primeiro obstáculo a ser superado pela pessoa que se considera doente é conseguir um diagnóstico médico. Ele será o elemento que confirmará a suposição anterior de que a pessoa está doente e, mais além, é ele que dará todo o direcionamento e o sentido dos próximos passos. Para consegui-lo a pessoa precisa iniciar sua caminhada pelas instituições de saúde. Contudo, geralmente, para ter em mãos um diagnóstico médico ela antes precisa conseguir marcar uma consulta médica, passar por esta consulta, marcar alguns exames, realizar os exames, marcar nova consulta médica e passar por esta nova consulta. Se a trajetória é feliz, ocorre sem tropeços, desvios ou retornos; mas esta não é a propensão mais comum. Ordinariamente os exames não são claros e precisam ser refeitos, os médicos não concedem respostas definitivas e devem ser consultados mais de uma vez, o que é marcado é posteriormente desmarcado e precisa ser remarcado etc. Obter o

diagnóstico médico corresponde ao fechamento da porta da suspeita e a abertura do portão do tratamento médico.

Não obstante, o diagnóstico médico não traz imediatamente consigo o tratamento a ser realizado nem a compreensão da doença por parte do doente. O que ele faz é informar à pessoa que de algum modo os médicos estão conscientes do que se passa com ela e, consequentemente, mais cedo ou mais tarde saberão como tratá-la. A rigor, a pessoa entende que só há doença de fato quando há diagnóstico médico. Do outro lado desta mesma moeda há o pensamento de que, diante de um diagnóstico médico produzido, é inexorável que algo seja feito; ou seja, o diagnóstico médico é o elemento que irrevogavelmente exige alguma forma de atenção para com a perturbação. Não é raro que um paciente procure um terceiro médico quando um segundo lhe afirma que o diagnóstico produzido por um primeiro foi um erro e que, consequentemente, ela nunca esteve doente. O diagnóstico médico sugere à pessoa que ela deve prosseguir na sua busca por tratamento, pois realmente tem um problema de saúde e precisa se mobilizar para resolvê-lo.

De acordo com Young (1976), para compreendermos o significado social das doenças seria necessário nos atentarmos para os modos socialmente construídos de transformar "sinais" em "sintomas". Cada sociedade possuiria seus próprios tradutores e mecanismos de tradução, e Young chega a apontar que nos Estados Unidos o tradutor legítimo seria o médico. Mas o ponto importante de sua perspectiva é que seria através da escolha do tradutor que a pessoa poderia exercer um controle relativo das possíveis traduções e das audiências mobilizadas por elas. Isso seria possível porque uma mesma perturbação pode receber diferentes explicações. Com os pacientes do Hospital de Base ocorre que a tradução a qual Young se refere não é tida como passível de realização que não se dê por parte dos médicos. As pessoas podem conhecer outras, realizar outras, mas entendem que apenas a médica é segura, definitiva e, em boa medida, verdadeira.

Esquematicamente, podemos dizer que com o diagnóstico médico e seus desdobramentos futuros a pessoa descobre se sua doença é grave ou leve. Se ela não causar grandes mudanças em sua vida ou se ainda que produza mudanças não coloque a vida em risco, será então interpretada como leve. A idéia é que, precisando ou não se adaptar a novas condições de vida, é possível conviver com a doença. Mas se a doença gerar mudanças consideráveis e, além disso, colocar em risco a vida da pessoa, então será vista como grave.

A tentativa de resolução do problema de saúde é a etapa que se segue ao diagnóstico médico. Assim como ele, na visão dos pacientes do Hospital de Base a forma por meio da qual se obterá a cura também deve ser indicada e executada pelos profissionais da medicina.

Mesmo sabendo qual é a sua doença – o que na verdade na maior parte das vezes não significa saber mais do que o seu nome – após ter o diagnóstico, a pessoa não sabe como (nem pode) tratá-la. Por isso precisa alcançar alguém que o saiba. Esta pessoa é o médico, que deve ser encontrado nas instituições de saúde. Mais uma vez, não basta procurá-las, é preciso fazer isso de forma eficiente durante certo período de tempo e executando diversas tarefas. Enfim, depois de buscar e alcançar o diagnóstico ela deve prosseguir na sua busca por tratamento, para então ter acesso a modos de se tratar. A jornada prossegue, passando de forma mais ou menos exitosa pelas instituições de saúde.

Poder-se-ia questionar, como fizeram Csordas & Kleinman (1996), até onde esta separação entre diagnóstico e tratamento seria adequada, já que o diagnóstico por si só poderia representar uma resposta a uma dada perturbação. No entanto, certamente este não é o caso com os pacientes do Hospital de Base. Obviamente, a procura e a consecução do diagnóstico e do tratamento médicos são ações que derivam da existência de uma perturbação. Todavia, por duas razões elas são ações de ordens bastante distintas. Primeiro porque as intenções e expectativas das pessoas para com elas são diferentes. As pessoas querem um diagnóstico porque querem saber se realmente estão doentes e porque querem saber como devem prosseguir nas suas buscas por tratamento. Por outro lado, querem um tratamento porque esperam se recuperar, esperam que suas doenças sejam eliminadas. Ou seja, são processos com experiências e dinâmicas próprias. A segunda razão pela qual diagnóstico e tratamento são ações de ordens distintas para estas pessoas é que esta é uma divisão imposta pelas instituições de saúde. Todos os procedimentos demandados ou dirigidos aos pacientes se enquadram sem misturas num dos dois lados da separação. O que não quer dizer que ações num e noutro plano não ocorram simultaneamente, nem que tratamentos não ocorram antes que um diagnóstico esteja produzido. Quando isso acontece o tratamento tem sempre um caráter provisório, envolve a eliminação de um desconforto mais destacado ou uma tentativa de cura "às escuras". Note-se também que essas são ocorrências mais comuns quando o diagnóstico é, por quaisquer razões, de difícil produção e por isso demora a surgir.

Quadro 2
História em 15 atos

A história de Willian pode ser rapidamente sintetizada em 15 atos. O ato 1 ocorre na cidade de Monte Alegre, estado do Piauí, onde ele mora, nos meses finais do ano de 2006. Ele começa a sentir dores de cabeça, e com o tempo as dores passam a ser sentidas também nas pernas. O ato 2 é quando, além de sentir as dores, Willian começa a sofrer desmaios. O ato 3 consiste em todas as quatros vezes

em que, tendo desmaiado, ele é levado para o hospital da cidade. Lá identificam apenas que está anêmico e que carece de receber sangue.

No ato 4 ele vai para a cidade de Bom Jesus, também no Piauí, pois, tal como diz, "em Monte Alegre é mais fraco, não há medicamentos". No hospital de Bom Jesus são nele injetadas três bolsas de sangue, mas entende que o tratamento não está funcionando, já que sua fraqueza volta assim que termina de receber o sangue. Nada além da anemia é identificado. O ato 5 acontece no hospital da cidade de Corrente, ainda no Piauí, para onde ele vai depois de Bom Jesus. Recebe mais quatro bolsas de sangue, estas vindas de Teresina, pois ali estão em falta. Passa por novos exames, que concluem, novamente, que está anêmico. Perguntado, diria que os cincos primeiros atos foram os mais difíceis de sua história, uma vez que sangrava muito e não sabia o que se passava.

No ato 6 ele retorna para Monte Alegre. O ato 7 é a sua partida dali para Brasília, carregando um – tal como diria – "atestado de doença". Acredita que não há como se tratar adequadamente em seu estado.

No ato 8 ele chega à casa de um conterrâneo que mora em Brasília, única pessoa conhecida na cidade. O ato 9 representa sua ida ao Hospital Regional do Paranoá, localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal. Não o atendem, na medida em que entendem que seu caso não é grave. O encaminham para um Posto de Saúde. O ato 10 é a marcação de exames para o mês de novembro de 2007 realizada no Posto de Saúde. Diante da necessária espera, os funcionários do Posto sugerem que ele faça os exames antecipadamente na rede particular de saúde. Ele assim os faz. O ato 11 apresenta Willian com os exames realizados tentando mostrá-los ao médico do Posto de Saúde. Para tanto precisa chegar nele às cinco horas da manhã e não encontrar cinco ou seis pessoas já aguardando na fila – do contrário não consegue ser atendido. Após várias tentativas consegue a consulta. O ato 12 se dá no dia primeiro de outubro de 2007, quando entra no hospital do Paranoá após ser encaminhado pelo médico do Posto de Saúde que vê seus exames. Fica internado em observação por três dias. Deitado e ingerindo comprimidos.

No ato 13 ele chega à Emergência do Hospital de Base, trazido do Hospital Regional do Paranoá por uma ambulância. Permanece ali internado por quatro dias. Uma médica solicita novos exames. A partir deles avisa Willian que ele sofre de leucemia aguda. Ele então descobre qual é sua doença. O ato 14 é sua ida para a Internação do Hospital de Base.

No ato 15 ele se encontra comigo na Internação do Hospital de Base dezesseis dias depois de ter chegado lá. É dia vinte e quatro de outubro de 2007. Willian está deitado numa cama vestido com a roupa que o Hospital de Base empresta aos seus pacientes e acompanhado do irmão que veio com ele do Piauí. Conta a mim o que lhe havia acontecido até aquele momento, mais ou menos nos termos esquemáticos aqui apresentados. Ele não sabe o que causou a leucemia. Sabe que enquanto esteve na Internação ingeriu "remédios fortes". Está esperando que em um ou dois dias os médicos lhe digam se os medicamentos eliminaram o problema ou se precisará fazer nova sessão terapêutica composta pela ingestão de medicamentos.

Uma característica importante dos pacientes do Hospital de Base é que em geral eles passaram anteriormente por outras instituições de saúde. As passagens pelo Hospital de Base se dão mais frequentemente em momentos mais avançados de suas buscas por tratamento. Este fato tem razões relacionadas com as características das primeiras ações dos pacientes, mas também com um esforço planejado do Hospital de Base para não realizar atendimentos primários. No entanto, apesar de formular esta pretensão ele acaba recebendo – não só na Emergência, mas também no Ambulatório e na Internação – pacientes que não estiveram

previamente em outras instituições de saúde. Os processos que possibilitam que essa utilização não explicitamente planejada aconteça serão discutidos mais detidamente abaixo.

Associado a este aspecto dele ser procurado em etapas avançadas das buscas por tratamento está o dado de que recebe pacientes não apenas do Plano Piloto, onde está localizado[6]. O Hospital de Base é o maior e mais complexo hospital do Distrito Federal e participa de um sistema de circulação de pacientes entre inúmeras instituições de saúde. Este trânsito constante, e ainda que em cada caso tenha aspectos específicos, segue algumas coordenadas mais amplas.

É comum que as outras instituições de saúde de todo o Distrito Federal direcionem seus pacientes para o Hospital de Base. Após o paciente procurar uma clínica, um Posto de Saúde ou um Hospital Regional é informado que de precisa se dirigir ao Hospital de Base para conseguir alguma espécie de serviço ou tratamento. Este tipo de direcionamento é institucionalmente previsto e planejado na política de saúde regional, mas, ainda assim, na prática não funciona perfeitamente. A razão principal para isso é que não existe uma adequada sincronia na troca de informações entre as instituições, nem uma ampla divulgação das mesmas. De modo que os médicos e pacientes que têm maior acesso às informações conseguem fazer melhor uso desta possibilidade de trânsito entre instituições.

Utilizando ou não da melhor forma possível a possibilidade de se deslocar entre as instituições, tudo indica que todo paciente que inicia uma busca por tratamento nas instituições de saúde inevitavelmente entra no que poderíamos chamar de “sistema de encaminhamentos”, e que funciona sobretudo a partir de duas vias principais. A primeira delas é a da disponibilidade de vagas. Qualquer que seja a doença do paciente, ele pode ter que se deslocar de uma instituição para outra caso necessite de uma vaga em algum serviço que não está disponível ou inexiste na instituição onde se encontra. A outra via é a da complexificação do serviço que necessita. As instituições de saúde em geral sobrepõem tamanho físico com complexidade de serviço e especialização do serviço – sendo que o crescimento numa destas variáveis comumente vem acompanhado do crescimento das outras duas. É uma lógica presente também no modelo de atendimento oferecido, ou seja, com o passar do tempo a pessoa tende cada vez mais a precisar de serviços oferecidos por instituições fisicamente maiores, mais complexas e com médicos mais especializados; o que a impulsiona a se deslocar pelas instituições.

[6] O Plano Piloto constitui a parte central e planejada da cidade de Brasília.

Do ponto de vista das instituições a intenção é que estes trânsitos tenham algo de duradouro. Espera-se que cada paciente permaneça numa instituição até que resolva completamente seu problema de saúde, ou então que se desloque somente quando não for mais possível se tratar onde está. Vale ressaltar que isso é concebido tanto para a produção do diagnóstico quanto do tratamento. E de fato isso acontece na maior parte dos casos, pois esta é uma perspectiva compartilhada pelos funcionários (médicos ou não) das instituições, e como os pacientes tendem a se deslocarem – salvo em algumas circunstâncias que abordarei a seguir – sob indicações institucionais, acabam por efetivarem esta perspectiva.

A única exceção mais recorrente que pude conhecer nesse esquema de trânsito é aquela dos pacientes que necessitam de internação em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs). Estas existem em instituições de diferentes portes, mas ainda assim prestam serviços semelhantes e, por isso, um paciente pode sair de uma instituição que se encontra em ponto mais próximo do topo da hierarquia das instituições e ser internado na UTI de outra instituição que está mais abaixo nesta hierarquia. Como o paciente internado em UTI após receber alta precisa retornar para seu lugar de atendimento de origem, pode acabar realizando um trânsito, embora temporário, inverso ao mais comum.

Por estas razões grande parte dos pacientes do Hospital de Base residentes no Distrito Federal passou por outras instituições antes de nele chegar. Os múltiplos direcionamentos e vias pelas quais os pacientes transitam vão pouco a pouco convergindo para ele. E aqueles que estiveram em outras instituições frequentemente relatam que no Hospital de Base foram encontrados tanto os mais eficientes serviços médicos quanto as melhores condições de atendimento. Não é raro, inclusive, que a diferença qualitativa percebida entre as instituições seja bastante ampla. Num segundo momento, esta é uma impressão que passa a ser compartilhada pelas pessoas que conhecem as trajetórias daqueles que estiveram no Hospital de Base, o que acaba aumentando a demanda por seus serviços. Nesse sentido, além de receber em seus diversos setores pacientes encaminhados por outras instituições, o Hospital de Base também recebe pacientes do Distrito Federal que o procuram esperando encontrar nele serviços melhores.

Além destes o Hospital de Base atende também um grupo considerável de pacientes que vêm de outros estados do país. Tomei contato direto com pessoas vindas da Bahia, de Goiás, de Minas Gerais, do Piauí, do Maranhão e do Ceará, mas ouvi falar de pacientes que vinham de Rondônia, do Mato Grosso, do Tocantins e do Pará. Certamente uma pesquisa mais profunda identificaria pessoas vindas de outros estados. Seguramente apontaria ainda que a maior partes destes pacientes vem de Goiás e da Bahia. São pessoas cujas histórias

repetidamente narram longas e árduas jornadas motivadas por grandes esperanças de melhores tratamentos ou pela ausência de alternativas nas localidades de origem. Seus deslocamentos em busca de tratamento por vezes envolvem grandes esforços pessoais e familiares: compridas e demoradas viagens, pedidos de auxílio, endividamentos etc.

Estas pessoas vindas de outros estados, tal como aquelas que residem no Distrito Federal, procuram o Hospital de Base após terem sido para lá encaminhadas ou por acreditarem que ele oferece melhores serviços médicos, mas suspeito que um elemento que também impulsiona este tipo de deslocamento é a presença de migrantes de diversas origens residindo próximos a ele. Diversos pacientes relataram que ao buscarem o Hospital de Base, tendo vindo de lugares distantes, foram ajudados por parentes que haviam migrado anteriormente para o Distrito Federal. Embora não seja o fator explicativo principal, entendo que este seja um elemento de considerável importância.

Afora os pacientes residentes no Distrito Federal e aqueles vindos de lugares distantes há, sem dúvida, muitos outros que estão a meio caminho entre estas duas condições. Pacientes que residem em Regiões Administrativas do Distrito Federal mais afastadas de Brasília, em cidades do Entorno (aquelas localizadas em Goiás e Minas Gerais na região que circunda o Distrito Federal), ou então em cidades que de alguma maneira institucionalizaram o encaminhamento de pacientes para o Hospital de Base. Refiro-me, neste último caso, sobretudo às cidades que disponibilizam ambulâncias para rotineiramente levarem pacientes até o Hospital de Base e com eles retornarem.

Com estes pacientes acontece o mesmo que se passa com os originários do Distrito Federal: o Hospital de Base aparece como uma das últimas instituições de saúde procuradas. Entretanto, com relação a todos eles isso não quer dizer que a busca por tratamento tenha se encerrado, mas apenas que o trânsito pelas instituições tenha cessado de forma mais veemente. Para muitos pacientes, mesmo após terem passado por várias instituições o diagnóstico médico foi produzido apenas no Hospital de Base. Com isso seu trânsito teria, num certo sentido, se encerrado quando o paciente precisaria ainda enfrentar todo o processo de tratamento. De forma semelhante, ainda que seu diagnóstico já tenha sido feito, o paciente circula por instituições sem que elas lhe ofereçam tratamento, que ele então vai encontrar somente no Hospital de Base. Novamente, o trânsito tende a estacionar quando ainda há muito que ser feito. Diga-se de passagem, muitos pacientes relatam também que enfrentaram

dificuldades para conseguirem acessar os serviços do Hospital de Base, mas que, após o terem feito, suas buscas por tratamento se tornaram menos árduas[7].

A presença de pacientes vindos de outros estados nos hospitais do Distrito Federal, especialmente no Hospital de Base, é frequentemente apresentada pela imprensa local num formato de denúncia do mal (quando não "mal-intencionado") uso do serviço público de saúde no país. Cheguei a conversar com uma ou duas pessoas que ocupam posições importantes na direção do Hospital de Base e que também me relataram esse fato de forma semelhante. O argumento, comumente compartilhado pela imprensa e por estas pessoas, é que a demanda "externa" seria uma causa e, consequentemente, uma justificativa para a má qualidade dos serviços prestados por estas instituições. Machado (2003) explora e descreve estas "pressões" que os hospitais de Brasília sofreriam, e alerta que esta seria uma questão nacional e não apenas própria ao contexto local. Creio que a autora está correta ao apontar que não se trata de uma questão específica. Diria mais: além da problemática ser nacional no sentido de não ser encontrada unicamente em Brasília, é nacional no sentido de que se formam redes, sistemas regionais e por vezes até mesmo transregionais de fluxos de pacientes. Observe-se, por exemplo, a inegável e constante presença de pacientes do Norte, do Nordeste e de todo o Centro-Oeste no Hospital de Base.

Contudo, minha impressão é que ainda é preciso fazer (pelo menos não conheço nenhum trabalho que vá nessa direção) uma análise não dos problemas, das dificuldades surgidas desta situação, mas sim da sua positividade ou, se quiserem, da sua funcionalidade. Nesta linha de pensamento, apontaria três aspectos que chamam minha atenção, ainda que não possa confirmar a veracidade deles: (1) este tipo de deslocamento de pacientes a todo momento é anunciado (tanto por parte das localidades que recebem quanto por parte das que enviam pacientes) como justificativa para serviços ruins; (2) a situação comumente justifica determinados tipos de gastos, investimentos ou planejamentos orçamentários estatais; (3) o quadro frequentemente justifica determinadas estratégias de saúde pública centradas na atenção médica especializada e complexa. O denominador comum de todas estas operações é que o contexto em questão invoca sempre uma *necessidade de*, ou seja, ele é retratado como *origem* de situações diversas e não como o *resultado* de ações quaisquer.

[7] Como a assertiva de que o Hospital de Base é uma das últimas instituições encontradas nos itinerários terapêuticos de seus pacientes está sendo formulada a partir de pesquisa realizada com estes pacientes *enquanto* eles utilizavam a instituição, pondero que estudos com estas mesmas pessoas em outras circunstâncias, ou então com outras pessoas em outras instituições de saúde possam indicar processos diferentes – embora acredite que isso seja pouco provável.

Vinha descrevendo a direção dos movimentos dos pacientes pelas instituições de saúde. Todavia, é essencial acrescentar que o direcionamento para estes deslocamentos não é dado pelos próprios pacientes, mas pelos médicos e demais funcionários destas instituições. Se, por exemplo, durante um tratamento em curso um paciente é obrigado a trocar de médico por razões que lhe escapam, e este segundo médico solicita um exame que o paciente já havia realizado ou então que o primeiro médico havia lhe dito que era dispensável, o paciente não questiona a necessidade real deste pedido, ele apenas busca executá-lo, acreditando que deve fazê-lo. Sua tarefa é procurar fazer o exame do modo como lhe for mais fácil, transitando como puder pelas instituições. Outra circunstância que deixa isso claro é o muito comum "acompanhamento". Trata-se de um monitoramento médico periódico da saúde de um paciente através de exames e consultas seguidas que, em geral, têm início após a ocorrência de um evento de destaque: uma cirurgia, a prescrição de um medicamento, o diagnóstico de uma doença crônica etc. Em certo momento o paciente é avisado por um médico de que dali em diante precisará "fazer acompanhamento", o que significa que ele deverá buscar constantemente o serviço de saúde, o que, por sua vez, implica em ir à instituição de saúde que lhe for definida, no horário que lhe definirem, com o médico que lhe definirem etc. Não basta ao paciente cuidar dos aspectos mais propriamente relacionados à sua saúde, ele terá que passar a estar atento às eventuais mudanças organizacionais do sistema, aos humores das pessoas que marcam suas consultas e exames etc. Poderia citar ainda a dinâmica das internações – estadias mais ou menos prolongadas em dependências mais ou menos adequadas dos hospitais. Em tese elas se dariam quando estivesse em pauta a realização imediata de algum procedimento médico (cirurgias, exames etc.) ou a possibilidade de que o paciente sofra algum mal súbito. Porém, facilmente se encontra pacientes internados cujas internações não são indispensáveis, mas que acontecem para que facilitem ou viabilizem a execução de procedimentos médicos, já que estando internados eles ficam à disposição dos médicos e demais funcionários e assim podem se adequar aos seus desígnios. Sob este prisma, o que as pessoas buscam são direcionamentos para que possam cumpri-los, indicações de rumos para que prossigam suas buscas. A questão é que a simples indicação de percurso não significa que o movimento se dê; portanto, o paciente precisa agir de modo que consiga empreender o movimento. Ele está sempre aguardando o desfecho médico-institucional da ação pretérita para saber qual deverá ser sua próxima atitude.

Em apenas um sentido importante os pacientes assumem a iniciativa de escolha dos caminhos a serem percorridos nas suas buscas por tratamento. Esta acontece quando alguma resposta que esperam demora demasiadamente para ser produzida ou não acontece. Por

exemplo, uma consulta que não é marcada, um exame que não é realizado, um diagnóstico que nunca é conclusivo, um remédio que não é disponibilizado etc. Nestas circunstâncias ele cogita que talvez esteja buscando tratamento de forma equivocada e pode tentar mudar de estratégia. Buscar outra cidade, outro hospital, outro médico, outro horário etc. Foi nesse sentido que, destacando a importância do modo de funcionamento dos serviços de saúde para a definição das práticas de tratamento dentro das instituições – por parte dos profissionais – e fora delas – por parte dos pacientes –, que Machado (2003) indicou como o alargamento do intervalo entre consultas leva os pacientes a buscarem outros serviços.

Ao longo de suas buscas por tratamento os pacientes enfrentam também a incapacidade das instituições de registrarem suas histórias – mesmo que do ponto de vista médico. A chegada numa nova instituição frequentemente representa um recomeço de seus tratamentos, e até mesmo de seus diagnósticos. Uma instituição diferente na maioria absoluta dos casos significa um médico diferente, e este quase sempre solicita que exames sejam refeitos, que novos medicamentos sejam ingeridos etc. Os pacientes têm pouco a fazer diante disso, senão executarem adequadamente os novos pedidos. Eles normalmente não compreendiam a que tipo de tratamento ou diagnóstico estavam sendo submetidos e, portanto, não podem relatá-los ao novo médico. Em geral também não tinham acesso aos seus exames, que ficaram perdidos na instituição anterior, e assim o novo médico não os aproveita. Se acontecer deles os terem tido em mãos, pode ocorrer de eles terem sido descartados pelos próprios pacientes, já que não conseguiam interpretá-los, ou então de serem desprezados pelo novo médico, que não confia plenamente na origem deles e por isso pede uma prova.

Porque recomeços podem existir, outra dificuldade que enfrentam é que a passagem de uma instituição para outra nem sempre implica numa evolução de seus tratamentos médicos. Existem retornos, desvios, paradas – obviamente, nenhum deles desejado pelos pacientes. Pacientes que num hospital têm uma cirurgia marcada ao irem para outro são avisados que os médicos decidiram que é necessário fazer novos exames. Pacientes que ingerem um tipo de medicamento que está lhes fazendo bem ao mudarem de médico recebem a prescrição de outro medicamento que lhes causa mal. Pacientes que já haviam sido avisados que receberiam alta de algum tratamento em outro local são informados de que precisarão fazer acompanhamento. Enfim, médicos e instituições de saúde não funcionam em uníssono, o que corrobora o óbvio fato de que políticas de saúde, instituições, profissionais, pacientes e tampouco saberes médicos são iguais – muito menos *exatos.*

A meu ver, um aspecto bastante curioso no modo como os pacientes do Hospital de Base interpretam seus relacionamentos com as instituições de saúde durante suas buscas por

tratamento é que eles tendem a caracterizar os percalços que encontram como “triagem”, “não gravidade dos seus casos”, “demanda excessiva”, “impossibilidade de atenderem a todos” etc. e não como – com base numa perspectiva que enfatizasse a responsabilização das instituições e de seus profissionais – “incompetência institucional”, “preguiça dos funcionários” ou “incompetência médica”, por exemplo. De forma associada, é comum que relembrem com pezar das primeiras etapas de seus itinerários terapêuticos, lamentando o fato de que não souberam acessar adequadamente os serviços de saúde: escolheram o médico que não era especialista no seu problema, procuraram o hospital que não possuía infra-estrutura adequada, esperaram mais do que deveriam para viajarem etc. No início de suas buscas eles, realmente, frequentemente não sabem muito bem como realizá-las. Se não tiveram experiências semelhantes anteriores ou se não podem contar com a orientação de alguém mais experiente, apenas com o tempo irão aprendendo quais são os critérios e atitudes mais eficientes; por onde, como e quando se deve transitar.

Deve estar claro que até aqui tenho falado especialmente, embora de forma não explícita, do sistema *público* de saúde. De fato, raramente os pacientes do Hospital de Base utilizam os serviços da rede privada de saúde. A circulação dos pacientes pelas instituições públicas é, como tentei demonstrar acima, bastante intensa. Mas é muito menos comum que eles passem por instituições privadas. Quando isso acontece é provável que o paciente não possuísse alternativa, ou então que o uso do serviço privado fosse pontual, momentâneo – além de ter sido escolhido o mais barato dentre os disponíveis. A utilização passageira da rede privada na maior parte dos casos acontece em torno da realização de exames que o serviço público não realiza ou que porventura demoraria demais para realizar. Isto posto, é necessário precisar minhas referências elucidando que enquanto estive falando de *instituições de saúde*, referia-a mais corretamente às *instituições públicas de saúde*. E é delas que continuarei tratando.

Os limites e possibilidades de utilização do Sistema Único de Saúde em geral, e das instituições públicas de saúde em particular, são absolutamente fundamentais nos itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base. Na medida em que da identificação de uma doença segue uma busca por tratamento que se dá em seus espaços, os modos como elas se apresentam e podem ser utilizadas se tornam destacadamente importantes. Porém, como anunciei antes, esta não é uma utilização estática, envolve aprendizados, estratégias, capacidades pessoais, esforços etc.

Quadro 3

Dezesseis anos de espera

Para compreender a história de Josias o leitor precisa imaginar uma vida inteiramente acompanhada por esperas e tratamentos médicos. Josias nasceu com uma doença genética de caráter hereditário chamada anemia osteofitose. Dos seus sete irmãos, três também nasceram com o mesmo problema. Desde criança sua mãe o levava a hospitais para que fosse tratado. Sua família morava numa zona rural do interior do Ceará. Para serem atendidos pelos médicos, Josias e seus irmãos precisavam ir até a cidade mais próxima e lá fretarem um carro no qual pudessem ir até o hospital. Por causa dessa dificuldade sua família decidiu se mudar para o Distrito Federal, onde esperavam encontrar maiores facilidades para o tratamento dos quatro irmãos. Até então não sabiam exatamente qual era a doença que os afligia.

O motor de todos os problemas de saúde de Josias é que suas células brancas têm um formato anormal. Além disso, a doença faz com seu baço aumente demasiadamente de tamanho. Qualquer esforço físico mais destacado faz com que o órgão aumente de tamanho, e em seguida Josias passa a sentir dores nas pernas, cansaço e fraqueza generalizada. O tratamento médico que realiza tenta impedir que a doença se agrave e se transforme em leucemia. Como a possibilidade do agravamento é constante, o tratamento precisa ser ininterrupto. Ele sempre ingere sulfato ferroso e realiza exames de sangue e raios-x do baço periodicamente.

Há cinco anos ele tem a saúde monitorada pela mesma médica. Mensalmente vai ao Ambulatório do Hospital de Base se encontrar com ela. Mensalmente repete os mesmos exames. Quando percebe que algo de diferente está acontecendo com sua saúde, Josias não precisa esperar pela próxima consulta mensal. Basta ir ao Hospital de Base que a médica o atende. Na intenção de cuidar de sua saúde, além de utilizar a medicação receitada pela médica, Josias apenas evita alimentar-se com determinados alimentos, conforme a médica lhe recomendou. Entende que o medicamento tem um efeito importante sobre sua saúde, mas percebeu que passou a se sentir consideravelmente melhor quando começou a ter mais atenção com sua alimentação.

Com dez anos de idade os médicos decidiram que o melhor seria que ele passasse por uma cirurgia de retirada do baço. Seu nome foi então colocado numa lista de espera. Dezesseis anos se passaram e, atualmente com vinte e sete anos, Josias ainda aguarda pela realização da cirurgia. Ela é sua única esperança de se ver mais saudável. A médica lhe disse que mesmo com ela não há expectativa de cura, mas apenas de que sua condição melhore em torno de cinqüenta por cento. A cirurgia poderia ser realizada na rede privada, mas Josias sequer procurou saber qual seria o custo, pois tem certeza que não o conseguiria pagar. Dois de seus irmãos já a teriam realizado. Ambos não precisaram mais ir rotineiramente a hospitais nem ingerir medicamentos, como ele precisa continuar fazendo.

Josias acredita que a lista de espera pela cirurgia é montada de acordo com a gravidade da condição em que as pessoas se encontram. Imagina que se os medicamentos produzem o efeito esperado a pessoa não precisa fazer a cirurgia, mas que, tal como aconteceu com seu irmão, se o medicamento não atua como esperado a anemia fica mais forte, o baço cresce muito e a cirurgia é necessária. Nestes casos o baço precisaria ser retirado imediatamente. Ele ainda não havia chegado nesta situação, e por isso outras pessoas teriam feito a cirurgia antes dele. Fica assim esperando que o Hospital de Base lhe chame para fazer a cirurgia. Enquanto isso, anualmente entrega seus exames no setor apropriado da instituição.

Constantemente sente dor nas costas, e nota que a anemia o vem enfraquecendo. A doença não permite que realize esforços físicos, o que forçosamente o atrapalha em seu trabalho. E como este exige força física, a situação piora ainda mais. Por outro lado, há o incômodo não menos ruim de ficar constantemente pálido, com uma aparência abatida. A médica já havia lhe avisado que todo este quadro piorará ainda mais com o tempo se ele não fizer a cirurgia.

A causa provável para o problema genético de Josias e de seus irmãos é que seus pais são primos. Ele foi então avisado para que não tivesse filhos com outras mulheres de sua família, pois eles

poderiam nascer com a saúde ainda mais comprometida. Acabou casando-se com uma mulher com quem não tinha laços de parentesco e tendo um filho. Ainda assim a criança passa por acompanhamento médico. Está com quatro anos de idade e a doença não se manifestou, mas pode fazê-lo no futuro.

Sua espera pela cirurgia já dura dezesseis anos, e não tem previsão de término. Enquanto isso lhe conforta ver mensalmente nos corredores do Hospital de Base pessoas em condições mais delicadas que a dele. Conheceu pessoas mais jovens cujos problemas se agravaram e se transformaram em leucemia. Consola-o saber que seu estado não é o pior dos piores.

Se observarmos os itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base não apenas do ponto de vista de suas escolhas ou avaliações mentais, percebemos que suas buscas por tratamento dificilmente são solitárias, envolvendo quase sempre a mobilização de redes sociais. Isso é um tanto claro quando o doente é uma criança, um idoso ou alguém em condição física muito debilitada. A idéia socialmente estabelecida de que estas pessoas necessitam do auxílio de outras transcende os processos relacionados com tratamento e cura. Mais do que isto, chega a ser uma demanda institucional que elas a todo momento tenham ao lado um "responsável". Especialmente quando internações ou exames estão em questão, pressupõe-se que as instituições não têm como dispensar uma atenção constante para estes tipos de pacientes, e também que não podem se responsabilizar por inesperados acidentes que porventura lhes aconteça.

Ademais, a história do restante dos pacientes que não se encontram nestas condições na maioria das vezes também envolve a participação de outras pessoas. Como incentivadoras, dificultadoras, financiadoras, facilitadoras, orientadoras etc. – não importa; a busca por tratamento é um empreendimento que para ter bom êxito precisa ser coletivo. E a rede mais frequentemente mobilizada pelos pacientes do Hospital de Base é a familiar, embora outros tipos de relacionamentos sejam buscados. A consecução de privilégios ou facilitações na busca surge assim como um desdobramento da capacidade dos doentes – e das pessoas mais próximas a eles – de mobilizarem redes sociais que atravessem os serviços de saúde ou outras esferas mais específicas que se façam necessárias em cada caso. Esta mobilização envolve favores, obrigações, conhecimentos, influências ou outras capacidades de fazer coisas quaisquer requeridas em cada situação. Para se obter sucesso na busca por tratamento não basta ter sucesso na mobilização das redes sociais, mas, em boa medida, o primeiro depende do segundo.

Interessante notar ainda que um aspecto particular relatado pelos pacientes do Hospital de Base é que a cooperação dos familiares em suas buscas por tratamento comumente assumiria um caráter de obrigação. Parsons (1951) já havia alertado para o fato de que o papel

de doente remete a uma necessidade de ajuda considerada legítima, mas entre estes pacientes essa característica apareceu mais fortemente marcada no que tange às relações familiares. Nas entrevistas realizadas com os familiares dos pacientes, ou então na presença deles, surgiram diversos relatos acerca de seus dramas ocorridos durante os itinerários terapêuticos dos doentes.

Mais particularmente com referência à utilização dos serviços de saúde, as redes sociais são importantes porque eles não operam através de sistemas institucionalmente fechados, rígidos e rigorosos. Olhados de perto eles apresentam formas bastante flexíveis, moldáveis de acordo com interesses diversos. Nas buscas por tratamento os pacientes podem tão somente acionar os serviços tal como definido pelo modelo institucional. Contudo, se se restringem a este tipo de postura suas buscas provavelmente serão mais longas e penosas. Sabendo disso, o que eles procuram fazer é utilizar esta "flexibilidade" do sistema de modo que não precisem aguardar os prazos comuns, não tenham que passar por etapas burocráticas desnecessárias etc. E se desconsideramos o modelo institucionalmente anunciado, percebemos que essas estratégias não subvertem ou fogem ao sistema. Ao contrário, trata-se de estratégias que o utilizam bem. Sua "flexibilidade" não é ocasional nem localizadamente anômica; é assim que o sistema está estruturado na prática e é assim que funciona. Raro é o paciente que não sabe disso e que não faz o possível para lograr êxito na sua "flexibilização" quando precisa se relacionar com ele.

Geralmente estas estratégias fazem uso de dois tipos de instrumento. O primeiro e mais comum são os favores dentro de redes pessoais de relacionamento. Pessoas que se conhecem ajudam-se para que problemas sejam resolvidos. O outro instrumento, menos comum, no entanto, é a utilização do carisma individual. Determinados pacientes ou pessoas próximas a elas recorrem, por exemplo, às suas capacidades argumentativas ou à simpatia para viabilizarem dinâmicas da busca por tratamento. É interessante registrar, por sinal, que a exibição da gravidade da condição do doente não parece ser, como se poderia imaginar, uma maneira eficiente de se conseguir bom uso do sistema de saúde. Não conheci nenhum caso em que o paciente tivesse conseguido algum tipo de benefício simplesmente porque sua vida estivesse em risco.

No Hospital de Base estas manipulações do sistema são extremamente presentes e recorrentes. Pacientes que, através de redes de relacionamentos, conseguem estabelecer um contato próximo com pessoas que trabalham na instituição podem encurtar de forma substancial os degraus que precisariam galgar. Por outro lado, muitos funcionários (médicos ou não) pareceram bastante suscetíveis a formas de tratamento, charmes, aparências etc.

Pacientes que conseguem “agradar” estes funcionários também atravessaram percursos mais curtos. Suas esperas nas filas de atendimento são menores, suas consultas e exames são marcados para dias mais próximos, encontram vagas mais facilmente etc. Como havia assinalado, diversos pacientes me relataram a dificuldade que enfrentaram para terem acesso aos serviços do Hospital de Base. Em contraposição, muitos outros me explicitaram a facilidade que tiveram para conseguirem os serviços quando contaram com a ajuda de alguém com um mínimo de influência na instituição. E ambas as situações não são segredos bem guardados; são práticas compartilhadas que pude observar de perto em inúmeras ocasiões.

Um dos mais valiosos aprendizados que os pacientes vão adquirindo ao longo de suas buscas por tratamento é como se relacionar de forma benéfica com a dinâmica organizacional das instituições, especialmente com os profissionais que cuidam de suas administrações e funcionamentos. Acontece das pessoas não conseguirem tratamento porque os funcionários estão em greve, porque em certo horário ocorre uma superlotação de determinado setor, porque as fichas que viabilizam um serviço estão em falta, porque o secretário de saúde redefiniu a forma de distribuição de medicamentos etc. Dentre estes múltiplos possíveis eventos, se destaca a possibilidade do paciente não conseguir manter um contato duradouro com um só médico, pois ocorre de “seus casos serem passados” de um para outro devido à transferência, dispensa ou contratação destes profissionais. Outro aspecto importante neste contexto é que o trânsito dentro das instituições e entre elas em geral se dá através de passaportes (guias, fichas etc.) produzidos de forma precária e cuja leitura e compreensão por parte de pacientes e funcionários nem sempre é óbvia e clara. Para conseguir tratamento o paciente precisa, por conseguinte, aprender a lidar com estas problemáticas. Quanto melhor ele o fizer maiores serão suas chances de alcançar bom tratamento e de se curar mais rapidamente. É comum que ao relembrarem suas histórias os pacientes lamentem que não soubessem como fazer tal ou qual coisa no passado da forma como posteriormente aprenderam a fazer, pois se assim fosse estariam em melhores condições. Desse modo, os pacientes tentam saltar a burocracia das instituições e prever suas ações porque frequentemente a consideram demasiadamente demorada, pensam que ela pode lhes impor empecilhos desnecessários e porque julgam que antecipando suas ações poderão agir de forma mais ágil e eficiente.

Os trâmites organizacionais das instituições impõem aos pacientes regulações no regime temporal de seus tratamentos que nada têm a ver com seus problemas de saúde. Eles precisam lidar com prazos, esperas, marcações etc. que existem unicamente como efeitos do modo de operação do sistema de saúde. Na Emergência do Hospital de Base, por exemplo, é

fácil encontrarmos pacientes internados aguardando por oportunidades de fazerem cirurgias. A espera deles é indefinida, podendo durar de um dia a semanas. Enquanto isso eles não sabem se farão a cirurgia ou se mais cedo ou mais tarde serão mandados de volta para suas casas sem o tratamento esperado. Por seu turno, no Ambulatório encontramos pessoas que às vezes esperaram meses por uma consulta médica, sendo que este prazo não foi definido de acordo com o previsível desenvolvimento de suas doenças.

A estas regulações do tempo constantemente estão associadas pequenas torturas às quais os pacientes devem se submeter para conseguirem tratamento. Passam longos períodos sem se alimentar, permanecem sentados ou numa mesma posição durante horas, têm de acordar durante a madrugada para se dirigirem às instituições, seus atendimentos são organizados colocando-os em filas indianas, enfrentam a ansiedade de necessitarem de fichas ou senhas para atendimento que têm a quantidade limitada e geralmente pequena, ficam ao relento (no frio, no calor, na chuva – não importa) aguardando atendimento etc. Se os pacientes não conseguem fugir destas situações então precisam recorrer à paciência e persistência, pois, do contrário, outros o farão e conseguirão o atendimento que eles desejam.

A idéia de uma *busca por tratamento* que venho tentando desenvolver aqui é descrita por alguns pacientes como uma *busca por recursos.* O que tenho tratado como uma tentativa de utilizar de forma eficiente os mecanismos de prestação de atendimento médico do sistema público de saúde é certas vezes apresentado por eles como uma busca por boas condições de execução da medicina. Nesse sentido, coisas muito diversas são caracterizadas com os significantes flutuantes “falta de recursos” e “presença de recursos”. A idéia subjacente é que os casos de fracasso médico-institucional são frutos de *faltas*; que tem como contrapartida a também subjacente concepção de que, sob condições exteriores adequadas, os serviços organizados com perspectivas da medicina são inevitavelmente eficientes.

Quadro 4
A relatividade do tempo

Conheci Michel na tarde do dia dezessete de setembro de 2007. Quando o abordei para pedir que me concedesse a entrevista ele estava acompanhado de um amigo, ambos sentados num dos bancos laterais do corredor principal do Ambulatório do Hospital de Base.

Ele me conta que seu problema havia surgido na segunda-feira anterior, exatamente uma semana antes daquele dia. No domingo imediatamente precedente ele chegara de uma viagem de passeio durante a qual diz não ter notado nada de diferente com a visão. Ao acordar naquela segunda-feira percebeu que não estava enxergando bem. Havia algo como uma “bola preta” na visão do olho direito que quase impedia a visão com ele. Decidiu ir trabalhar normalmente. Julgou que o problema

era devido a uma crise de enxaqueca, como outras semelhantes pelas quais passara. Aguardou sem nada fazer durante três dias que o problema desaparecesse.

Por tanto sua irmã e mãe insistirem, somado o fato de que a visão estava ficando ainda pior, Michel decidiu procurar um médico. Na noite de quarta-feira buscou a Emergência do Hospital de Base. Foi atendido e o médico lhe disse que estava com um deslocamento de retina, precisando passar imediatamente por uma cirurgia. Contudo, ainda assim o médico também lhe informa que precisava antes fazer uma consulta num Posto de Saúde para que pudesse ser encaminhado para cirurgia.

Vai então ao Posto de Saúde próximo de sua casa, mas lá lhe dizem que não seria examinado imediatamente pelo médico. Após trinta dias iriam telefoná-lo para que fizesse seu cartão de usuário. Em seguida precisaria esperar mais trinta dias para marcarem a consulta. Se, hipoteticamente, a consulta fosse marcada para outros trinta dias mais adiante, então sua espera total seria de aproximadamente três meses. Isso acontecendo, provavelmente já estaria cego daquele olho.

Diante disso Michel decide tentar conseguir tratamento por outros meios. Marca uma consulta numa clínica particular para a tarde da segunda-feira seguinte. Por outro lado, entra em contato com um amigo, que é amigo de um amigo de um médico que atendia em outro Posto de Saúde. O amigo do amigo consegue uma consulta com o médico na manhã da mesma segunda-feira. Ele vai ao Posto de Saúde, mas o médico, sabendo antecipadamente que ele tinha o deslocamento de retina, apenas o encaminha para o Hospital de Base.

Michel segue imediatamente para o Ambulatório do Hospital de Base, acompanhado do mesmo amigo através do qual conseguiu a consulta. Precisaria enfrentar uma fila um tanto quanto demorada para efetuar seu encaminhamento e, provavelmente, iria esperar vários dias para obter a consulta. Todavia, o tal amigo também tinha um outro amigo que trabalhava no setor de oftalmologia. A pedido daquele, o outro amigo do amigo conversa pessoalmente com uma médica e consegue que ela o receba na quinta-feira seguinte. Além disso, consegue adiantar junto à médica a realização de um exame necessário para a execução da cirurgia. Assim sendo, Michel decidiu não mais ir à consulta que havia marcado para aquela tarde e abandonar a realização de seu tratamento na rede privada.

A notícia do segundo amigo do amigo chegou enquanto conversávamos, o que interrompeu a entrevista. Tive tempo apenas para fazer mais duas perguntas. Questiono-o se sabia o que havia causado o deslocamento de sua retina. Ele me diz que não sabia, que não havia batido a cabeça, mas que o médico havia lhe dito que até mesmo um espirro poderia causar o problema. Pergunto também como seria o futuro de seu tratamento. Michel responde que inicialmente achou que apenas faria a cirurgia, conforme o médico da Emergência havia lhe informado, mas que agora que acabara de ser avisado de que faria um exame, iria esperar por ele para saber o que lhe aconteceria.

Esta foi de uma só vez uma das entrevistas mais rápidas e iluminadoras que realizei. Curiosamente, ela conta como uma espera de três meses pode se transformar em outra de uma semana quando se conhece as pessoas certas.

Independentemente de como o paciente tenha alcançado o tratamento médico, quando o consegue uma questão que se coloca é sua relação com o médico. Este é um tópico bastante estudado por antropólogos e sociólogos. Sobre ele foram produzidas abordagens muito diversas e interessantes. Apresentarei a seguir quatro destas reflexões procurando verificar em que medida elas ajudam na compreensão da realidade dos pacientes do Hospital de Base.

De acordo com Parsons (1951), a relação médico-paciente seria estruturada de acordo com uma previsibilidade de ação formulada a partir da concepção destes dois papéis sociais. Tanto um quanto outro evocaria expectativas padronizadas, o que significaria que os

comportamentos de médicos e pacientes não seriam completamente espontâneos, antes seguiriam regras valorativamente concebidas e socialmente reproduzidas. O papel do médico seria marcadamente relacionado com idéias relativas ao uso profissional do conhecimento científico. Nesse sentido estaria ligado à neutralidade afetiva e a certa orientação coletivista, o que significaria que o médico não deveria pretender ganhos pessoais com o exercício da profissão. Por sua vez, o papel do paciente seria definido como o da pessoa que precisa de um tipo específico de ajuda, pois não domina o assunto do qual seu problema faz parte. Nessa perspectiva, os dois papéis seriam complementares: o médico seria aquele que possui um saber legítimo a ser oferecido a um paciente que não o possui, mas que dele necessita. A expectativa é que esta relação não se estabeleça comercialmente, mas dirigida para a resolução do problema do paciente. O papel do médico se centra assim no seu dever de ajudar cientificamente o paciente, tendo como contrapartida o dever do paciente de desejar, aceitar e cooperar com a ajuda médica. O suposto é que seria estabelecida uma confiança mútua entre os atores. O médico utilizaria da melhor forma possível seu saber especializado, enquanto o paciente cooperaria da melhor forma possível com a execução deste saber seguindo as recomendações médicas.

Noutro sentido, Boltanski (2004) argumentou que a relação entre médicos e pacientes seria, antes de mais nada, uma relação entre sujeitos pertencentes a classes sociais. Sob este prisma, o modo como ela se dá depende fundamentalmente da classe social do paciente, tendo em vista que a maioria absoluta dos médicos pertenceria a uma mesma classe social. Nos casos em que os pacientes pertencem a classes sociais economicamente mais despossuídas a relação deles com os médicos seria eminentemente desigual e tensa para os primeiros. Por não possuírem determinadas competências sociais infundidas durante a vida escolar (dentre elas o chamado “espírito crítico”), não dominarem os conteúdos e critérios lingüísticos utilizados pelo médico e, finalmente, por não poderem recorrer a outros âmbitos ou instâncias valorativas da vida social que os possibilitasse contrabalançar a relação desigual estabelecida, estes pacientes estariam sempre em condições subalternas e vulneráveis no contato que mantêm com os médicos. Sendo assim, é proveitoso relembrarmos a idéia de Bourdieu (1980) segundo a qual em determinados espaços sociais são estabelecidos mecanismos duradouros de reprodução da ordem nos quais os agentes têm mais consolidados seus esquemas de percepção e apreciação produtores das representações que possuem deles próprios e da posição dos outros agentes. Entendo que, nos termos de Boltanski, a relação entre médicos e pacientes seria um destes espaços solidificados de reprodução de diferenças sociais.

Discutindo um contexto bastante semelhante ao do Hospital de Base, Machado (2003) tratou da relação entre médicos e pacientes na Emergência de um hospital do Distrito Federal. Utilizou as reflexões de Mauss em torno da circulação de dádivas entre grupos sociais para pensar esta relação. Segundo a autora existiriam expectativas bem definidas entre os dons a serem oferecidos por médicos e pacientes, e estes poderiam ser entendidos como a circulação de formas de prestígio. Dos médicos seria esperado atenção, escuta, cuidado e ações de cura; dos pacientes a adesão aos tratamentos. Da troca ou não destes dons dependeria se a "circulação da reciprocidade de formas de prestígio" seria positiva ou negativa. Os comportamentos esperados comporiam, nesse sentido, dádivas que circulariam positivamente quando se realizassem, ou então negativamente, quando as expectativas não se efetivassem e daí surgissem conflitos estruturados com base no modelo positivo. Machado ressalva que estas trocas entre pacientes e médicos não se restringiriam a uma relação dual e restrita a encontros isolados. Dádivas trocadas impulsionariam círculos positivos ou negativos com outros médicos e outros pacientes.

Por fim, destacaria os apontamentos de Goffman (1961) no artigo "O Modelo Médico e a Hospitalização Psiquiátrica – algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação". Neste texto Goffman pretende discutir a versão psiquiátrica do funcionamento de certo modelo de relação entre "servidor" e "servido", mas passa por uma reflexão mais geral em torno da relação médico-paciente. Segundo ele existiria no Ocidente o privilegiamento de um esquema de relação entre pessoas centrado na prestação de serviços especializados. Goffman detalha cuidadosamente este esquema, mas aqui destacarei apenas algumas de suas características. Na prestação de serviço o servidor opera um objeto – ou "sistema complexo fechado" – possuído pelo cliente; este não possui o saber necessário para consertar o objeto e por isso precisa do servidor; estabelece-se uma relação de confiança entre servidor e servido; o servidor trata o servidor de modo ritual e o objeto a ser consertado de modo técnico; o foco da relação está no conserto do objeto; o servido entrega o objeto ao servidor e espera que ele o devolva consertado. A questão posta a partir daí é que este modelo mais geral seria transportado para a relação entre médicos e pacientes, o que produziria diversos problemas de adaptação. O principal deles seria ajustar o tratamento do corpo dos pacientes ao esquema de conserto do objeto "complexo e fechado" existente no modelo de prestação de serviço. Dentre alguns dos outros problemas destacam-se os seguintes: os pacientes sentem dificuldade em "entregarem" seus corpos ao serviço; os médicos teriam maior dificuldade para não se envolverem emocionalmente no serviço prestado; neste caso o cliente está em condição de

acompanhar melhor o procedimento do servidor; os corpos dos pacientes são pacientes e é difícil lhes consertar como se fossem objetos.

Como seria de se esperar, a aplicação pura e simples destes pontos de vista ao contexto dos pacientes do Hospital de Base não constitui a melhor forma de enfrentarmos a questão. A rigor, não mantive contato direto com esta realidade. Conheci as relações entre médicos e pacientes no Hospital de Base apenas através dos relatos tangenciais que os pacientes faziam acerca delas durante nossas conversas. Entretanto, ainda que superficiais, as descrições que obtive suscitaram-me uma suspeita que a leitura desta literatura acabou por reforçar. Observe-se que em Parsons o paciente aparece possuindo a obrigação de cooperar com o dever médico de curar utilizando o conhecimento científico, com ambos participando de um quadro de expectativas recíprocas. Em Boltanski o paciente das classes populares encontra-se, por causa de sua condição de classe, numa condição vulnerável diante do médico e de não-compreensão de suas ações. Machado destaca a possibilidade da circulação negativa ou positiva de dádivas, mas mostra como o modelo de relação entre pacientes e médicos centrado na ação corporal dos segundos sobre os primeiros é privilegiado com relação a outro modelo que tem foco na liberdade e na atenção pessoais. Finalmente, em Goffman o paciente aparece como cliente cujo corpo se faz objeto de procedimentos técnicos que ele desconhece. Poderíamos ainda rapidamente citar o quarto estágio do esquema de Suchman apresentado por Foster & Anderson (1978a: 159-60) que é definido como aquele em que o paciente se torna dependente, e no qual há a "decisão de transferir o controle ao médico e de aceitar e seguir os tratamentos prescritos". Enfim, creio que os autores lançam luz na relação que médicos e pacientes do Hospital de Base estabelecem entre si ao refletirem sobre esta mesma questão em outros contextos. Optei por aqui explorar esta problemática e estes posicionamentos teóricos mesmo não possuindo muitos elementos etnográficos para pensá-los e compará-los com o caso estudado por avaliar que a literatura ajuda a apontar uma dimensão importante dos itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base, a saber: a condição subalterna na qual os pacientes em geral se encontram diante dos médicos.

Csordas & Kleinman (1996) assinalam que os pacientes utilizariam de recursos terapêuticos outros para além do médico, mas que como saberiam que os médicos seriam preconceituosos acerca desta utilização, não a exporiam durante as consultas. Consequentemente, os médicos acabariam crendo que estes outros recursos não existiriam ou não seriam importantes. No que tange aos pacientes do Hospital de Base, entendo que a utilização destes outros recursos de fato não existe ou não é importante. Não obstante, os autores acabam por alertar para a possibilidade de que os médicos desconheçam as

experiências de seus pacientes. Nesse mesmo sentido, os pacientes com os quais tive contato frequentemente descreveram médicos mais preocupados com exames e medicamentos do que com suas histórias. Aqueles que “ouvem”, que “têm atenção”, são quase sempre bem vistos e quistos pelos pacientes. No entanto, essas atitudes desejadas aparecem sempre no registro da qualidade pessoal do médico e não no registro do seu dever profissional.

Esta relação tem implicações importantes também no âmbito do movimento dos pacientes entre as instituições. Há casos em que logo que um paciente chega a uma instituição, ou então depois de um maior ou menor tempo em que está utilizando seus serviços, os próprios médicos sugerem que ele procure outra instituição para se tratar. É menos comum que isso aconteça quando o paciente já havia iniciado um tratamento na instituição, provavelmente porque a transferência indique a impossibilidade daquele tratamento anteriormente escolhido resolver o problema do paciente.

Outro desdobramento importante desta relação para o trânsito entre instituições diz respeito aos erros cometidos pelos médicos. Tal como pude perceber pelas histórias dos pacientes do Hospital de Base, estes são muito comuns, ocorrendo na maioria dos itinerários terapêuticos. Raramente geram a morte dos pacientes, embora seja preciso levar em conta que eu obviamente não poderia tomar contato direto com estes casos. Erros influenciam muitos os itinerários terapêuticos, podendo levar o paciente a deixar ou permanecer numa instituição e num tratamento. Contudo, os pacientes dificilmente classificam os erros enquanto erros, mas sim, geralmente, como “falta de recursos”, “fraqueza”, “dificuldades” etc. Se, por exemplo, um medicamento prescrito por um médico afeta negativamente a saúde de um paciente, este tende a encarar o fato como fruto da falta de medicamentos adequados ou da inexistência de equipamentos necessários para a realização de diagnósticos mais seguros. Na relação que estabelece com o médico o paciente não consegue avaliar suas condutas do ponto de vista médico, ou técnico. Ele apenas consegue julgar se o comportamento do médico é mais ou menos gentil. O único critério que possui para avaliar se aquela relação é benéfica para ele do ponto de vista de sua saúde é a sua melhora ou não. Se seu tratamento se estende há muito tempo e ele não percebe que está melhorando, então pode suspeitar que está no lugar errado ou com a pessoa errada, e então buscar novos caminhos. Porém, ainda assim ele não sabe analisar se não se recuperou por causa das atitudes do médico.

Uma das principais ferramentas geradoras da condição inferiorizada dos pacientes é o legitimado monopólio médico da capacidade de diagnosticar doenças. O estabelecimento do diagnóstico médico praticamente elimina a possibilidade das pessoas procurarem alternativas de tratamento ou de estabelecerem outras formas de relacionamento com suas doenças. O

diagnóstico médico simplifica a experiência do paciente e a transforma em objeto passível de ação unicamente médica legítima. Ele elimina da experiência do doente quaisquer fatores que não se enquadrem no modelo médico de interpretação, reduzindo a experiência da doença – que para o paciente é única – em apenas mais um caso real de um modelo abstrato. Até que o diagnóstico médico esteja presente a perturbação vivenciada pela pessoa está muito ligada às suas diversas outras experiências, ao modo como percebe seu corpo, à sua relação com o mundo etc. Após o diagnóstico aquela perturbação passa a ser assunto médico, os pensamentos e sensações da pessoa se transformam em "especulação", "imaginação", "informação útil ou inútil" para os médicos, "demanda excessiva de cuidados" etc. Sob este prisma, resta ao paciente apenas não atrapalhar – e, quando possível, ajudar – o médico no desempenho de sua função.

Deixando um pouco de lado o rigor conceitual, talvez pudéssemos nos apropriar das idéias apresentadas por Goffman (1961) no excelente texto "A Carreira Moral do Doente Mental" e falarmos de uma *carreira moral dos pacientes do sistema público de saúde.* Ao buscarem tratamento os pacientes experimentam seqüências relativamente regulares de mudanças nas concepções que têm do *eu* e nos esquemas que utilizam para julgarem a elas mesmas. Nesse sentido, muitas de suas experiências e comportamentos derivariam mais das situações e relações que vivenciam do que especificamente de suas doenças tal como anteriormente vividas. É desta forma que a busca por tratamento representaria um enriquecimento da capacidade do paciente de lidar com o sistema de saúde, bem como de compreender sua doença em termos médicos, e não o desenvolvimento de experiências autônomas relacionadas à sua saúde. E parece que para tanto não interessa muito em qual instituição de saúde o paciente busque tratamento – as concepções que tem de (e sobre) sua doença tenderão a ser descartadas e substituídas por exames, diagnósticos, prognósticos, medicamentos etc.

Falei anteriormente de autores que conceberam que os pacientes da medicina recorreriam também a outros sistemas de atenção à saúde, sendo que estes seriam independentes e com ela competiriam. Poder-se-ia conceber também, tal como Boltanski (2004), a existência de um sistema de saúde popular que manteria com a medicina uma independência relativa, na medida em que a imitaria. Para o autor existiriam práticas regulares alheias à atuação médica que comporiam um sistema popular/familiar, mas este não se fundamentaria num saber próprio, antes imitaria precariamente os conhecimentos e práticas médico-científicos pretéritos. Os itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base não me permitiram perceber sistemas relativos à saúde outros que não o médico – quer

imitativos, quer plenamente autônomos. O que me pareceu é que se algo nesse sentido existe não possui caráter de sistema, não compete com o sistema médico e, possivelmente, se efetiva fragmentariamente em ações diminutas que não são vistas como importantes pelos pacientes. Loyola (1991) nos alertou para procurarmos observar os sistemas tradicionais de saúde nas relações que estabelecem com o médico. Sendo assim, diria que entre os pacientes do Hospital de Base as relações entre distintas práticas de saúde são muito assimétricas. Atentando-nos apenas para ações isoladas corremos o risco de sobrevalorizá-las e concebermos a existência de sistemas de saúde populares autônomos. Por isso a idéia de itinerário terapêutico se mostra, mais uma vez, interessante. Ela permite vislumbrar as diferentes ações do doente e colocá-las em relação umas com as outras com base no peso que ocupam no conjunto do itinerário. Fazendo isso no caso dos pacientes do Hospital de Base percebemos o domínio exercido pela medicina sobre outras possíveis práticas.

Tentei mostrar que logo que o paciente do Hospital de Base se percebeu doente procurou o serviço de saúde. Nesse sentido, todo o seu itinerário terapêutico foi acompanhado por uma busca por tratamento no sistema público de saúde. Como este sistema oferece serviços estruturados com base no saber médico, a experiência do paciente acabou por ser absorvida por este saber. Após buscar o serviço médico a participação ativa e, num certo sentido, autônoma do paciente se restringe à maneira como buscará o tratamento, e não ao tratamento propriamente dito. Se este tratamento não resolve seu problema, o que o paciente faz é se movimentar e buscar outros caminhos, mas ainda dentro do sistema. Neste percurso o paciente sabe apenas que deve transitar com sucesso pelas instituições de saúde, não sendo capaz de compreender ou avaliar os tratamentos médicos aos quais é submetido. Mais do que isto, estes tratamentos que ele não domina vão pouco a pouco atuando sobre – eliminando ou transformando – suas concepções anteriores acerca de sua saúde e de sua doença.

Em seus itinerários terapêuticos, o que os pacientes do Hospital de Base fazem majoritariamente é buscar tratamento, e não produzir reflexões autônomas sobre suas experiências de saúde e doença. Ao fazerem isso não aplicam classificações próprias ao que experimentam, mas procuram reproduzir práticas entendidas como exitosas nos quadros comuns de busca por tratamento. Isso não significa que as pessoas não pensem, não classifiquem, não sejam reflexivas ou não tenham qualquer forma de agência. Como assinalou Bourdieu (1980), o princípio de todas as práticas reside no relacionamento entre constrangimentos externos presentes (que oferecem níveis maiores ou menores de liberdade de escolha) e disposições incorporadas pretéritas (que são produtos de processos sociais e econômicos específicos de determinados momentos). E os pacientes do Hospital de Base

foram (e são) submetidos a determinações sociais muito variadas (nasceram em diferentes regiões, freqüentaram diferentes escolas, têm profissões diferentes etc.), de modo que suas ações também são variadas. Ainda citando Bourdieu, poderíamos pensar que assim como na esfera do parentesco não se trata apenas de conseguir um casamento, mas de se ter um bom casamento, para os pacientes do Hospital de Base não se trata apenas de buscar tratamento, mas de buscar tratamento de forma eficiente. E tal como a possibilidade da pessoa conseguir um bom casamento depende de sua condição de inserção no "mercado matrimonial", a possibilidade de o paciente buscar tratamento com sucesso depende de suas ações e dos constrangimentos aos quais se encontra submetido.

O ponto a ser observado, portanto, é que em seus itinerários terapêuticos os pacientes do Hospital de Base não estabelecem experiências autônomas com relação à sua doença nem transitam entre diferentes sistemas culturais de atenção à saúde. No entanto, um capítulo importante de seus itinerários terapêuticos são as buscas por tratamento que empreendem rumo à utilização eficaz dos serviços médicos de saúde. Estas buscas não resumem nem equivalem à totalidade de seus itinerários terapêuticos, mas sem nos atentarmos para elas não conseguimos compreendê-los.

Quadro 5
O ponto final

A história de Ruth começou a ser escrita na quarta-feira do dia dez de outubro de 2007 quando ela sentiu fortes dores de cabeça. A sensação era para ela como a de que seu crânio estivesse sendo pressionado de dentro para fora. Como há algum tempo era hipertensa – inclusive tomava medicamentos que controlavam sua pressão sanguínea –, pensou que as dores de cabeça estivessem relacionadas com a hipertensão, mas como eram agudas e inéditas decidiu procurar ajuda médica. Foi até uma clínica particular em Ceilândia (Região Administrativa do Distrito Federal), onde reside. Escolheu esta instituição para procurar atendimento porque era muito bem vista na comunidade e oferecia serviços por preços mais acessíveis, algo em torno de trinta e cinco reais por consulta. Havia ido anteriormente àquela clínica, e desta vez julgou que o serviço havia piorado. A tal clínica se anunciava como um pronto-socorro e, sendo um serviço pago, Ruth esperava ser atendida com rapidez, o que não aconteceu, pois a demanda de pacientes no momento era grande. Embora insatisfeita, esperou pela consulta.

Nela o médico mediu sua pressão sanguínea e entendeu que as dores de cabeça eram decorrentes da hipertensão. Indicou-lhe um medicamento e disse para ela retornar para casa. Ruth assim o fez, mas as dores não desapareceram. Durante todo o dia seguinte continuou sentindo que sua cabeça estava pesada, especialmente na região da nuca. Com isso não conseguiu ir trabalhar e permaneceu em casa. A dor era perturbadora. Mesmo estando em repouso o desconforto só era atenuado quando passava pedras de gelo na nuca e na testa. À noite não conseguia dormir, não sentia sono. Quando fechava os olhos não tinha a sensação da escuridão, mas sim a de cores variadas em movimento. O restante daquela semana Ruth esteve em casa lutando contra as dores.

Uma vez que a situação não melhorava o irmão de Ruth lhe sugeriu que procurasse um neurologista. Ela aceita a sugestão e no domingo retorna à mesma clínica que havia visitado anteriormente. Dessa vez outro médico a atende. Este confirma que ela precisava ser tratada por um médico neurologista. Como o tratamento neurológico na rede privada seria muito caro, sugere que ela se dirija ao Hospital de Base, único lugar onde o conseguiria no sistema público de saúde.

Ela vai ao Hospital de Base, mas sequer chega a ser atendida. Informam-lhe que precisaria de um encaminhamento de outro hospital público para ser atendida por um neurologista. Já assustada pelo temor de que sua saúde estivesse seriamente arriscada, Ruth segue às pressas à Emergência do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), também em Brasília. Lá é atendida por um clínico geral que lhe diz que o que vinha sentindo era normal e resultava da medicação que estava utilizando. Receita dois medicamentos e afirma que estes resolveriam o problema. Ruth retorna para casa, comprando os medicamentos receitados no caminho. Ingere-os, mas não sente melhora alguma.

O dia seguinte era já segunda-feira e, como precisava, Ruth foi trabalhar mesmo se sentido mal. Durante o dia não resiste às dores e retorna para casa. Extremamente preocupada, a irmã decide que deveriam procurar um neurologista na rede privada. Fazem uma rápida pesquisa de preços e logo marcam uma consulta em outra clínica particular para o dia seguinte. Ela vai à consulta e nela o médico solicita dois tipos de tomografia. Na quarta-feira Ruth realiza a primeira e com ela é constatado que estava com um coágulo sanguíneo na cabeça. Diante disso a pessoa que realizara o exame lhe informa que a segunda tomografia precisaria ser cancelada, e que ela deveria levar os resultados da primeira com urgência ao neurologista para que ele descobrisse as causas do coágulo. A irmã de Ruth liga imediatamente para o médico, que a recebe naquele mesmo dia. A partir do resultado do exame o médico informa que possivelmente o problema de Ruth seria uma trombose. Novamente é encaminhada para o Hospital de Base devido aos elevados custos do tratamento na rede privada.

Ao saber que estava com um coágulo na cabeça Ruth desejou ser logo internada para que fosse medicada e pudesse se recuperar o mais rapidamente possível. Temia que aquele problema na cabeça pudesse lhe causar danos irreversíveis. Com este estado de espírito Ruth seguiu até o Hospital de Base. Desta vez estava mais esperançosa de ser recebida, pois trazia em mãos alguns papéis entregues pelo neurologista com o qual havia consultado. Chegou à Emergência do Hospital por volta das dezessete horas e conseguiu ser atendida por um médico. Este lhe falou que precisaria ser internada, mas que, para sê-lo, antes deveria conseguir um encaminhamento de um hospital público; aquele que trazia da clínica particular não servia. Sugeriu que ela o obtivesse no hospital próximo ao seu local de residência, pois depois que terminasse seu período de internação no Hospital de Base seria levada para o hospital que a encaminhou e então lá passaria por nova internação.

Imediatamente Ruth vai até o Hospital Regional de Ceilândia, mas, desta vez, facilmente obteve o encaminhamento. Uma amiga de sua família havia trabalhado lá durante muitos anos, e esta conseguiu que ela fosse atendida com urgência e que um médico produzisse o encaminhamento rapidamente. Pouco depois das vinte e duas horas daquele dia Ruth estava de volta ao Hospital de Base. De posse do encaminhamento foi internada sem demora.

Durante estas idas e vindas as dores continuavam a afligi-la. Além disso, sua visão foi ficando duplicada e ela passou a ter grandes dificuldades de enxergar objetos mais distantes. O que tornou os deslocamentos menos penosos foi que ela os fazia de carro.

Na Emergência do Hospital de Base recebeu uma cama, medicamentos, alimento e atenção médica. Ficou satisfeita em estar ali, apenas achava ruim estar no meio de tantas pessoas. Enquanto esteve no setor se impressionou com a grande quantidade de pacientes internados em grave estado. Durante sua primeira noite ouviu o choro persistente de uma mulher que parecia estar bastante entristecida. Ruth desejou ir até ela e tentar consolá-la, mas não o fez. Ouviu também muitas histórias. Alguém lhe disse que por ali passou uma senhora de noventa anos que não tinha ninguém que pudesse acompanhá-la. Conheceu uma pessoa que lhe contou que certa vez dormiu e ao acordar descobriu que o paciente que estava na maca ao lado havia morrido e sido retirado sem que ela visse.

Ainda na Emergência foi informada pelo médico que provavelmente não havia sido sua pressão alta que teria causado o coágulo. O mais provável seria que ele tivesse surgido por causa dos anticoncepcionais que ingeria para tratar um problema de cisto no ovário. O médico lhe disse também que ela poderia ter morrido se tivesse demorado um pouco mais para receber o tratamento.

Na segunda-feira seguinte, dia vinte e dois de outubro, foi transferida para a Internação do Hospital de Base. Nos dias que passou ali Ruth conheceu outras pessoas e se afeiçoou a algumas. Todo o seu tempo era ocioso, não podia deixar o quarto, não conseguia ler nem se distrair de outra forma que não dormir ou compartilhar seus dramas com as colegas de quarto. Os períodos ou dias em que não recebiam visitas eram amenizados por essas conversas que acabavam por produzir amizades.

Enquanto esteve internada no Hospital de Base não deixou de receber medicamentos, que eram o mecanismo de seu tratamento. Alguém os trazia em comprimidos para que ela os engolisse, os injetava nas veias do seu braço ou então em sua barriga. Nenhum destes ela conhecia ou sabia exatamente para que servia. Suspeitava que as injeções na barriga fossem de uma substância anticoagulante. Além destes continuava ingerindo os medicamentos para a pressão sanguínea e para um problema na tireóide que já utilizava anteriormente.

Ruth recebeu alta na sexta-feira dia vinte e seis de outubro, mas preferiu permanecer internada por mais três dias. Decidiu continuar ali pois precisaria retornar ao Hospital na segunda-feira seguinte para refazer um exame. No dia anterior havia passado pelo exame, que não indicou sua plena recuperação. Ruth não sabia exatamente como ele funcionava, apenas que não havia alcançado a "pontuação necessária" e que por isso teve a dosagem de seu medicamento aumentada. Como na segunda-feira precisaria ser transportada pela irmã até o Hospital de Base e nele chegar muito cedo, além de ter de ficar sentada indefinidamente durante o dia aguardando o resultado, preferiu permanecer internada. Com isso não teria de enfrentar estas dificuldades. Os médicos haviam lhe informado que muito provavelmente o novo exame indicaria que estava recuperada.

Durante sua estadia no Hospital de Base Ruth mudou sua opinião sobre o serviço público de saúde. Nunca antes havia sido internada, e sempre ouvia as pessoas descreverem negativamente as instituições públicas de saúde. Porém sua experiência era de que havia encontrado muita dificuldade para conseguir o tratamento no Hospital de Base, mas que depois que o conseguiu havia sido bem tratada. Acreditava que isso talvez se devesse ao fato de que ele era o ponto final de suas chances de conseguir atendimento na rede pública. Se não conseguisse acesso a ele teria que tentar de alguma maneira se tratar na rede privada.

A experiência com o coágulo a havia ensinado duas coisas. Primeiro a valorizar os amigos e a família. Mantinha há muito tempo uma relação conflituosa com uma de suas irmãs, todavia foi justamente esta irmã quem mais lhe ajudou e possibilitou que conseguisse tratamento. Além disso, sentiu-se muito confortada pelos votos de bom ânimo que os amigos lhe transmitiam ao visitá-la ou telefoná-la.

O outro aprendizado que obteve foi que deveria se atentar mais para sua saúde. Refletiu que sua vida estava exageradamente atribulada devido às obrigações do trabalho. Concluiu que não mais deveria tomar analgésicos ou outros medicamentos quando se sentisse mal sem antes procurar um médico apenas porque não tinha tempo para fazê-lo. Decidiu que dali em diante buscaria um médico ao menor sinal de que algo de errado estivesse acontecendo com sua saúde.

CAPÍTULO 2

No Hospital de Base

Se em sua busca por tratamento um paciente vai ao Hospital de Base pela primeira vez sem nunca tê-lo conhecido, a primeira coisa que chamará sua atenção ao se aproximar dele será a imponência do prédio principal onde funciona a Internação. Embora esteja indo ao Ambulatório realizar uma consulta médica, este paciente acreditará erroneamente que seu destino será aquele prédio, pois a geografia da região próxima, somada à arquitetura do Hospital, faz com que as edificações que ficam ao lado da torre principal desapareçam de uma visão menos informada. Apenas ao se aproximar um pouco mais, estando vindo de ônibus pelo Eixo Rodoviário, que é a principal via de trânsito do Plano Piloto, o paciente poderá enxergar alguma movimentação de pessoas. O prédio principal tomará contornos mais definidos e, por entre algumas árvores, ele conseguirá ler o nome do Hospital em sua face leste.

Ao descer do ônibus se impressionará com o comércio de barraquinhas e lanchonetes existente no estacionamento e nos passeios que ficam ao lado do Hospital. Transitando por ali verá produtos muito diversos tais como roupas, frutas ou dvds sendo vendidos. Verá também um ou dois camelôs que comercializam apenas produtos naturais medicinais – raízes, folhas etc. Em meio a uma intensa circulação de pessoas muitos dos vendedores irão assediá-lo para que compre seus produtos. Ao se informar com um deles como poderia chegar ao Ambulatório descobriria que a entrada estava próxima, imediatamente ao lado das últimas barraquinhas. O paciente então perceberá que entre ele e o prédio de diversos andares que havia visto anteriormente existe um outro, mais largo e comprido que o primeiro, porém com

apenas seis ou sete metros de altura. Como a sua entrada fica paralela ao Eixo Rodoviário e, portanto, perpendicular ao trajeto que o paciente descrevia para nele chegar, ele não conseguirá enxergá-lo por dentro, vendo apenas um grande número de pessoas entrando e saindo dele.

Cruzando enfim a entrada o paciente se perceberá novamente impressionado, desta vez pelo tamanho do corredor que terá à sua frente. Verá algo parecido com um grande túnel, com aproximadamente cento e cinqüenta metros de comprimento, seis metros de altura e de largura, cujo piso é preto e as paredes são brancas, e onde nenhum tipo de decoração é percebido. Sua área está repleta de pessoas paradas ou indo e vindo. Estas não permitirão que ele enxergue o corredor com detalhes, mas distinguirá um foco de luz na saída do seu outro lado, além de diversas portas em um de seus lados e entradas para outros corredores com as mesmas dimensões na lateral oposta. Há um burburinho alto de conversas. Ele poderá decidir se informar onde fica a especialidade na qual irá se consultar num balcão de informações próximo à entrada. A pessoa então lhe dirá que deve procurar um determinado guichê dentre os muitos ali existentes para entregar seus documentos. Indo até este guichê ele enfrentará em pé uma fila e, ao ser atendido, será informado de que deve esperar próximo a uma determinada porta que seu nome seja chamado.

Não havendo mais nada a ser feito e não sabendo quando será convocado, o paciente certamente se sentará próximo àquela porta num dos bancos de madeira presos ao longo de todas as paredes do local. Sentado ali observará pessoas muito diferentes circulando à sua frente. Muitas delas carregam papéis nas mãos, algumas têm a aparência abatida, outras parecem muito saudáveis, algumas se vestem muito formalmente, outras usam uma roupa branca parecida com um pijama na qual em diversos lugares está escrito o nome do Hospital de Base. Também por meio da roupa ele conseguirá distinguir a maioria dos funcionários e médicos que passarem à sua frente, pois estes utilizam jalecos, quase sempre brancos. Vez ou outra alguém surgirá sendo transportado em uma maca ou numa cadeira de rodas. Verá diferentes filas serem formadas ou desfeitas. Observará algumas pequenas aglomerações se formarem próximas a algumas portas. Após aproximadamente duas horas o paciente ouvirá com satisfação seu nome ser gritado e atravessará a porta rumo à sua consulta. Mas, antes dela acontecer, achará estranho que aqueles enormes e espaçosos corredores de onde vinha tenham sido substituídos por salas pequenas e corredores estreitos.

Se após sua consulta ele decidisse que aproveitaria o fato de estar ali para visitar um amigo que estivesse internado, então aí sim teria que se dirigir ao prédio mais alto que anteriormente chamou sua atenção. Poderia tentar passar pelo corredor subterrâneo que liga os

dois prédios, mas um segurança que fica no início dele barraria sua passagem. O paciente teria que sair do Ambulatório, cruzar dois estacionamentos dando a volta pelo lado sul do Hospital para chegar à sua portaria central. No caminho passaria em frente à Farmácia do Hospital e à outra porção de consultórios do Ambulatório, além de ver diversas farmácias do outro lado da rua. Chegando à portaria seria informado por um dos porteiros que ficam sentados atrás de um alto e comprido balcão que deveria esperar até o horário de visitas para que sua entrada no prédio fosse permitida. O paciente iria então se juntar a outros visitantes que aguardavam este horário e formavam, do lado de fora do prédio, uma fila indiana de frente para a portaria. Estaria agora exatamente no pé do prédio principal, e desta vez se impressionaria com os dois enormes elevadores externos acoplados externamente à sua face sul. Alguém comentaria com ele que esses haviam sido construídos recentemente, mas que não eram utilizados, ficando reservados apenas para casos emergenciais tais como incêndios. Notaria que as pessoas que chegavam por ali utilizando jaleco branco não precisavam se identificar e iam logo entrando no prédio. Mas o horário esperado talvez estivesse próximo, e rapidamente as pessoas da fila começariam a entrar. Chega a sua vez e ele é novamente atendido no mesmo balcão. Informaria o nome da pessoa que iria visitar, seu leito e a especialidade médica pela qual estaria sendo tratada. Perceberia que o porteiro anotava os dados de algumas pessoas e de outras não. Receberia um cartão colorido e seria informado de que deveria pegar o elevador e subir até um dos onze andares do prédio. Passaria por um segurança que esperaria logo ao lado do balcão para receber os cartões coloridos e entraria em outra fila para tomar o elevador. Após alguns minutos de espera adentraria num elevador suficientemente espaçoso para transportar uma maca, e subiria até o andar onde seu amigo estaria internado.

Ao sair do elevador estaria num espaço de onde poderia ver à sua esquerda uma ampla janela que ofereceria uma vista de grande parte do lado sul do Plano Piloto. Ele se dirigiria para um balcão próximo à sua direita atravessando uma grande porta de vidro que separaria o espaço onde estava de um corredor. Rapidamente observaria que estaria exatamente no meio de um comprido corredor que vai de leste a oeste. No balcão seria informado para qual lado estaria o quarto onde seu amigo estaria internado. Caminharia pelo corredor e perceberia que do seu lado norte haveria basicamente quartos de pacientes, enquanto o lado oposto seria composto sobretudo de salas de serviço dos médicos e de outros profissionais. Por meio dos números presos aos umbrais das portas ele acharia o quarto de seu amigo.

Seguramente encontraria seu amigo deitado numa cama e provavelmente o quarto estaria recebendo outros três pacientes. Ele não perceberia nenhum luxo no ambiente, mas, do mesmo modo, não notaria grandes danificações. Exceto por uma ou outra avaria no chão, na

parede ou nos móveis, teria a percepção de que o ambiente estava limpo e relativamente bem cuidado. No quarto existiria uma televisão levada para lá por algum paciente, e seria esta a principal distração das pessoas ali internadas. Seu amigo ficaria feliz com a visita, e eles conversariam durante algum tempo. Se ao sair o visitante perguntasse ao amigo internado se haveria por ali algum lugar onde pudesse descansar um pouco, saberia que o espaço mais adequado para isso seria o pátio que fica do lado do prédio contrário ao da entrada principal.

Chegando ao local ele veria uma espaçosa área ao ar livre com bancos, árvores e brinquedos para crianças tais como balanços e casinhas. Observaria pessoas jogando damas em algumas mesas, alguns pacientes – vestidos com a mesma roupa branca que havia visto anteriormente – conversando entre si ou com visitantes e outros aguardando a realização de uma missa numa capela que fica no pátio. Por lá não estariam muitas pessoas, mas ainda assim ele sentiria que aquele era o lugar mais agradável do Hospital de Base que havia conhecido naquele dia.

Precisando tomar um ônibus na avenida W3 (outra via importante de Brasília, paralela ao Eixo Rodoviário) para retornar à sua casa, ele poderia ser informado por alguém que o caminho mais perto para chegar à avenida seria cruzando por dentro do Pavilhão Administrativo e da Emergência do Hospital de Base. Indicariam a ele que retornasse ao prédio da Internação, subisse por uma escada até o mezanino acima da portaria e seguisse em direção a oeste pelo Pavilhão Administrativo. Ainda no prédio da Internação passaria pelas portas de entrada de vários setores do Hospital, e ao chegar num amplo corredor estaria no Pavilhão Administrativo. À sua direita teria inúmeras janelas das quais seria possível enxergar outros setores do Hospital, tais como a caldeira e o restaurante. À sua esquerda cruzaria diante de duas ou três passagens que dariam acesso a diversas salas e veria nas paredes fotos antigas do Hospital de Base, bem como de seus ex-diretores. Ao longo do corredor se depararia também com diversos sofás bastante confortáveis, mas nenhum deles estaria sendo utilizado. Ao final do corredor estranharia encontrar fechada uma porta de madeira com apenas duas janelinhas de vidro. Testá-la-ia e concluiria que ela não estaria trancada, apenas encostada. Seguiria adiante.

Ao passar pela porta o paciente se assustaria com a brusca mudança de temperatura, luz, cheiro e barulho no ambiente. Não veria nenhuma janela por perto, e notaria que a luz artificial não conseguiria deixar o ambiente tão claro quanto aqueles pelos quais havia passado. Sentiria que o ar por ali circularia menos e que estava sendo resfriado artificialmente, o que vinha acompanhado de um cheiro amargo bastante sutil. Perceberia que o ambiente estaria repleto de pessoas por causa do burburinho de vozes, mas o barulho das

conversas não seria alto. Imediatamente notaria que estaria no centro de uma encruzilhada. Diante de si haveria outra porta fechada, e imaginaria que aquela lhe levaria para a rua, mas teria sua atenção dirigida para diversas pessoas deitadas em camas espalhadas ao longo dos corredores que partiriam para a sua direita e esquerda. Saberia que haveria chegado à Emergência e, se ficasse curioso para saber onde aqueles corredores terminariam, poderia seguir por um deles. Tendo dado vinte ou trinta passos descobriria um amplo salão repleto de pessoas deitadas com as barrigas para cima em macas de ferro. Intrigado pelo fato de que não teria conseguido ver aquele salão logo que chegou ali, poderia retornar por ele para verificar se do outro lado também haveria um salão. Descobrindo que sim, se assustaria com a quantidade de pessoas amontoadas naqueles dois ambientes. Rapidamente observaria pessoas de todos os sexos, idades, raças, problemas de saúde etc. Algumas lhe pareceriam gravemente feridas, enquanto em outras não observaria nenhum ferimento visível. Veria que numa parte do salão do lado sul funcionaria uma pequena UTI fechada por paredes de madeira com aproximadamente dois metros de altura. Ao redor do salão perceberia diversas salas, a maioria de trabalho dos médicos.

Se decidisse ir embora depois deste rápido passeio pela Emergência ele deveria sair pela porta que havia visto antes, onde cruzaria com um segurança sentado ao seu lado. Antes de chegar do lado de fora do prédio teria ainda que atravessar o local onde diversos pacientes aguardariam atendimento. A maioria estaria sentada em bancos de madeira dispostos um atrás do outro. Ali também funcionaria um setor onde os pacientes fariam fichas para conseguirem atendimento e um balcão que distribuiria informações diversas. Após dez ou quinze metros estaria na área externa do prédio, um espaço para circulação de veículos onde algumas ambulâncias poderiam ser vistas estacionadas. Dali perceberia que o prédio onde esteve tem outros três andares. Em outra oportunidade poderia conhecê-los, e descobriria que no segundo andar funciona um centro cirúrgico, no terceiro uma internação e no quarto uma UTI. Seguindo à direita estaria no Setor Comercial Sul do Plano Piloto, próximo à avenida W3, onde tomaria o ônibus para ir embora.

Este paciente teria visto e conhecido muito pouco do Hospital de Base. Seu passeio fora bastante curto, e teria passado apenas pelas áreas freqüentadas sobretudo pelos pacientes. Teria deixado de comparar as diferenças entre os vários andares da Internação, de visitar as diversas áreas de serviço médico, a lavanderia, a ala psiquiátrica, os laboratórios, a Central Telefônica, a sala do diretor, a Central de Material Esterilizado, os banheiros, a sala da Assessoria de Comunicação, enfim, uma infinidade de outros lugares com pessoas e características próprias. Para conhecê-los todos seria necessário mais do que uma breve visita

– ele precisaria voltar ali ainda muitas vezes, e não apenas como paciente ou visitante, mas também como médico, faxineiro, segurança etc.

Quadro 6
Ajudas para Ema

Foi num dia de setembro de 2007 que conheci a senhora Ema. Ela estava sentada próxima à entrada de um dos setores do Ambulatório do Hospital de Base conversando com outra senhora quando a abordei e pedi que me concedesse uma entrevista. Ema foi muito simpática e contou-me sua história de forma muito desembaraçada, como se não fosse a primeira vez que o fazia.

Inicialmente perguntei por que havia ido Hospital de Base naquele dia. Ela me contou que ali estava para "trocar a receita" de um medicamento, algo que precisaria fazer a cada dois meses. Ema faz uso de vários medicamentos; cada um deles ela obtém num lugar diferente, e para cada um recebe dos médicos uma prescrição que permite que ela o adquira durante certo tempo. Ao final deste prazo precisa "trocar a receita", pegando uma nova que permitirá que obtenha o medicamento durante mais algum tempo. A farmácia do Hospital de Base a forneceria dois destes medicamentos, sendo que para esses ela receberia receitas médicas válidas por seis meses. Os outros adquiriria em outros locais e com prescrições cujas validades variam de dois a seis meses.

Peço então que me conte a história do seu problema de saúde. Ema me diz que sofria de artrose e de osteoporose. As duas doenças teriam surgido juntas treze anos antes, quando tinha cinqüenta e oito anos de idade. Parara de trabalhar havia aproximadamente um ano e até então não sentia nenhum tipo de dor, ainda que tivesse trabalhado durante toda a vida como vendedora de artigos de cama, mesa e banho em locais diversos, o que a obrigava a caminhar longas distâncias carregando muito peso. As doenças começaram com uma dor no joelho direito, e assim que começou a senti-la buscou ajuda médica no hospital de sua cidade, Santo Antônio do Descoberto – localizada em região do estado de Goiás próxima ao Distrito Federal. O médico com quem teve a consulta lhe receitou um medicamento.

Pergunto se ela se lembrava qual era o medicamento. Ema conta que não recordava o seu nome, mas apenas que a caixa continha trinta comprimidos. Ela então retoma a narração de sua história e diz que após ingerir os comprimidos sua saúde – por causa do uso do medicamento – piorou, que "colocou tudo para fora". Ficou sem força até para andar. Ema não mais retornou ao hospital, pois logo sua filha marcou uma nova consulta para ela numa clínica particular em Brasília. Quando foi a esta consulta as dores já eram percebidas no joelho e no tornozelo. O médico a examinou, aplicou injeções em seus joelhos e lhe indicou medicamentos. Ema me conta que melhorou um pouco e que durante aproximadamente um ano continuou se tratando com este médico.

Questiono como era o tratamento. Ela me explica que utilizava medicamentos e que de vinte em vinte dias ia ao médico para receber injeções nos tornozelos e nos joelhos. Questiono se utilizou algum outro tipo de tratamento durante este período. Ema me diz que não. Apenas depois de cerca de um ano de tratamento conversou com a filha e lhe disse que não mais iria se tratar com aquele médico, pois os medicamentos e as consultas eram caros. Além disso, estava incomodada por não saber do que estava sendo tratada, já que o médico nunca a havia pedido um exame sequer. E como não havia feito nenhum exame, pensava que o médico também não sabia qual era o seu problema. Ema disse que o médico achava que ela tinha artrite, mas que ele não sabia verdadeiramente se essa era mesmo sua doença.

Decidiu então buscar a rede pública de saúde. Como já havia se consultado num Posto de Saúde de Taguatinga (Região Administrativa do Distrito Federal) e era cadastrada nele, optou por procurá-lo. Marcou uma consulta no Posto e posteriormente a realizou. Na consulta ficou sabendo que seria encaminhada para outra instituição, mas não soube para qual. O médico mandou que entregasse

um documento noutro setor do Posto de Saúde e ela assim o fez. Neste setor a avisaram que quando houvesse vaga lhe telefonariam. Quinze dias depois recebeu o telefonema e foi ao Posto de Saúde buscar seu encaminhamento, que era para o Hospital de Base.

Ema me conta que a partir daí começou a parte mais difícil de sua história. Precisava entregar seu encaminhamento no Hospital de Base, mas ele só os recebia às quartas-feiras e, mesmo assim, de apenas trinta pessoas. Chegou a tentar entregar o encaminhamento por três vezes. Para fazê-lo tomava às cinco horas da manhã o primeiro ônibus que saída do lugar onde morava. Com isso chegava ao Hospital de Base às seis horas e dez minutos, quando as trinta vagas já estavam preenchidas por pessoas que haviam passado a noite ali. Ema tinha em mãos o encaminhamento, mas não conseguia marcar a consulta.

Após as três tentativas sua filha decide que seria ela quem tentaria uma quarta vez. A filha foi dormir na casa de uma amiga em Taguatinga e às duas horas da madrugada se dirigiu ao Hospital de Base. Passou a noite nele e pela manhã conseguiu pegar a senha número vinte e oito. Enquanto isso Ema saía de sua casa às cinco horas para ir ao Hospital de Base substituir a filha que precisaria ir trabalhar. Ema foi até lá imaginando que como a filha havia conseguido uma das trinta fichas iria fazer a consulta naquele mesmo dia. No entanto, ao chegar se decepcionou ao saber que havia conseguido apenas uma vaga para passar por uma triagem. Foi submetida a outra consulta. A médica solicitou diversos exames e a encaminhou para marcar sua consulta.

Tanto a consulta quanto os exames precisaram ser marcados por Ema. Ela fez os exames, cujos resultados ficaram retidos no Hospital de Base para serem encaminhados diretamente ao médico quando de sua consulta. Ema somente poderia pegá-los com um pedido por escrito do médico. Com os exames realizados, passou a telefonar para o Hospital de Base na intenção de saber se sua consulta poderia ser marcada. Ligou diversas vezes, mas a resposta que obtinha era sempre negativa, não havia nem mesmo uma previsão de datas. Após dois meses de telefonemas fracassados, novamente a filha decidiu ajudá-la. Desta vez entregou o encaminhamento e o cartão de usuária da mãe a uma amiga que possuía – tal como Ema me disse – um "conhecimento" dentro do Hospital de Base. Contudo, a amiga perdeu estes documentos. Ema não se preocupou com o fato, pois anteriormente havia feito um tratamento para úlcera no Hospital de Base e imaginou que a instituição poderia recuperar suas informações. Sua filha conversou então com um colega de trabalho que lhe prometeu resolver a situação através de outra pessoa que ele conhecia e que trabalhava no Hospital de Base. O amigo do colega de trabalho da filha de Ema consegue que sua consulta seja marcada para o mês seguinte e, além disso, arruma-lhe um novo cartão.

Onze anos antes de nossa conversa Ema finalmente fazia sua consulta no Hospital de Base. E desde então voltava nele periodicamente. Ema me diz que enfrentou muitas dificuldades para iniciar o tratamento, mas que depois as coisas ficaram mais fáceis. Diagnosticaram que sofria de artrose e osteoporose e a trataram durante todos estes anos. Em 2006 realizou uma densitometria óssea, um exame relacionado à osteoporose que acabou por indicar que este problema não mais existia. Com base neste resultado o medicamento que ingeria para combater a osteoporose foi suspenso. Entretanto, em fevereiro de 2007 – numa das duas consultas anuais regulares pelas quais passa – uma médica mandou que refizesse o exame. Mas o equipamento do Hospital de Base que o realiza esteve quebrado durante todo o ano, e como ela não possuía condições financeiras de fazê-lo na rede privada, iria para sua segunda consulta anual (que se realizaria em outubro) sem o resultado deste exame.

Dois dias antes de nossa conversa havia estado no Hospital de Base realizando exames de sangue e urina. Ainda precisaria fazer um raio-x para a próxima consulta, mas este ela faria num Posto de Saúde próximo à sua casa. Se desejasse fazer o raio-x no Hospital de Base precisaria antes ir a um Posto de Saúde marcá-lo. Como conhecia a diretora do Posto de Saúde próximo à sua casa nem precisaria marcar o exame, bastaria ir até o Posto e lá o faria imediatamente.

Esta foi a história que Ema me contou. Ainda a perguntei quais eram as causas da artrose e da osteoporose. Ela me disse que não sabia, já que os médicos lhe diziam que a causa da artrose não

havia sido descoberta. Sabia, no entanto, que antes da doença surgir de repente era uma pessoa sadia, sem qualquer problema de saúde. Infelizmente, nossa boa conversa foi interrompida por alguém que surgiu do Ambulatório entregando receitas médicas a diversas pessoas, e Ema teve de ir buscar a sua.

O paciente que experimenta uma visita ao Hospital de Base semelhante à acima imaginada conclui que naquele espaço existe uma infinidade de situações que ele não domina e não pode compreender imediatamente. Por sua vez, o antropólogo que conhece esta realidade também percebe que o Hospital de Base comporta diversas modalidades de relações e comportamentos sociais cujo entendimento carece de mais detida atenção. Se porventura for um leitor de Goffman, talvez imagine que seus escritos possam lhe ajudar a desbravar este universo. Uma primeira aproximação que poderia empreender seria deste contexto com o conceito de *instituição total*. Depois de um tempo notaria que o Hospital de Base não se enquadra perfeitamente no tipo ideal proposto por Goffman (1961: 17), mas que ainda assim algumas associações poderiam ser feitas. Parte dos pacientes desta instituição não fica longos períodos fechada dentro dela, havendo ademais relativa permeabilidade para passagem de funcionários, visitantes e pacientes. Por outro lado, para alguns pacientes o Hospital de Base se faz uma barreira para o contato com o mundo externo durante muito tempo e, além disso, há dentro dele uma forçosa e generalizada distinção de papéis sociais. Sendo assim, é o fato de nele haver um considerável afastamento para com o mundo externo, somado a um controle institucionalizado das relações estabelecidas com o que está fora dele, que nos permite analisar o Hospital de Base como um todo em separado. Goffman (1961: 16) havia destacado que algumas instituições seriam mais "fechadas" que outras, sendo este "fechamento" que o levaria a estudar os processos internos próprios àquelas que constroem barreiras mais fortes para com o que está além-muros. No Hospital de Base há uma série de experiências que são vividas apenas por aqueles que passam longos períodos dentro dele. Existem também dinâmicas internas de seu funcionamento que são únicas. Especialmente para os pacientes internados essas questões são mais proeminentes. E são as características relacionadas às experiências de pacientes e funcionários que tentarei discutir no restante do capítulo. Ressalto que minha intenção é explorar os aspectos que me pareceram mais importantes durante o trabalho de campo; logo, de forma alguma tenho a pretensão de descrever todo o funcionamento do Hospital de Base ou de esgotar a totalidade das experiências ali vividas.

No capítulo anterior afirmei que muitos pacientes me relataram que seria difícil conseguir "entrar" no Hospital de Base, ou seja, nele conseguir tratamento médico. Posta esta dificuldade, eles utilizariam de estratégias diversas para terem acesso aos seus serviços, sendo que essas não seriam diferentes daquelas empregadas em outras instituições. Não posso

afirmar que em outros locais estas práticas existam, pois apenas conheci histórias acerca delas; embora, pessoalmente, confie plenamente nos relatos que ouvi. Entretanto, acerca do Hospital de Base pude não apenas ouvir descrições em torno destas práticas, mas também observá-las em ato. Na quase totalidade dos casos trata-se de, por meio de relações pessoais, conseguir que alguém que nele trabalhe manipule o sistema de oferecimento de serviços médicos de forma que algum paciente não precise esperar os prazos ordinários, ou que tenha acesso aos melhores serviços disponíveis. Não é necessário que os contatos pessoais cheguem diretamente à pessoa responsável pela manipulação da parte do sistema que o paciente pretende alcançar. Basta que seja alcançada qualquer pessoa que trabalhe na instituição e esta poderá solicitar àquela outra que trabalha no setor específico em questão que execute a manipulação. Ouvi falar de casos em que as pessoas conseguiram alguma forma de privilégio por meio do uso do carisma pessoal – "pedindo com jeito", "sendo educado" etc. No entanto, tenho a impressão de que, no caso do Hospital de Base, esta prática não tem feição de sistema, ao contrário daquela de acionamento de redes de relações pessoais. O uso do carisma pessoal está mais ligado à história do sujeito, ao modo como se engaja no mundo. Já o uso das redes de relações é conhecido por quase todos, e o paciente tende a tentar utilizá-las quando puder. Tanto num caso como no outro os privilégios podem se dar em "pequena escala" com, por exemplo, um funcionário buscando, disponibilizando ou entregando uma ficha para um paciente. Todavia, ouvi falar de casos de "grande escala", como a mobilização dos médicos mais experientes para o atendimento de um paciente, a internação deste num local destacadamente melhor, ou o direcionamento dos melhores artigos existentes para a realização de uma cirurgia em especial.

Um mecanismo importante para que estas redes sejam acionadas a partir de fora do Hospital de Base é, como apontei acima, a troca de "favores" entre funcionários. Se um paciente qualquer pede por um privilégio a um funcionário desconhecido, dificilmente será atendido. Já quando um funcionário solicita a outro que um paciente seja privilegiado, aquele que recebe o pedido se sente movido a produzir o privilégio. Minha suspeita é que isso aconteça por duas razões. A primeira e mais clara delas é que a organização dos serviços permite que eles sejam manipulados. Não existem mecanismos constantes e minuciosos de fiscalização, controle ou responsabilização para com as manipulações. Estes são acionados extraordinariamente apenas quando alguma ação desse tipo por qualquer razão chama a atenção externa ou contraria os interesses ou compromete os trabalhos de algum setor interno. Segundo porque as relações entre os funcionários – ao contrário daquela entre pacientes e funcionários – são mais duradouras, além de haver uma dependência relativa entre alguns.

Negar um pedido de auxílio poderia acarretar uma indisposição futura, algo que os colegas de trabalho em geral não desejam. Como todos eles podem precisar ou desejar utilizar a possibilidade de privilegiamento no uso dos serviços, estas práticas acabam por não serem esporádicas, mas sistêmicas. Os funcionários trocam "favores" constantemente, e assim podem se beneficiar da possibilidade de uma "ajuda" futura. Em diversos casos, até mesmo para a realização de suas tarefas de trabalho eles precisam que outros os "auxiliem". Ocorre que a instituição é muito grande e tem setores interdependentes; sendo assim, muitas vezes a execução de um trabalho pode precisar da cooperação de alguém de outro setor. Como os funcionários dificilmente podem requerer a outras esferas da instituição que obriguem este alguém a colaborar, a atuação coordenada de pessoas na direção da execução de tarefas não raramente assume feição de "troca de favores".

O interessante é que, conquanto estas práticas estejam solidamente instaladas e em plena operação no Hospital de Base, preserva-se uma auto-imagem de burocracia modelar. São ações internamente explícitas, mas nunca exteriormente explicitadas. Por isso tenho chamado o alcance exitoso destas práticas de *privilégios.* São mecanismos indisponíveis a todos os pacientes. Para aquele que não consegue acessá-los restam os trâmites exteriormente explicitados, os procedimentos previstos e anunciados. Ou seja, é porque eles são utilizados apenas por alguns – ainda que de forma sistêmica – que possuem o caráter de distinção, de vantagem particularizada em detrimento de outrem característica dos privilégios.

Ultrapassada a fase de conseguir o atendimento médico, o paciente que utiliza os serviços do Hospital de Base pode transitar por seus setores. Observando estes fluxos podemos ter uma idéia de como o trabalho médico se coordena com a dinâmica institucional. Para os pacientes que utilizam o Ambulatório a tendência é que passem apenas um dia ou parte de um dia em suas dependências, tempo suficiente para a realização de uma consulta ou de um exame. Para aqueles que fazem "acompanhamento" é esperado que as visitas de um dia se dêem amiúde entre períodos de tempo variados. Estando nesta condição, contudo, pode acontecer de o paciente ser encaminhado para a Internação se numa das consultas regulares o médico constatar que sua condição de saúde piorou perigosamente. De forma semelhante ao que acontece com os pacientes do Ambulatório, entre aqueles que utilizam a Emergência muitos retornam para suas casas após nela passarem um dia ou parte de um dia. Também é comum que muitos deles permaneçam internados durante poucos dias e que depois recebam alta. Mas, partindo da Emergência, o paciente pode ser levado para diversos outros setores do Hospital de Base. Pode acontecer de ele ir para a Internação, embora para que isso aconteça possa precisar permanecer internado na Emergência durante muitos dias aguardando uma

vaga. Pode acontecer de ir rapidamente para o Bloco Cirúrgico quando sua condição é demasiadamente grave, ou então após uma espera que pode durar de um a vários dias dependendo da disponibilidade de vagas. Pode ser levado para a UTI quando, obviamente, sua vida está em risco. Vale lembrar que a Emergência do Hospital de Base possui uma mini-UTI, onde alguns pacientes permanecem. Finalmente, ocorre dos pacientes internados na Emergência serem levados até o Ambulatório para a realização de exames, retornando no mesmo dia. Quanto à Internação, nota-se que dificilmente um paciente chega ao Hospital de Base e se dirige para lá antes de transitar por outro setor. Os que lá estão em geral passaram antes pelo Ambulatório ou pela Emergência. Mesmo os pacientes que vêem transferidos de outros hospitais onde já estavam internados geralmente passam antes pela Emergência. Estando na Internação, os pacientes podem ir até o Ambulatório realizar exames ou consultas e, assim como acontece com os que estão na Emergência, retornam no mesmo dia. De forma também similar, acontece de serem levados para a UTI quando suas saúdes ficam em risco. Estas são as linhas de trânsito mais utilizadas. Certamente existem desvios que um ou outro paciente pode tomar.

Nestes percursos, por conseguinte, a disponibilidade de vagas e as circunstâncias nas quais os pacientes precisam esperar por algo são fundamentais. A inexistência de leitos para pacientes que devem ser levados para a Internação ou para a UTI é muito freqüente. Na Emergência parece que isto é menos comum, talvez porque a regulação da quantidade de pessoas atendidas no setor seja mais flexível. Relacionado num certo sentido com a oferta de vagas, acontece de estes trânsitos serem precedidos por momentos de espera. Muitos pacientes que buscam a Emergência desistem do atendimento antes de serem chamados. Estejam ou não com dores, muitas vezes precisam esperar sentados num banco de madeira sem qualquer conforto por horas. Não suportando a espera eles deixam o Hospital. Os diversos profissionais que trabalham no setor têm seus horários de trabalho e de pausas ao longo da jornada, mas aqueles que esperam pelo atendimento não possuem esta regulação do tempo, pois não sabem ao certo quando serão chamados para o atendimento. Por isso não sabem se precisarão esperar quinze minutos ou cinco horas. Diante da dúvida algumas pessoas permanecem esperando, outras vão embora. Aqueles que estão internados na Emergência podem permanecer até mesmo dezenas de dias aguardando por uma vaga na Internação, esperando por uma oportunidade de fazer um exame ou cirurgia ou então apenas “em observação”. A expectativa para com a realização de exames é generalizada. Acontece também na Internação e com os pacientes do Ambulatório.

Nos últimos parágrafos tenho tratado sobretudo de aspectos relativos aos pacientes. No âmbito dos funcionários, a questão que por diversas vezes, em inúmeras conversas, eles me relataram como sendo a principal característica do Hospital de Base seria o fato de ele ser uma instituição "política". É quase unânime entre eles a reclamação de que especialmente os cargos de chefia dos diversos setores seriam "politicamente" preenchidos, não obstante isso também acontecesse com funções de menor destaque. A idéia de uma "política" nestas seleções é que estes funcionários não seriam escolhidos pela capacidade que têm de executar o trabalho, mas pelo fato de que aquele que os escolhe utilizaria o cargo como uma forma de pagamento ou empréstimo de poder ou de recurso econômico. A maioria destes funcionários não seria então escolhida entre aqueles que já trabalham no Hospital de Base, mas seriam exteriormente recrutados. Durante o trabalho de campo cheguei a ver um funcionário que ocupava a chefia de um setor importante ser dispensado por estas questões "políticas". E ouvi falar de inúmeras outras pessoas que adquiriram ou saíram de cargos desta mesma forma, embora apenas um funcionário tenha me confessado que o seu emprego havia sido conseguido através de relacionamento com um deputado distrital.

Os funcionários reclamam dessa situação "política" por três razões principais. Primeiro porque devido às escolhas "políticas" muitas vezes não seriam colocados profissionais competentes nos cargos, mas apenas pessoas com fortes relações com aquele que escolhe os ocupantes dos cargos. Também reclamam que estas escolhas desestimulariam os funcionários a executar seus trabalhos com qualidade, posto que o mérito não seria valorizado. É incômodo para um funcionário que está num setor há muito tempo, que conhece a fundo aquele trabalho, receber como chefe uma pessoa que não sabe o que se passa ali e que ocupa aquela função tão somente porque apoiou alguém durante alguma campanha eleitoral. A terceira razão é que a pessoa escolhida politicamente manteria uma relação de dependência com quem a escolheu. Ela não se sentiria à vontade, por exemplo, para reclamar das condições de trabalho ou então para contrariar ordens de quem a colocou naquela função.

No período em que visitei o Hospital de Base o governo do Distrito Federal (que fora assumido nas eleições de um ano antes por um grupo político diferente do que se manteve no poder por mais de uma década) havia adotado a estratégia de demitir grande parte dos funcionários contratados, mantendo quase que apenas os concursados em sua folha de pagamentos. Por isso havia poucos funcionários contratados por ali. Sendo assim, muitas das pessoas escolhidas "politicamente" haviam sido demitidas num passado recente. Mas ainda restavam algumas, e os comentários negativos acerca delas eram constantes. Imagino que antes das demissões essa situação fosse ainda mais intensa.

Um assunto que também mobiliza muitas conversas entre os funcionários são os atos ilícitos ocorridos dentro da instituição. Entendendo-os de forma ampla, esta é uma questão ali presente que vai desde pequenos furtos (gazes, medicamentos etc.), passa por desvios de verbas, tráfico de órgãos, roubos de equipamentos caros (alguns que custam mais de milhão de reais), estabelecimento de contratos surgidos de licitações viciadas e chega até mesmo em estratégias de deterioração dos serviços da instituição na intenção de motivar os pacientes a procurarem aqueles oferecidos pela rede privada. Não acompanhei de perto nenhum destes atos, mas participei de muitos diálogos nos quais eram citados e debatidos.

Outro aspecto importante para os funcionários é a circulação entre cargos. Há uma mudança constante de função por parte deles. Tudo indica que estes trânsitos são motivados por diversas razões, tais como brigas, privilégios, desejos, aumento ou diminuição na carga horária de trabalho etc. Trata-se de uma infinidade de fatores que me parecem normais na dinâmica de uma grande instituição. Mais propriamente característico de um órgão público que possui trabalhadores concursados é que estas mudanças de posto de trabalho possam prejudicar ou favorecer um funcionário com relação à sua função originalmente prevista pelo concurso. Quando a nova função é de maior responsabilidade do que aquela que seu concurso definia, o funcionário tende a ficar insatisfeito com a condição, especialmente quando não vem acompanhada de um aumento salarial. Ouvi falar que essas situações aconteciam com freqüência e seriam geradas pela dificuldade em se realizar novas contratações. Mas este descompasso pode, por outro lado, privilegiar algum funcionário, se esse é deslocado para um trabalho menos árduo. Mas estas situações, embora não raras, pareciam assumir sempre um aspecto de provisoriedade, especialmente devido às implicações legais de fácil comprovação delas decorrentes. Uma terceira dinâmica acerca da circulação dos funcionários pelos cargos que me foi relatada diz respeito a eventuais boicotes ou punições promovidos por chefes através de deslocamentos dos trabalhadores entre setores. Alguns chefes ameaçariam os funcionários de serem realocados em funções que estes não desejam como mecanismo de coagi-los ou controlá-los.

Pude, outrossim, perceber e ouvir relatos de funcionários que afirmaram terem prejudicado suas saúdes devido às más condições de trabalho. São fatos que parecem acontecer com quase todas as profissões: enfermeiros, faxineiros, arquivistas etc. Também se comenta muito de descasos jurídicos ou negligências da instituição para com os casos em que os trabalhadores sofreram danos físicos graves. Não saberia avaliar profundamente o quão deletéria é a situação de cada profissional, mas o certo é que em todos os setores nos quais estive as pessoas reclamaram de forma acentuada sobre as más condições de trabalho deles e

de outros colegas. E, curiosamente, ou, mais propriamente, ironicamente, a maioria delas relatava casos de adoecimento provocados pelo trabalho no ambiente hospitalar.

Um dos principais fatores geradores desta comentada generalizada má condição de trabalho seria a falta de elementos básicos de infra-estrutura e de manutenção. Na maioria das vezes não se trataria de itens dispendiosos, mas de artigos baratos, tais como papel, formulários ou tinta de impressora. Chama a atenção que os funcionários precisem comprar a própria água que consomem dentro do Hospital de Base. Na verdade, água potável para consumo é algo difícil de ser conseguido por ali. Por diversas vezes fiquei com sede durante minhas visitas e demorei um bom tempo para descobrir onde ficavam as raras fontes nas quais poderia saciá-la. Outro fato interessante é que muitos dos computadores nos quais os funcionários trabalham teriam sido comprados a partir de rateios entre eles ou doados por outras instituições. O que me parece paradoxal é que, ao mesmo tempo em que a instituição depende tão fortemente de sua burocracia para que continue funcionando, a manteria trabalhando em situação tão precária.

A escassez de itens básicos atinge também os pacientes. O paciente do Ambulatório que sente sede terá grande dificuldade em conseguir água. Durante boa parte do segundo semestre de 2007 o bebedouro do local esteve quebrado. Na outra parte funcionou mal. Nos andares da Internação e nos salões da Emergência não existem bebedouros ou, se os há, estão suficientemente bem escondidos para que seja quase impossível encontrá-los. A água disponível na Emergência é para o banho, mas muitas vezes só é encontrada fria – ou gelada. Isso sem contar que vi apenas quatro banheiros (dois femininos e dois masculinos) disponíveis para as centenas de pessoas ali internadas. As roupas de cama também são bastante raras, de modo que muitos pacientes não as recebem (tendo de trazê-las de casa) ou então são trocadas com pouca freqüência. As cadeiras para que os acompanhantes de pacientes internados na Emergência possam se sentar são muito disputadas, mesmo aquelas que estão velhas e sem encosto. O paciente pode chegar a ficar sem cama ou colchão se a demanda por eles for um pouco mais volumosa. Como a maior parte da área de funcionamento do Hospital de Base se encontra sobreposta verticalmente, um elemento essencial para seu funcionamento são os elevadores – quer de transporte de coisas, quer de pessoas. Existem vários espalhados por ele, mas, frequentemente, parte deles está inoperante, o que gera problemas sobretudo no prédio da Internação. Diversas vezes apenas dois elevadores estiveram funcionando, o que produzia filas de espera nos horários de maior utilização. Nestes casos a espera pode durar dezenas de minutos, pois eles levam muito tempo para realizar uma subida e descida completa. Se, porventura, uma maca, um carrinho com

alimentação para os pacientes ou outro de roupa suja ou de roupa limpa precisar utilizá-lo, então a espera será maior ainda, já que ocupam quase todo o seu espaço.

Lado a lado com estas carências existem gastos elevados com outros artigos. Determinados equipamentos para serem mantidos funcionando exigem o emprego de milhares de reais diariamente. Certos medicamentos quando comprados representam faturas cujo pagamento chega à casa dos milhões de reais. A construção dos dois elevadores de emergência externamente acoplados ao prédio da Internação seguramente consumiu uma quantia maior do que a própria altura deles. Sob este prisma, o que se conclui é que sem dúvida não há uma falta absoluta de recursos econômicos. O que existe são definições de prioridades e escolhas que conjugam estratégias de políticas de saúde pública, perspectivas organizacionais, posicionamentos éticos e assim por diante. Poderíamos encarar este como mais um caso do onipresente problema da coexistência de demandas infinitas e recursos limitados e, sendo assim, sua solução pode possuir diferentes aspectos.

Ainda dentro da questão, é necessário dizer que enquanto fazia a pesquisa o Hospital de Base passava por intensas reformas em suas instalações. Estava sendo construída uma cobertura em frente à portaria central e os décimo e décimo primeiro andares da Internação estavam sendo completamente reconstruídos. Havia também algumas reformas que não pude observar de perto, tais como a que era executada no banco de sangue próximo ao Ambulatório, além de outras mais pontuais em diversos setores.

Outro importante problema relativo ao funcionamento do Hospital de Base é a dificuldade que seus diferentes setores têm em trocar informações. Logo que iniciei o trabalho de campo tomei contato com esta dificuldade quando alguns setores precisaram organizar uma forma de identificação que permitisse minha circulação pelos vários ambientes da instituição. Um sinal evidente desta falta de comunicação é a necessidade de se repetir informações em todos os setores pelos quais se vai quando se precisa organizar alguma ação. Como não há uma definição clara de funções e nem a segurança de que os setores acompanham de perto os trabalhos de outros, recomeços existem quando se trata de conjugar ações. Outro indicativo é que grande parte dos trabalhos não é informatizado, além do que os papéis, por meio dos quais muitas coisas são feitas, são mal armazenados. Um terceiro aspecto é que energias são despendidas na produção de serviços que acabam por serem inutilizados. Guias, fichas, relatórios etc. são produzidos, encaminhados e ao final do processo não são utilizados; porque basta a produção do documento, ou porque não se tem tempo para aproveitar o material, ou porque não há um sistema de aproveitamento deles.

Afim com esta falta de comunicação eficiente entre os setores há uma inexistência mais geral de circulação de informações. Facilmente se descobre que frequentemente é bastante difícil conseguir informações no Hospital de Base. Por diversas vezes tentei fazê-lo e não as consegui, ou consegui de forma insuficiente. Creio que ele possua poucas informações amplas sistematizadas. Não há sequer, por exemplo, um sistema informatizado e único sobre a presença de pacientes internados.

Certa vez uma funcionária me disse que existiria ali um procedimento comum de "mostrar o desejado e esconder o indesejado". Como o Hospital de Base é muito grande e internamente heterogêneo, é possível que de fato tal tipo de prática exista. As informações circulariam assim de modo truncado, desviadas por intenções diversas de tornar ou não conhecido o que aquele que controla a informação desejasse. Segundo esta funcionária, esta seria uma prática comum entre os setores, que através dela poderiam evitar punições ou conseguir ganhos de diversos tipos. De forma similar isso também ocorreria para com os olhares externos ao Hospital de Base. Determinados setores ou processos poderiam ficar na penumbra enquanto outros seriam mais iluminados. Alguns poderiam ser vistos de longe, outros apenas de perto. Isso apenas reforçaria o fato de que as pessoas podem ter visões distintas sobre o Hospital de Base dependendo do que para elas fosse ou não mostrado, do que elas pudessem ou não enxergar.

Quadro 7
As crianças

De todas as experiências marcantes que vivi durante a pesquisa de campo no Hospital de Base a mais forte delas foi, sem dúvida, a pequena relação que estabeleci com três crianças internadas. Não tive com elas um contato duradouro, mas ainda posso me lembrar com detalhes alguns dos momentos em que estive ao lado delas.

Logo que comecei a pesquisa conheci um rapazinho de não mais que sete anos de idade chamado Miguel. Era uma tarde de agosto e eu estava sentado numa mesinha do pátio do Hospital de Base fazendo anotações. Miguel apareceu vindo não sei de onde e começou a brincar perto de mim nos brinquedos que existem no pátio. Achei estranho o fato de ele estar por ali sozinho e puxei conversa. Ele me disse que estava internado havia três meses porque tinha "sopro". Perguntei se estava sozinho e Miguel me disse que sua mãe estava no quarto onde estava internado e que não quis descer para o pátio com ele. Durante a conversa pergunto se havia feito amigos enquanto esteve internado, e Miguel me responde que sim. Pergunto então onde eles estavam, pois talvez pudessem brincar juntos. Ele diz que os amigos já haviam ido embora. Arrependi-me da minha insensibilidade e procurei logo mudar de assunto, e assim o bate-papo prosseguiu. Depois de alguns minutos convidei Miguel para disputar uma partida de damas, uma vez que a mesa onde estava era própria para isso, tendo o tabuleiro nela desenhado. Ele aceita o convite e busca algumas tampas de garrafa que estavam guardadas dentro do tronco de uma árvore. Jogamos algumas partidas, mas logo nos separamos. Durante todo o tempo Miguel esteve muito calado e parecia abatido, pálido. Apesar disso fiquei com a

impressão de que gostou da nossa rápida conversa. Despedimo-nos e por alguns dias não mais nos encontramos. Nos meses de setembro e outubro o vi por mais três vezes, cheguei a tentar uma outra conversa, mas ele não aceitou.

Durante este tempo a pesquisa prosseguiu como antes, e eu fazia entrevistas nos diversos setores do Hospital. Num dos últimos dias de outubro achei que seria interessante tentar conseguir uma entrevista com um pai ou mãe de alguma criança internada. Queria saber se havia diferenças entre os itinerários terapêuticos delas e os dos adultos. Fui então ao sétimo andar da Internação, onde funciona a internação pediátrica. Anunciei minha presença às funcionárias que estavam no balcão que fica no centro do corredor do andar e me dirigi aos quartos. Escolhi aleatoriamente entrar num deles. Nele havia três camas e dois berços. Uma cama estava vazia, nos dois berços havia bebês dormindo, e uma garotinha dormia numa cama enquanto outra estava sentada numa cadeira colocada no centro do quarto. Além das crianças ali estavam três mulheres adultas, todas elas mães de crianças que estavam no quarto. Duas delas conversavam ao lado da criança sentada na cadeira. Apresentei-me a elas e expliquei que gostaria que me contassem a história das crianças que estavam acompanhando. Ambas responderam positivamente, mas a mais jovem delas questionou-me se uma determinada enfermeira estava ciente de que estava realizando entrevistas, pois ela era brava e no futuro poderia reclamar. Digo que havia acabado de explicar e anunciar meu trabalho à enfermeira-chefe. Ela então responde que, assim sendo, daria a entrevista.

Mas elas preferiram que eu conversasse primeiro com a outra e assim eu fiz. Seu nome era Maria do Pilar, e ela passou a me contar a história de sua filha, a Poliana, que estava sentada na cadeira ao nosso lado, enquanto ficamos em pé. Poliana estava com a blusa aberta e tinha um curativo de mais ou menos quinze centímetros no peito. Maria do Pilar começa me contando que elas vinham da Bahia, de uma cidade próxima a Barreiras. O problema de Poliana havia começado um ano antes com um inchaço em todo o corpo. A mãe a levou ao médico mais de uma vez, mas eles apenas diziam que ela estava anêmica e lhe receitavam medicamentos vermífugos. Poliana ingeria os medicamentos, melhorava um pouco e logo depois piorava novamente. Assim ficou até que certo dia piorou ainda mais, ficou muito inchada e foi internada durante dez dias num hospital em Barreiras. Maria do Pilar achou que os médicos não estavam descobrindo qual era seu problema de saúde e pediu que eles lhe dessem uma guia de encaminhamento para que pudesse levar a filha para Brasília. Contudo, os médicos negaram os primeiros pedidos. E, posteriormente, foi através do prefeito da cidade que Maria do Pilar conseguiu levar a filha para Brasília. Ele lhe forneceu uma ambulância, além de outras coisas necessárias ao transporte.

Em Brasília, Poliana ficou inicialmente internada por quinze dias no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), onde, segundo a mãe, foi bem atendida. Mas ainda assim Poliana pegou uma infecção na barriga após um procedimento médico. Com isso seu estado piorou e foi transferida para o Hospital de Base, e já estava ali há cinco meses. Foi apenas em Brasília que os médicos descobriram que ela tinha um grave problema nos rins. Maria do Pilar me conta que Poliana havia feito diversos exames durante estes meses, que os médicos haviam resolvido um problema de água no seu coração e colocado um “acesso” no seu pescoço.

Enquanto Maria do Pilar me contava estas coisas a outra mãe com quem havia conversado instantes antes e que estava próxima ouvindo nossa conversa acrescentou que Poliana tinha uma doença chamada “lupus” (lupus eritematoso sistêmico). A doença havia sido diagnosticada no Hospital de Base. Ela seria degenerativa, fazendo com que Poliana tivesse baixa imunidade, e por isso não podia ter contato com outras crianças, pois se contaminava muito facilmente. Segundo ela, a doença havia destruído os rins de Poliana.

Exatamente no momento em que a outra mulher me contava sobre a “lupus” Poliana começa a passar mal. Fica pálida, parece que vai desmaiar e não mais respondia quando falavam com ela. Maria do Pilar passa então a ficar bastante nervosa. Os médicos são chamados imediatamente, e vários vêem ver o que se passava. Fazem perguntas e a examinam. Neste momento eu já estava bastante assustado com o que acontecia e não sabia o que fazer – se deveria, poderia ou como ajudaria. Maria do Pilar

abanava a filha com uma revista e eu não sabia se fazia o mesmo. Carregava comigo uma bolsa e dentro dela uma pasta, e fiquei sem saber se a emprestava ou se a utilizava para também abanar Poliana. Acabei ficando quieto e impotente num canto do quarto. Temi muito que a narrativa de sua história tivesse feito Poliana passar mal ou então que eu tivesse levado comigo algum tipo de agente maléfico que teria vencido sua frágil resistência imunológica e a feito passar mal. Maria do Pilar pede para a outra mãe que ligue para sua outra filha avisando que Poliana não estava bem. Esta outra mãe me diz: "aqui é uma mãe pela outra, aqui a gente se ajuda" – e sai para telefonar. Poliana não chegou a desmaiar, mas ficava chorando e conversando baixinho. Uma mãe de outro quarto foi até o que estávamos para ver o que acontecia. Instantes depois é trazida uma cadeira com rodinhas parecida com uma grande poltrona. Para a cadeira entrar na sala foi preciso retirar um berço que estava próximo da porta. O médico diz a Poliana que ela seria levada para o boxe. Ao ouvir isso ela começa a chorar mais alto. É colocada na cadeira e retirada do quarto. Maria do Pilar sai acompanhando a filha. Fico com a outra mãe no quarto. Bastante perdido.

Apesar do ocorrido a outra mulher se oferece para contar a história do seu filho, que estava deitado dormindo num berço próximo. Aceito. Seu nome é Mercedes, e ela passa a me narrar a história de seu filho, o Haroldo, que naquele momento estava deitado de bruços no berço. Ela me conta os fatos com bastante desenvoltura, reforçando sempre a beleza de Haroldo. O menino tinha um ano e três meses, e desde o nascimento sofria com problema renal, algo que havia descoberto por meio de ecografias quando ela ainda estava grávida de seis meses. De acordo com a mãe, se Haroldo houvesse nascido com seis meses não mais teria o problemas nos rins. Na época ele possuía apenas um rim danificado. Como nasceu com nove meses, houve tempo para que ambos os rins fossem danificados e ele nascesse com insuficiência renal. Seus rins estavam praticamente inoperantes. E desde que nasceu Haroldo vive em hospitais. Passou inicialmente três meses num berçário do Hospital Regional do Gama (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal) e depois foi transferido para o Hospital de Base, após conseguirem, com dificuldade, uma vaga. Mercedes me conta que enquanto esteve internado no Gama os médicos não descobriram qual era seu problema de saúde pois, segundo ela, lá não havia especialista algum na área da doença. Os médicos tocavam a barriga de Haroldo e não entendiam porque ela era tão mole. No Hospital de Base ele fazia diálise peritonial três vezes por semana. Cada procedimento tinha a duração de dezenove horas. Ao final delas Haroldo estava muito cansado e mais leve aproximadamente duzentos gramas dos seus sete quilos e oitocentos gramas médios. Associado a este problema, ainda sofria de síndrome de Prune Belly, ou *barriga de ameixa.* Haroldo nasceu sem a parede muscular do abdome. Sem a musculatura seus órgãos ficavam "soltos" e sua respiração era mais profunda, como se estivesse cansado. Logo depois de seu nascimento era possível ver o formato dos órgãos na pele de sua barriga. Para Mercedes este problema seria mais grave que o renal, embora ambos estivessem relacionados. Ela me conta que as crianças que nascem com a síndrome teriam a válvula do canal da uretra entupida. Com isso a urina não teria passagem para ser expelida e ficaria armazena na bexiga; consequentemente o rim filtraria a mesma urina duas ou três vezes ao dia. Seus rins então ficaram prejudicados e sua bexiga demasiadamente flácida, dilatada. Para solucionar a insuficiência renal Haroldo precisaria passar por um transplante; quanto à bexiga ele precisaria de uma reparação que diminuísse seu tamanho. No entanto, apenas quando tivesse três anos de idade e alcançasse dez quilos de peso poderia sofrer a reparação e ser encaminhado para o transplante. O transplante não seria feito no Hospital de Base, e eles seriam então encaminhados para o Rio Grande do Sul. Esta seria uma fase difícil, pois o custo de vida no outro estado seria muito alto. Por enquanto tinha uma vesicostomia pela qual urinava. Mercedes tinha expectativa de que Haroldo passasse a fazer a diálise em casa.

Pergunto a Mercedes qual seria a causa da síndrome. Ela me diz que "pensaram" (se referindo aos médicos) que a causa era genética, algo relativo ao pai de Haroldo, mas que na verdade o problema teria surgido ao acaso. Diz também que a origem poderia ser alguma "má formação" durante o seu desenvolvimento fetal. Ela me conta que seriam raros os casos desta doença em Brasília. Que a maior parte das crianças afetadas por ela morreriam por volta dos dez anos idade, nenhuma chegando

aos quinze. Sabendo disso, Mercedes teria perguntado a uma médica o que poderia acontecer com o filho, e teria ouvido como resposta que “ninguém sabe”. Mercedes diz que havia preparado o quarto dele como se fosse um ambiente hospitalar, com tudo que precisava para fazer a diálise. Estava então esperando um treinamento para poder levar para casa a máquina que realiza o procedimento. Disse que assim descansaria mais, estaria perto dos outros filhos e não permaneceria dentro de um hospital vinte e quatro horas por dia.

Pergunto se sempre havia sido ela quem acompanhara o filho. Ela me diz que sim. Antes de ele nascer havia ido a hospitais apenas nos partos de seus outros dois filhos (que já tinham doze e cinco anos de idade), e como os partos foram normais nunca havia passado muitos dias internada. Mas desde que Haroldo nasceu precisou ficar no hospital e, segundo ela, sempre foi estressante. Disse que estando nas alas pediátricas a pessoa acabaria conhecendo e se afeiçoando a outras crianças; estas poderiam ter problemas graves e a pessoa acabaria compartilhando do sofrimento da família. E cita o que havia acabado de acontecer com Poliana. Ainda me conta que seria sempre necessário que alguém estivesse ao lado do filho, pois as crianças com problemas renais melhoram e têm recaídas de forma súbita. Durante o ano apenas naquela enfermaria duas crianças haviam morrido repentinamente. Ela conhecia as crianças, e ficou muito triste com suas mortes.

Pergunto a Mercedes o que mais a havia marcado na história de Haroldo. Ela me diz que foi o fato de ele precisar fazer diálise, algo que ela não esperava. Mercedes imaginava que eles fossem para casa e que lá cuidaria dele. Quando lhe falaram que precisaria fazer diálise pensou que fosse hemodiálise, e que ele sofreria muito com ela. Depois descobriu que a diálise não causava dor e que Haroldo ficava relativamente confortável durante o procedimento. Por fim pergunto o que ela achava de estar próxima de outras mães e crianças com problemas semelhantes aos seus. Ela responde que achava positivo, pois quando via uma mãe com o mesmo problema dela sabia que não era a única a ter aquela experiência.

Um pouco depois a entrevista havia terminado e estávamos conversando sobre impressões acerca do Hospital de Base quando Maria do Pilar retorna ao quarto. Diz que Poliana seria operada para que água fosse retirada de seu coração. Pede a Mercedes que novamente tente telefonar para sua filha e ela sai para fazê-lo. Maria do Pilar volta a me falar dos vários sofrimentos pelos quais ela e a filha haviam passado. Estava nervosa, falava muito rapidamente, começava frases e não terminava. Ainda assim me contou que duas semanas antes Poliana estava bem, se levantou pela manhã para tomar alguns medicamentos, foi ao banheiro e lá desmaiou. Levaram-na para o Hospital Regional de Samambaia (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal), mas de lá foi encaminhada para o Hospital de Base. Maria do Pilar conta que a filha ficou por duas horas na Emergência sem ser atendida. Apenas com uma ligação de um médico da Internação foi atendida e posteriormente levada para a UTI, onde permaneceu por três dias. Durante os próximos minutos nos quais conversamos ela comenta também sobre suas dificuldades financeiras. Mas logo me despeço de todos e deixo o quarto.

Quando estou saindo do andar passo em frente a uma porta que possuía um grande vidro transparente no centro. Através dele vejo Poliana numa mesa cercada por médicos e com uma máscara de oxigênio no rosto. Na sala havia outros leitos e outras crianças. Não preciso dizer que saí de lá preocupado com Poliana, além de abalado pelas histórias que ouvi e pelo fato que vivi.

No dia seguinte retornei àquele quarto para saber notícias de Poliana e Haroldo. Não encontrei nem eles nem suas mães. Nele estava apenas uma outra jovem mãe, que também lá estava no dia anterior. Perguntei pelas crianças e ela me disse que Mercedes e Haroldo estavam na diálise, assim como as outras crianças ali internadas. Disse também que Poliana estava na UTI do Hospital de Base.

Uma semana depois lá retornei. Desta vez o quarto estava movimentado, com outras mães e outras crianças. Felizmente encontrei Poliana sentada na cama comendo pão e tomando suco. Maria do Pilar estava sentada numa poltrona com um bebê no colo. Ela me conta que a filha havia chegado da UTI naquele dia. Poliana agora estava com um dreno que retirava água de seu pulmão. Fiquei bastante

contente, pois ela parecia estar bem. Conversamos durante alguns minutos e sem demora me despedi. Novamente não encontrei Mercedes e Haroldo; ele estava fazendo diálise.

Saindo do quarto experimentei novamente uma sensação inesquecível. Havia no quarto uma garotinha deitada numa das camas. Já a havia visto na última vez que estive ali. Nos dois dias ela me dirigiu um olhar entristecido, silencioso mas marcante. Nenhuma das duas vezes que a vi percebi quem a acompanhava, pois ninguém conversava com ela ou estava ao seu lado. Desejei conversar com ela, mas, tímido, desisti. Escrevendo estas linhas ainda consigo lembrar daquele olhar.

Não estava mais naquele andar quando decidi retornar e tentar colocar em prática algo que por mais de uma vez havia pensado em fazer. Desde que conversara com Miguel que desejava saber mais detalhes de sua história, especialmente porque estava internado há tantos meses. Mesmo não sabendo onde ele estava tomei a decisão de arriscar encontrá-lo, e achei que o melhor seria começar pelo sétimo andar, onde havia entrevistado Maria do Pilar e Mercedes.

Perguntei por ele no balcão da entrada do andar, mas os funcionários me disseram que sem o seu nome completo ou a certeza de em qual especialidade estaria sendo tratado seria difícil encontrá-lo. Consultaram alguns papéis e disseram que ele não estava naquele andar, mas que não possuíam certeza absoluta disso. Também não sabiam informar se estava em outro andar, mas achavam que talvez estivesse no segundo andar, onde funciona a cardiologia, se seu problema de fato fosse "sopro". Uma mãe que estava por perto me sugeriu que eu olhasse em todos os quartos, e assim teria certeza de que naquele andar ele não estava. Aceitei a sugestão e passei em todos eles. Entrava neles e perguntava se ali estava (ou esteve) internada uma criança chamada Miguel. Não o encontrei. Esta caminhada também foi bastante comovente. Saindo do andar precisei me esforçar para não chorar. Vi crianças em condições tristes, muito tristes. Consigo recordar-me de algumas. Não sei exatamente porque, mas de todas elas a que ainda me deixa mais comovido é a lembrança de um garotinho de cerca de três anos sentado em seu leito brincando sozinho com bolinhas de gude.

Tentei ainda encontrar Miguel nos sexto e quarto andares da Internação. Em ambos me disseram que precisava de informações mais precisas para localizá-lo, especialmente qual era a sua doença. Fui até a portaria, onde existe um caderno com o nome e o leito dos pacientes internados. O porteiro folheou o caderno, procurou pelo nome Miguel mas não o encontrou. Ligou para a UTI e para o setor de neurocirurgia. Todos pediram maiores informações e não o localizaram. Achei que nada mais podia fazer.

Até aqui venho tentando apresentar ilustrações do "mundo social" interno ao Hospital de Base. Fundamento estas imagens na idéia de que as pessoas, porque vivenciam situações semelhantes dentro dele, também experimentam processos de subjetivação parecidos. Sob este prisma, existem instâncias de homogeneização em operação, e uma das mais importantes é a categorização das pessoas em uma pequena quantidade de classes. Certa forma de distinção de papéis é uma das primeiras experiências que a pessoa que adentra no Hospital de Base vivencia. E a forma mais explícita desta diferenciação se dá através de roupas e acessórios. Circulando por suas dependências distingue-se sem grande dificuldade a maioria das pessoas que por ali transita. É possível ver que muitos pacientes utilizam as roupas emprestadas pelo Hospital de Base, que geralmente estão velhas, desbotadas, e têm cortes desproporcionais aos corpos que as vestem – são "camisões" ou "vestidos" ora longos, ora curtos demais. Alguns pacientes também podem ser identificados pelo uso de curativos, de

pedestais que transportam medicamento ou soro, ou de outros tipos de artigos médicos presos ao corpo. Os médicos e outros profissionais das ciências médicas podem ser distinguidos por utilizarem roupas mais formais que, invariavelmente, ou são predominantemente brancas ou são acompanhadas de um jaleco branco. Alguns chegam a bordar no jaleco seus nomes e especialidades profissionais para que não restem dúvidas na identificação deles. O uso do jaleco distingue também diversos outros grupos. A utilização deles como instrumento ao mesmo tempo de diferenciação e de associação com uma idéia mais geral de serviço hospitalar é generalizada. Os profissionais cujo trabalho de alguma forma se aproxime ao dos médicos (operadores de máquinas que realizam exames, transportadores de pacientes etc.) também vestem o jaleco branco. Outros grupos que também têm atividades dentro do Hospital, mas que não estão ligadas à função médica (voluntários, religiosos etc.) igualmente utilizam jalecos, mas escolhem outras cores, tais como o rosa ou o azul. Andando pelo Hospital se nota também todos aqueles que trabalham para a empresa terceirizada que cuida da limpeza de toda a instituição, pois usam calças azuis e camisetas brancas. Existem ainda os seguranças, que vestem uniformes azuis, calçam coturnos e carregam cassetetes na cintura. Se as roupas não tornarem possível a classificação do indivíduo, há ainda a possibilidade de que um crachá elimine a dúvida.

Esta distinção superficial das pessoas não é, obviamente, absoluta, nem tampouco esgota todos os tipos de pessoas que por ali passam. No entanto, é sintomático que qualquer visitante consiga sem grande dificuldade distinguir boa parte das pessoas. E esta é uma capacidade que se desenvolve com o tempo. Ao final de meu trabalho de campo havia adquirido boa percepção destes elementos de distinção. Não mais abordava equivocadamente visitantes imaginando que fossem pacientes, e sabia distinguir os diferentes profissionais das ciências médicas. Apesar de grosseiro, este tipo de classificação das pessoas é reiteradamente afirmado. No início da pesquisa passei por um momento no qual precisei ser institucionalmente categorizado. Ela já havia sido autorizada, mas mesmo assim fez-se necessário que eu portasse alguma marcação, alguma identificação que deixasse claro qual era a minha condição ali dentro. Acabei ganhando um crachá que informava que eu era um visitante. A idéia é que todos devem possuir algo como um sinal diacrítico que permita clara e rápida categorização.

Afora estas distinções existem outras mais sutis. Diferenças de comportamento, de raça, de classe etc. Por exemplo, muitos pacientes diferenciam chefes de equipes de médicos, médicos, residentes, enfermeiros e estagiários entre si, embora não compreendam perfeitamente quais os papéis específicos de cada um deles em seus tratamentos. A questão a

ser notada é que estas discriminações não são institucionalmente explícitas e promovidas. A separação mais forte e institucionalmente mantida é aquela entre profissionais das ciências médicas, funcionários administrativos e pacientes. Novamente não se trata de uma categorização absoluta, pois existem indivíduos que sobrepõem estas distinções (por exemplo, o médico que trabalha na diretoria) ou estão nas suas margens (por exemplo, o técnico que opera a máquina que faz raio-x). Não obstante, a tendência é que todas as pessoas se disponham numa destas três classes. Aquelas que delas escapam permanecem em condições deslocadas, quando não "improvisadas". Estive numa destas durante todo o trabalho de campo. Muitas pessoas se referiam a mim como "estagiário", condição que me aproximava, embora enquanto aprendiz, da posição dos profissionais das ciências médicas. Sem dúvida porque antropólogos – quanto mais realizando etnografias – não são muito comuns por lá.

Goffman (1961) discutiu este aspecto da distinção de papéis nas instituições totais e propôs que nelas existiria uma separação fundamental entre um *grupo de internados* e uma *equipe dirigente*, o primeiro sendo controlado pela segunda. Os internados viveriam isolados na instituição, enquanto os dirigentes manteriam contanto permanente com o mundo exterior. Entre eles existiria uma série de estereótipos e de sentimentos acerca de si e do outro. O autor não deixa de esclarecer que estes grupos não são plenamente homogêneos internamente, que existem situações em que a separação binária não funciona bem e que em cada instituição ela possui certo grau de nitidez. Sendo assim, entendo que esta reflexão de Goffman nos ajuda a pensar certa propensão de instituições deste tipo em separar prestadores de serviço de usuários destes serviços. No Hospital de Base esta repartição seria matizada, com a *equipe dirigente* sendo composta por profissionais das ciências médicas e funcionários administrativos, enquanto o *grupo de internados* seria formado pelos pacientes, havendo ainda um terceiro grupo menos marcado constituído especialmente por trabalhadores de empresas terceirizadas, tais como seguranças e faxineiros.

Paralelamente ao aspecto de distinção de papéis existente nos hospitais há o importante processo de restrição à mobilidade por entre estes papéis. Além de fortemente delimitadas, estas separações tenderiam a impedir eventuais trânsitos das pessoas pelos papéis. Foster & Anderson (1978b: 169) chamaram atenção para este fato e destacaram como está relacionado a uma rígida hierarquização. Segundo eles, a mobilidade vertical se daria, sobretudo, por meio de mudanças de competência adquiridas externamente pelos profissionais.

Esta separação entre pessoas se estende também num controle sobre os espaços físicos. Existem no Hospital de Base locais para que as pessoas permaneçam paradas (quartos,

bancos etc.) e outros para que se desloquem (corredores, elevadores etc.). Por outro lado, existem áreas diferentes para serem ocupadas por cada agrupamento profissional e pelos pacientes. Cada um destes locais é sujeito a um regime de controle particular, cada um possui regras próprias. De modo que há uma intensa preocupação para com a circulação de pessoas pelas áreas às quais em tese não pertencem. Esta se inicia nas portarias, onde algumas pessoas precisam se identificar e podem receber ou não autorização para adentrarem na instituição. Em seguida existe o controle sobre a circulação interna de pessoas. E este se dá de múltiplas formas. Cada agrupamento profissional cuida para que seus espaços não sejam freqüentados por pessoas indesejadas, mas há também o serviço de segurança que faz um monitoramento mais geral de todos os espaços. É curioso que alguns destes profissionais são colocados próximos de portas para que controlem a passagem de pessoas por elas, e há o hábito entre todos eles de manter estas portas sempre fechadas, reforçando a idéia de que se trata de entradas eminentemente restritivas.

No trabalho de campo acompanhei uma situação em que este controle sobre os espaços chegou ao paroxismo com a expulsão de um rapaz das dependências do Hospital de Base. Ele era irmão de um paciente internado na Emergência que havia entrevistado anteriormente e com quem sempre conversava quando ia até lá. O rapaz estava há dias acompanhando o irmão – que não podia se deslocar sozinho por causa de uma fratura no pé – e já havia me dito que se sentia aborrecido com a ociosidade de sua rotina. Certo dia fez amizade com outro rapaz que estava internado na Emergência num leito próximo ao de seu irmão e os dois começaram a dar passeios pelo Hospital. Num destes passeios os seguranças detiveram os dois. O rapaz que estava internado chegou a ser algemado por um policial em seu leito. O irmão de meu amigo internado ficou tão nervoso com o ocorrido que não encontrou em sua mochila a autorização para que permanecesse ali como acompanhante e acabou expulso. Retornou no dia seguinte com outra pessoa da família e sua presença na Emergência foi novamente autorizada. Mas nunca mais passeou. Em outra oportunidade vi um senhor ser censurado por seguranças porque estava deitado num dos bancos laterais dos corredores do Ambulatório. A norma da instituição não permitia que os pacientes aguardassem pelo atendimento se não estivessem adequadamente sentados ou em pé.

Por sua vez, também é interessante que os pacientes não possuam espaços entendidos como privativos deles. Estão sempre em ambientes cujo controle está predominantemente nas mãos de algum agrupamento profissional. Mesmo nos ambientes onde passam a maior parte do tempo não há uma idéia de particularização ou de que são eles os responsáveis pelo local. Na Emergência seus leitos ficam dispostos numa região bastante difusa que, por vezes, se

assemelha mais a áreas de circulação – muitos deles, aliás, são colocados nos corredores do setor. Nos quartos da Internação, que são espaços mais reservados, tampouco existe esta autonomização. Eles são vistos como locais nos quais os diversos profissionais podem adentrar quando desejarem, sem precisarem sequer pedir licença. Goffman (1961: 31-7) apontou como estas manipulações da inserção do indivíduo no espaço atuam sobre a constituição do *eu.*

Com Goffman (1961: 188-91), poderíamos falar então na existência de uma "geografia da liberdade". O autor pondera que os internados nas instituições totais tendem a perceber seu mundo como se estivesse dividido em três partes. Uma primeira seria composta pelo espaço fora de seu alcance, aquele onde sua presença seria proibida. A segunda seria um "espaço de vigilância", onde não é necessária uma autorização expressa para freqüentar, mas que está sujeito à autoridade e às restrições da instituição. Por fim, existiriam os espaços onde a autoridade institucional não se faria presente. Especialmente nesta classe de espaços seriam desenvolvidos o que Goffman chamou de "ajustamentos secundários" ("perturbadores" ou "contidos"), comportamentos que se afastam das expectativas definidas pela instituição em torno do paciente. Estes seriam mecanismos de manutenção de um distanciamento para com a unidade social imposta pela instituição e, consequentemente, de constituição e preservação do *eu*. Em contraposição aos "ajustamentos primários", estas práticas seriam efetivadas predominantemente em ambientes não controlados pela instituição – "locais livres", "territórios de grupo", "esconderijos" etc. O conjunto delas poderia, de acordo com Goffman, ser denominado de "vida íntima" da instituição (1961: 167). A diferença, segundo o autor, entre os dois tipos de ajustamentos, assim como a composição deles variaria entre as instituições, mas todas elas tenderiam a se adaptar aos ajustamentos secundários, quer coagindo-os, quer legitimando-os. Infelizmente, creio que não conheci a "vida íntima" do Hospital de Base. Não duvido que ela exista, embora acredite que não seja intensa. Os pacientes não permanecem internados tempo o bastante para que ajustamentos secundários sejam criados e possuam uma dinâmica importante. Além disso, o ideal institucional do papel a ser cumprido pelos pacientes é bastante específico e, em boa medida, compartilhado pelos pacientes. É essa problemática que explorarei abaixo.

Quadro 8
Apenas vinte minutos

Numa manhã de setembro em que estava no Hospital de Base encontrei-me fortuitamente com um amigo que lá trabalhava chamado Eduardo. Havia o conhecido logo no início do trabalho de

campo e, desde então, acompanhei muito de seu dia-a-dia na instituição. Nesta oportunidade Eduardo estava acompanhado de um amigo e me contou que dali alguns minutos iria ajudá-lo a conseguir uma consulta na Emergência. Ele vinha sentindo dores de ouvido e queria saber o que as estava causando.

Desejei ir com eles para a Emergência naquele mesmo momento, mas outra pessoa estava me mostrando algumas informações sobre o Hospital e precisei terminar esta atividade antes de procurá-los. Assim que pude corri até a Emergência e procurei por Eduardo e seu amigo. Encontrei-os num dos dois corredores que dão acesso aos consultórios médicos. O amigo aguardava o atendimento de um otorrinolaringologista, enquanto Eduardo conversava com outros pacientes sobre onde seriam atendidos e em qual ordem. Algumas pessoas reclamavam, outras perguntavam, outras permaneciam caladas. Os pacientes que ali estavam já haviam passado antes por outro local de espera. Quando o paciente chega à Emergência ele aguarda por atendimento na área de entrada do setor, um espaço comum onde pacientes de diferentes especialidades permanecem sentados até serem chamados. Quando o atendimento deles está próximo de ocorrer são convocados a se sentarem num dos dois corredores onde ficam os consultórios. Nesse sentido, aqueles pacientes com os quais Eduardo conversava já haviam antes esperado pelo atendimento e estavam próximos de suas consultas.

Instantes depois Eduardo toma nos braços um rapaz desconhecido que estava sentado próximo e que parecia estar sentindo fortes dores abdominais. Meu amigo o leva na direção do outro corredor de consultórios, e eu os sigo. Segundo entendi, o rapaz estava com uma crise neufrótica. Buscou a Emergência e procurou atendimento reumatológico, mas o setor estava sem médicos. Encaminharam-no então para o otorrinolaringologista, mas Eduardo achava que o procedimento havia sido equivocado. Ele deveria ter sido, segundo meu amigo, direcionado para o setor de Clínica Médica, onde poderia receber o medicamento que necessitava. E era para lá que eu os seguia. Eduardo caminhava e conversava com as pessoas pelo caminho – o segurança, o clínico, os pacientes – e elas iam abrindo caminho para que ele ajudasse o rapaz. Deixou-o em tal situação que ele seria o próximo a ser atendido pelo clínico.

Menos de cinco minutos depois de nossa partida já estávamos retornando para nos reunirmos ao amigo de Eduardo. Contudo, para nossa surpresa, o encontramos pelo caminho. Ele havia passado pela consulta, sido examinado e recebido a receita de um medicamento. O médico lhe disse que as dores eram causadas por cera no ouvido. Eduardo ainda quis tentar conseguir o medicamento no Hospital de Base, mas desistiu depois que descobriu que ele custava em torno de cinco reais. Fomos almoçar.

Calculo que entre a chegada deles na Emergência e o atendimento do amigo de Eduardo tenham se passado cerca de vinte minutos. Ele não esteve no balcão de entrada para pegar uma senha, não passou pela classificação de risco, não preencheu nenhuma ficha de atendimento, não esperou ser chamado. Ele procurou um amigo e acabou esperando apenas vinte minutos.

Se há algo que pode ser apontado como o centro e, ao mesmo tempo, como síntese da experiência dos pacientes no Hospital de Base é a idéia de que devem "cooperar" com o tratamento ao qual estão sendo submetidos. Somente tendo em vista esta dimensão da inserção deles na instituição podemos compreender seu sentido mais geral. Observa-se no cotidiano dos pacientes que são os médicos que definem por quanto tempo eles permanecem internados – costuma-se mesmo falar que um paciente foi "liberado" ou que está "sendo segurado". Parte desta colaboração envolve também uma adequação aos horários institucionais: a alimentação, o sono etc. ocorrem coletivamente e seus momentos são definidos institucionalmente. Diferentes profissionais adentram nos quartos da Internação e

entregam medicamentos aos pacientes, fazem exames ou qualquer outro procedimento e por vezes sequer se dão ao trabalho de se apresentarem ou de dizerem do que se trata aquilo que estão fazendo. Nestas mesmas circunstâncias estes profissionais interrompem quaisquer atividades que os pacientes estejam realizando. Dependendo de sua condição física ou mental o paciente pode ser amarrado ao seu leito. Pacientes internados que não podem se movimentar sozinhos são transportados em macas ou cadeiras de rodas até o Ambulatório e lá são deixados sozinhos nos corredores antes ou após a realização de exames ou consultas. Pacientes que já receberam alta podem precisar esperar um bom tempo até que alguém retire sondas de seus corpos antes de deixarem o Hospital de Base. Sondas são colocadas e retiradas dos corpos das pessoas sem que estas sejam consultadas. Pacientes ficam sem alimentação sempre que há uma possibilidade de que sejam operados, ainda que essa se mostre bastante pequena.

A expectativa de que o paciente "colabore" com seu tratamento e que, portanto, conforme lhe seja solicitado, execute ou deixe de executar ações faz parte da concepção institucionalmente estabelecida em torno do papel a ser cumprido pelo paciente. Entre os profissionais é comum se falar, por exemplo, que os pacientes são "difíceis" ou "bons", indicando um afastamento ou um enquadramento no estereótipo desejado. Ao chegar ao Hospital de Base o paciente encontra esta concepção já constituída e deve, em maior ou menor grau, aceitá-la para que as atividades ordinárias de tratamento sejam desenvolvidas. No entanto, como Goffman (1961) argumentou, a obrigação de a pessoa participar de atividades institucionalmente concebidas pode fazer com que ela execute ações que contrariam suas concepções do *eu*. Nesse sentido, os critérios de definição dos comportamentos que permitiriam a "cooperação" dos pacientes são definidos sem que seus próprios juízos sejam levados em conta.

A redução da autonomia de decisão do paciente por meio da expectativa de "cooperação" pode também justificar que ele seja exposto a situações que em outros contextos tenderia a rejeitar. Pode, por exemplo, alimentar-se de forma indesejada, ficar próximo de pessoas com as quais não se afeiçoa, permanecer em um ambiente que considera desagradável ou ser submetido a uma cirurgia em condições desfavoráveis. Certa vez um médico do Hospital de Base com larga experiência médica e administrativa me disse que em qualquer hospital do mundo existe uma "margem de erro" nos seus procedimentos terapêuticos. Medicamentos são ministrados em horários equivocados, diante da impossibilidade de que todos os pacientes sejam atendidos a equipe médica estabelece critérios próprios de prioridade, técnicas cirúrgicas são experimentadas sem aviso prévio quando as convencionais

não se mostram suficientes etc. Segundo ele, esta faixa maleável de imprecisão e autonomia da prática médica seria parte constitutiva do exercício profissional. Sob este prisma, dado que o paciente desconhece e não tem acesso à manipulação destas imprecisões práticas, resta a ele confiar e cooperar.

Outro aspecto importante desta problemática é que em boa medida a "cooperação" se dá por meio da entrega do próprio corpo não somente aos cuidados médicos, mas também à dinâmica institucional. Pessoas são despidas e têm seus corpos examinados diante de desconhecidos, são transportadas seminuas, precisam utilizar roupas desconfortáveis, recebem sondas, bolsas coletoras ou outros artefatos quaisquer, são obrigadas a conversarem com os profissionais estando em posições corporais inferiorizantes etc.

O limite da "cooperação" talvez seja a transformação do paciente em simples objeto a ser manipulado. Entre diversos outros autores, Freyre já havia destacado como a despersonalização do doente ocorrida no ambiente hospitalar dificultaria a apreensão por parte do médico de seu paciente como uma "pessoa social total". Segundo o autor, faltariam oportunidades para que o médico moderno tomasse conhecimento das características socioculturais de cada paciente e, "em vez desse conhecimento, o doente que se apresenta, no hospital ou na clínica, ao médico que o vai tratar é quase sempre indivíduo-pessoa governado em todos os seus movimentos de doente por estranhos que se apoderam dele como de simples indivíduo biológico; ou de uma ex-pessoa" (1967: 121).

No entanto, o paciente, ao ser manipulado como simples corpo-objeto no ambiente hospitalar teria em contrapartida, segundo Goffman, melhores condições de acompanhar o ofício médico. O autor chega a argumentar que na medida em que ele passaria mais tempo no hospital iria deixando de percebê-lo como uma organização plenamente racional, e percebendo que muitas de suas atividades seriam organizadas de acordo não com o tratamento, mas com o conforto da equipe médica (1961: 282). Certamente, esta capacidade de avaliar o trabalho médico aumenta na medida em que o paciente permanece mais próximo dele ou sob sua execução durante mais tempo. Todavia, como espero demonstrar mais claramente no quarto capítulo desta dissertação, a capacidade de avaliação das práticas médicas por parte dos pacientes do Hospital de Base é bastante restrita.

Particularmente entre os pacientes internados, posto que o sentido da presença deles no Hospital de Base se restringe à execução do tratamento – e este não ocupa todo o tempo –, grande ociosidade acaba por ser experimentada. A reclamação acerca da inatividade existente durante os dias de internação é praticamente unânime entre os pacientes. Inexistem muitas opções de lazer para aqueles que delas poderiam usufruir. Não há televisões, rádios, livros,

locais para caminhada, jogos etc. Além disso, mesmo atividades simples podem ser atrapalhadas por pequenas dificuldades, tais como, por exemplo, suportes de soro e medicamento pesados e sem rodinhas nas bases ou bancos desconfortáveis e nada atrativos. Independentemente de o paciente poder realizar ou não atividades físicas, não resta para ele nada muito além de permanecer deitado em seu leito. Estando ali ele pode ser examinado a qualquer hora e receber os medicamentos nos momentos determinados. É comum também que o ócio esteja acompanhado de uma espera pela visita médica. Embora na maioria das vezes estas obedeçam a uma rotina, quando não acontecem ou atrasam podem gerar expectativas e ansiedades.

Outro elemento implícito na condição do paciente internado é o inevitável afastamento de seu cotidiano. Nestas circunstâncias surgem grandes preocupações com relação ao trabalho e à família. Especialmente a saudade da família é muito citada pelos internados. Este afastamento das pessoas, das atividades, dos lugares etc. é geralmente encarado por eles como um sacrifício que deve ser feito em prol do tratamento – nem sempre da cura, pois esta pode sequer ser previsível. Imagino que para as crianças internadas este distanciamento seja ainda mais doloroso, na medida em que o ambiente hospitalar é eminentemente adulto e não permite o desenvolvimento de experiências infantis consideráveis. Entre elas a perda de papéis em favor do de doente é ainda mais forte do que com os adultos.

O distanciamento do cotidiano vivido pelo paciente internado afeta também sua família ou outras pessoas próximas a ele. Sua presença no Hospital de Base comumente implica na perda de um trabalhador, de uma fonte de recursos econômicos da família, de alguém que cuida da casa, que educa as crianças etc. Mais além, dependendo de sua condição pode ainda gerar a necessidade de que um membro do grupo familiar permaneça constantemente ao seu lado, o que, do ponto de vista da economia doméstica, representa o transtorno de se ter duas pessoas ociosas. Quando a família não pode ou não quer dispor de um de seus membros para acompanhar o doente, a solução pode ser a contratação de um acompanhante. Existem pequenos anúncios de pessoas que realizam este tipo de trabalho pregados nos murais do Hospital de Base. Geralmente são indivíduos sem qualquer formação técnica, mas que podem velar o paciente internado. Nesse sentido, o drama social gerado pela internação hospitalar raramente atinge apenas o paciente, tendendo a afetar também seu círculo mais próximo de relações.

A partir da idéia encontrada em um texto de Parsons e Fox de que a doença deveria ser encarada como um mecanismo de desvio de atividades, pressões e responsabilidades normais, Freyre (1967: 232-3) argumenta que os hospitais poderiam ser utilizados como refúgio nos

casos crônicos de desajustamento social. Vítimas de rotinas familiares extenuantes encontrariam no hospital um alívio e um refúgio. Não me parece ser este o caso dos pacientes do Hospital de Base. Ao contrário, porque a permanência nele implica em prejuízos pessoais e familiares diversos, ela é algo mais suportado do que desejado.

Poderíamos então falar de um relativo isolamento social experimentado pelo paciente internado no Hospital de Base. Goffman (1961: 24) havia relatado que o rompimento com os laços externos seria uma característica das instituições totais. Segundo ele, os indivíduos modernos tenderiam a dormir, brincar e trabalhar em locais diferentes e independentes, sendo o rompimento da separação entre estas esferas e a condensação delas num mesmo espaço compartilhado coletivamente e sob uma mesma organização a característica central das instituições totais. Para o paciente internado no Hospital de Base esta reunião da qual Goffman fala é inevitável. Contudo, o que a flexibiliza é que ela não vem acompanhada de uma restrição ao contato externo proporcional à absorção da rotina do paciente empreendida pela instituição. Sobretudo a possibilidade das visitas oferece um mecanismo importante de contato com o mundo externo. Além disso, é preciso também ter em conta que a internação dos pacientes do Hospital de Base tem um caráter mais voluntário e temporário do que aquele presente no tipo ideal de instituição total descrito por Goffman.

Para além dos contatos sociais estabelecidos externamente, o que pude perceber é que as únicas redes sociais mais solidamente constituídas internamente ao Hospital de Base pelos pacientes são as formadas pelas associações religiosas. Existem grupos evangélicos e católicos com espaços e atividades próprios. Eles se reúnem em suas igrejas em horários previamente definidos, mas também podem ser vistos caminhando pelos leitos pregando, rezando ou convidando as pessoas para suas cerimônias. Nestes momentos de culto as pessoas podem se reunir em torno de uma atividade social não regida pela medicina ou por seus tratamentos. Cheguei a ver alguns grupos de voluntários realizando ações dentro do Hospital de Base, mas não percebi a mesma capacidade de mobilização dos pacientes em torno de uma atividade autônoma.

De maneira geral, a sociabilidade entre os pacientes me pareceu bastante precária. Um dos fatores para que isso aconteça é, obviamente, o fato de que eles não permanecem reunidos durante longos períodos, de modo que os laços constituídos são tão temporários quanto suas relações com o Hospital de Base. Soma-se a isso que a instituição não possui espaços ou atividades que pudessem incentivar contatos mais profundos ou perenes. Por outro lado, há, num certo sentido, uma sociabilidade imposta. As pessoas precisam compartilhar o quarto e o

banheiro com desconhecidos, passam muitas horas com eles e sem que outras pessoas anteriormente conhecidas estejam por perto.

Outro aspecto importante da sociabilidade existente entre pacientes que utilizam hospitais foi apontado por Borges (2001). A autora argumenta que em pesquisa realizada com pacientes portadores de insuficiência renal crônica que fazem hemodiálise foi percebido que as relações sociais estabelecidas durante o tratamento realizado no hospital influenciam no modo como eles concebem a doença e significam suas experiências. A freqüência ao ambiente da hemodiálise, sendo regular e obrigatório, promoveria uma experiência homogeneizante e uma circunstância de aprendizado e de troca de perspectivas entre os pacientes, e destes com o discurso da medicina. No Hospital de Base diversos pacientes me narraram a importância deste contato com outros pacientes; entretanto, predominantemente sob o registro do consolo, do conforto por perceber que seus problemas são semelhantes aos de outras pessoas. Mesmo para os pacientes com problemas renais que pude conhecer, o contato com outros no espaço hospitalar me pareceu servir pouco como propulsor de diálogos ou de significações autônomas. Como espero demonstrar no quarto capítulo, os diálogos ocorridos no Hospital de Base se parecem mais com monólogos e as significações dos pacientes são mais relativas a um aprendizado precário da perspectiva médica do que a produções originais.

Talvez por causa deste relativo isolamento social a internação é vivida por muitos pacientes como um momento de reavaliação genérica da vida. Talvez porque gere um afastamento das relações cotidianas, talvez porque requeira a mobilização de redes de relacionamento, talvez porque a possibilidade da morte tenha surgido. De todo modo, muitos pacientes relataram que durante o tempo em que estiveram internados repensaram seu engajamento no mundo e planejaram mudanças, quer precisas, quer difusas. Goffman (1961: 22) se referiu às instituições totais como “estufas para mudar pessoas”, experimentos “sobre o que se pode fazer ao eu”. Não falo destas reavaliações neste sentido. O Hospital de Base não possui o objetivo de transformar o sujeito, apesar de esperar que ele abdique de suas concepções acerca de si em favor do tratamento. Estas transformações das concepções dos pacientes em torno da vida são produzidas menos por uma ação institucional propositada, e mais pela junção da experiência da doença com a do isolamento imposta pela internação.

Ao descrever as experiências dos pacientes dentro do Hospital de Base tenho tentado demonstrar como elas são estruturadas sobretudo em torno de seus tratamentos e que, consequentemente, são conformadas a partir das ações médicas. Esse tópico foi explorado por diversos autores, com alguns apontando que essa seria uma característica presente já na

gênese do hospital enquanto espaço destinado à cura de doenças. Foster & Anderson (1978b) e Foucault (1979a) elucidaram que inicialmente o hospital era instituição caritativa destinada à assistência aos pobres, sendo inclusive muito pouco visitado por médicos. As razões de sua transformação, no entanto, são diferentemente apontadas por estes autores. Foster & Anderson (1979b) argumentam que foram os desenvolvimentos científicos do século passado, especialmente aqueles relacionados com as técnicas cirúrgicas, que revolucionaram o hospital. Determinados procedimentos criados – assim como certos tipos de diagnósticos – poderiam ser realizados nas casas das pessoas, mas outros apenas no ambiente hospitalar. Além disso, segundo os autores, foi importante nesse processo de mudança certa otimização do tempo do médico, que no hospital poderia visitar diversos pacientes e se dedicar mais aos seus problemas no tempo que anteriormente gastaria para visitar apenas um paciente em casa. Por seu turno, Foucault (1979a; 1979b) assinalou que a transformação do caráter do hospital teria se dado no século XVIII quando, por meio da introdução da disciplina em sua organização, passou a ser concebido como instrumento terapêutico. De acordo com Foucault, a disciplina seria uma tecnologia que tem como algumas de suas características uma relação de controle, classificação, combinação e individualização do espaço; um controle sobre o desenvolvimento das ações e não sobre seus resultados; uma vigilância constante dos indivíduos e registros contínuos que fixam conhecimentos sobre casos particulares. A idéia da medicalização do hospital seria tal que com a utilização destes instrumentos – que, de uma só vez, por um lado eliminariam os elementos do ambiente prejudiciais à saúde e à cura e, por outro, promoveriam um sistema capaz de intervir positivamente na saúde dos doentes – ele se tornaria uma “máquina de curar”.

Não obstante discordem acerca dos percursos transcorridos, Foster & Anderson e Foucault concordam acerca do ponto de chegada da transformação pela qual passou o hospital, a saber: a assunção de seu domínio pelos médicos. Foster & Anderson chegaram a fazer um balanço de certa literatura produzida como produto de pesquisas realizadas em hospitais e toda ela, sob diferentes formas, aponta para este mesmo aspecto – que invariavelmente vem acompanhado de uma subordinação, uma inferiorização da condição do paciente. Sendo assim, o que procurei fazer ao descrever sumariamente o Hospital de Base não foi nada além do que demonstrar que ele participa de tendências mais amplas já estudadas por diferentes autores.

A moeda que apresenta de um lado o controle médico do hospital tem, em sua outra face, a formulação de certa idéia acerca do papel a ser desempenhado pelo paciente. Em associação, instituição e médicos entendem que o paciente carece de cuidados dirigidos à sua

saúde e que, consequentemente, deve "colaborar" para que estes se dêem. Goffman (1961: 246) apontou a formulação destas concepções sobre os freqüentadores das instituições, mas argumentou também que estes por vezes se recusam a aceitar as definições institucionalmente formuladas acerca deles. Contudo, no que se refere ao Hospital de Base, o que percebi é que seus pacientes comungam com o ideal de paciente existente. O Hospital de Base é medicamente concebido, organizado e controlado. Além disso, sustenta a perspectiva de que seus pacientes precisam de atenção médica e que, sendo assim, devem "cooperar" com seus tratamentos realizando e vivenciando o que lhes for determinado. Os pacientes concordam com esta perspectiva e, de fato, procuram "cooperar". Obedecem aos horários, permanecem onde os colocam, ingerem o que lhes oferecem, não questionam por que estão fazendo tal ou qual coisa, não pedem explicações etc. As experiências dos pacientes do Hospital de Base nele e a ele relacionadas são, portanto, hegemonicamente medicalizadas.

Nos itinerários terapêuticos com os quais tive contato o Hospital de Base pareceu ser sempre o final do circuito pelas instituições na busca por tratamento. Na medida em que conheci histórias apenas de pacientes que o utilizavam, seu lugar nelas possa, talvez, ter sido sobrevalorizado. Apesar disso, é necessário perceber a importância destacada das experiências nele vividas nos itinerários terapêuticos de seus pacientes. Estas são cruciais para a definição de rumos, de práticas, de expectativas, de representações, enfim, de todas as questões relativas às concepções que o paciente formula em torno de si, de sua saúde e de sua doença. Sendo assim, é imperativo observar como, mais uma vez, o controle médico se faz presente.

Quadro 9
Enrolando

Alberto havia chamado minha atenção quando estive realizando uma entrevista num quarto da Internação do Hospital de Base. Durante boa parte dela ele permaneceu falando alto, chamando e conversando com alguém que o acompanhava. Por causa deste seu comportamento fiquei curioso acerca dele, mas naquela oportunidade não pude conhecê-lo. Dias depois retornei ao mesmo quarto e o abordei, pedindo a entrevista. Ele estava deitado na cama, não vestia camisa e tinha o corpo totalmente coberto por um cobertor e um lençol. Apesar de permanecer quase todo o tempo com apenas a cabeça e os braços à mostra, era possível perceber que Alberto tinha cerca de setenta anos e estava bastante magro e fraco.

Precisei ficar em pé ao lado de sua cama durante toda a nossa conversa, pois, estando ele deitado com o corpo virado para cima, se me sentasse não conseguiria permanecer de frente para ele. Ainda assim Alberto olhou muito pouco para mim. Na maior parte do tempo manteve os olhos dirigidos para o teto do quarto. Vez ou outra gesticulava utilizando as duas mãos erguidas sobre si, especialmente quando queria me descrever suas sensações ou seus órgãos.

Ele começou sua narrativa me contando que nasceu prematuro, com apenas sete meses de gestação. Morava na roça, no interior de Goiás. Aos quatro anos de idade teve chagas no esôfago, e aos dez teve úlcera e gastrite. Jovem decidiu se mudar e foi morar no Maranhão, onde trabalhou

plantando arroz, milho e mandioca. Com vinte e quatro anos decidiu que não era possível morar lá, pois era doente, não conseguia engolir os alimentos. Não havia se curado até então do problema no esôfago adquirido na infância. Foi para Brasília e lá, em 1965, operou o esôfago. No entanto, durante a cirurgia foi contaminado com hepatite numa transfusão de sangue e, por causa disso, nunca mais deixou a cidade.

Ao longo da vida enfrentou diversos problemas de saúde e passou por vários tratamentos. Mais recentemente esteve fazendo tratamento no Hospital Universitário de Brasília (HUB). O médico que o atendia lhe disse que faria todos os exames necessários para descobrir qual era seu problema, além de sugeri-lo que não comesse alimentos que contivessem leite. Após os exames o médico lhe informou que havia adquirido hepatite tipo B e que estava com um nódulo no fígado. Perguntei a Alberto o que seria o nódulo, mas ele não sabia, achava apenas que era relativo à hepatite.

Alberto era diabético, tinha problema de angina no coração, diarréia e algum problema na próstata. Utilizava medicamentos. Esteve internado no HUB e lá um psiquiatra lhe avisou que tinha depressão e lhe receitou altas doses de quatro medicamentos. Depois que utilizou os medicamentos a diarréia parou. Ainda utilizava um daqueles medicamentos para conseguir dormir.

Em outro tratamento fez uma endoscopia. Alberto me descreveu com minúcias o exame, cada parte de seu corpo pelas quais o equipamento do exame passou, o que era possível ou não ser visto e o que ele descobriu: um trecho de seu intestino estava obstruído. Segundo ele o médico corrigiu o problema com um raio laser e lhe disse que poderia até mesmo comer buchada de bode – coisa que Alberto fez pouco tempo depois.

No mês de dezembro de 2006 foi internado no Hospital de Base. Os médicos o disseram que seria operado, mas a operação não aconteceu. Ele recebeu alta e um papel no qual constava que deveria retornar após certo tempo. Alberto retornou acreditando que faria a cirurgia, mas decepcionou-se ao descobrir que se tratava de uma avaliação. Resolveu abandonar o tratamento. Seu esôfago melhorou, mas continuou não conseguindo engolir bem os alimentos. Passado algum tempo sua saúde novamente piorou, teve um problema renal, ficou inchado e acamado por três meses em casa. Com isso foi novamente internado no Hospital de Base.

Estava ali há trinta dias. Diversas vezes foi levado até o Ambulatório para a realização de exames. Seu maior temor era que estivesse com câncer – ou "doença grave", como dizia. Os médicos haviam lhe avisado desta possibilidade. Perguntei a ele o que pensava, e Alberto me disse que achava que não estava com câncer, mas que quem poderia saber realmente era apenas o médico. Certa vez passou por uma ressonância magnética e o médico lhe disse que tinha um caroço no estômago. Alberto perguntou a ele se estava com a "doença grave", e ouviu que não, que tinha apenas uma doença infecciosa. Mas Alberto não sabia que doença infecciosa poderia gerar um caroço no estômago.

Alberto me conta que se sentia forte e que tinha muita coragem, mas que mesmo assim não pedia para receber alta porque não conseguia se alimentar. No hospital vinha sendo alimentado através de uma sonda. Quando sentia vontade de comer algo colocava a comida na boca, mas não a engolia.

Um fisioterapeuta foi até seu leito para ajudá-lo a voltar a andar. Alberto recusou o tratamento. Disse-me que quando esteve internado no Hospital Regional de Ceilândia (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal) caiu depois de se levantar do leito e bateu o rosto no chão. A pessoa que o acompanhava havia saído e a enfermeira-chefe do setor se isentou da responsabilidade pelo ocorrido dizendo que deveria haver um acompanhante ao seu lado. A assistente social do hospital convocou a esposa de Alberto a dar explicações. Esta disse que precisava cuidar de um filho com menos de dez anos de idade e que por isso não poderia dar atenção ao marido durante todo o tempo. O caso ficou por isso mesmo.

De novo aguardava pela realização de uma cirurgia. Outro médico havia lhe dito que precisaria permanecer internado até que se recuperasse, pois estava desnutrido e inchado, e só então seria operado. Antes disso não havia como a cirurgia acontecer. Sabia que ainda faria muitos outros exames e que precisaria aguardar. Apesar de estar na expectativa de ser operado, uma médica havia lhe dito que a cirurgia não ocorreria. Alberto reclamou que os médicos iam até o seu leito e falavam

coisas num “código médico” que ele não compreendia, além de conversarem entre eles sem que pudesse participar da conversa.

Perguntei se ele preferia operar ou não. Alberto me respondeu que não queria morrer, e como não havia outra solução para o seu problema, achava que o melhor era que fosse operado. Acreditava que os médicos não realizariam a cirurgia enquanto não tivesse condições de passar por ela. Tinha confiança de que saberiam escolher o melhor momento para realizá-la.

Alberto me disse que havia trabalhado muito durante sua vida, que havia criado duas moças e quatro filhos e que, naquele momento, estava “enrolando” em cima de uma cama de hospital. Aguardava que Deus decidisse o que fazer com ele. Não sabia quando iria deixar o Hospital de Base. Enquanto isso precisaria ficar com uma sonda permanentemente ligada a uma de suas veias. Mas estas não estavam mais sendo encontradas. Seus braços e pescoço já estavam cortados em diversos locais devido às buscas por veias. Alberto sofria com isso, mas afirmou que nada podia fazer – queria viver.

Depois de nossa conversa voltei ao quarto de Alberto num outro dia, mas não conversamos, apenas nos cumprimentamos. Aproximadamente duas semanas depois o encontrei num dos corredores do Ambulatório. Estava sentando numa cadeira de rodas e vestido com as roupas do hospital. Uma senhora que eu já havia visto junto dele o acompanhava. Ela me disse que Alberto estava ali para fazer uma consulta com um oftalmologista, pois não estava enxergando bem. Naqueles instantes Alberto esteve o tempo todo com os olhos fechados, como se dormisse, embora estivesse claramente acordado. Fiquei com a impressão de que estava bastante abatido e que pareceu não entender muito bem quando o cumprimentei. Na verdade, não sei se não me reconhecia, se não me enxergava, não me ouvia ou se apenas não queria conversar. Quando me despedia, notei que dos seus olhos escorriam lágrimas.

Dias depois voltei a vê-lo em seu quarto, e não percebi nenhuma mudança em seu estado. Quando estava encerrando o trabalho de campo fui até o andar, onde ele estava, para tentar encontrá-lo, mas Alberto não estava mais lá. Uma enfermeira me informou que ele havia sido transferido para o andar onde funciona a Cirurgia Geral.

APÊNDICE 1 AO CAPÍTULO 2

Rituais de controle de risco no Hospital de Base

O Hospital de Base surgiu junto com Brasília, em 1960[8]. Foi concebido como vértice de um sistema que levava em conta um quadro populacional e uma perspectiva de saúde pública que não existem mais. De lá para cá, embora o contexto tenha mudado enormemente, o Hospital de Base permanece como a principal instituição de saúde do Distrito Federal. Além disso, atende pacientes de muitos outros estados, sobretudo Goiás, Minas Gerais e Bahia. Embora a estratégia de saúde pública tenha se alterado, por diversas razões ele ainda lida com muitos tipos de pacientes e problemas de saúde. E é esta sua qualidade de comportar diferentes aspectos da saúde pública, somada ao volume de seus serviços e à sua importância histórica e política para Brasília que o torna especialmente interessante.

Isto posto, o que farei neste texto é descrever um breve passeio por cinco ambientes do Hospital nos quais a questão do risco é claramente enfrentada. Privilegiei estes setores pois neles não apenas aparece uma idéia de risco, mas ela é manipulada de modo direto. Com isso intento apresentar sumariamente ações que envolvem controle de risco, tentando demonstrar a diversidade destas e explicitar como expressam diferentes concepções de risco e, mais do que isto, diferentes riscos.

Comecemos pela Emergência, onde funciona o setor denominado "Classificação de Risco". Grosso modo, poderíamos vê-lo como uma instância de triagem. Os pacientes que

[8] Uma primeira versão deste Apêndice 1 foi apresentada no Grupo de Trabalho "Etnografia arriscada: dos limites entre vicissitudes e 'riscos' no fazer etnográfico contemporâneo" ocorrido na X Reunião de Antropólogos do Norte-Nordeste e I Reunião Equatorial de Antropologia, de 8 a 11 de Outubro de 2007 na Universidade Federal de Sergipe. Agradeço às suas coordenadoras, Alinne Bonetti e Soraya Fleischer, pela oportunidade de participar do Grupo.

chegam à Emergência – e que não são trazidos por ambulâncias – devem por ele passar. Ele funciona numa pequena salinha onde um enfermeiro, sentado numa mesa e com uma série de fichas à frente, avalia se os casos dos pacientes carecem de atendimento emergencial. Estes não chegam a entrar na sala. Da porta têm de responder a três ordens de perguntas feitas pelo enfermeiro. Primeiro, quem são; segundo, onde moram e; terceiro, quais problemas de saúde os afligem. Para serem atendidos, os pacientes devem alcançar sucesso com as respostas. O trabalho do enfermeiro é direcionar os pacientes de acordo com suas localidades de origem e especialidades de atendimento que necessitam. No entanto, o encaminhamento não é feito apenas para dentro da Emergência, mas também para toda a rede pública de saúde. Nesse sentido, se o paciente vem de uma localidade distante do Hospital de Base e próxima de uma unidade de saúde que poderia atendê-lo, o enfermeiro o direciona para esta outra instituição. Obviamente, os pacientes esperam que isto não aconteça. Para evitar tal resultado, ainda que a maioria não resida no Plano Piloto, em geral usam das estratégias de dar respostas vagas e mentir acerca de suas origens. Alcançado sucesso neste aspecto, precisam ainda convencer que o problema que os aflige é grave e merece atendimento imediato. E aqui a estratégia é oposta à anterior: trata-se de falar muito. Além disso, procura-se mostrar, apalpar, indicar a parte do corpo afligida. E as conversas geralmente são muitíssimo rápidas, não passando de um ou dois minutos, tempo decisivo para os pacientes. Apenas se alcançam sucesso em todo o processo são encaminhados para atendimento na Emergência.

A Classificação de Risco funciona como uma barreira final do sistema que pretende corrigir falhas na distribuição dos pacientes pelas instituições. É uma tentativa de redirecionar pacientes que não deveriam estar buscando serviço emergencial, mas que o fazem devido à localização do Hospital, à idéia de que ele é a instituição da rede pública local com os maiores "recursos", mas, sobretudo, à longa espera imposta em outras instituições. A idéia de risco funciona assim como prisma pelo qual se organiza e justifica ou não o atendimento. A Emergência é pensada como estratégia de atendimento para casos de alto risco que carecem atenção imediata. Avaliar este risco é tarefa dos enfermeiros, que têm a responsabilidade de minimizar o excesso de demanda ao mesmo tempo em que devem mensurar a real gravidade dos casos. Para tanto, o que fazem é se valer dos saberes médicos para medir os patamares de risco. São estes saberes que lhes concedem salvaguarda e iluminam suas classificações. Por outro lado, os pacientes sabem da necessidade de convencerem a pessoa que ali trabalha e, portanto, utilizam suas experiências corporais, a linguagem e o impacto da imagem corporal para tentarem elevar, aos olhos do enfermeiro, o grau de risco de seus casos.

Também no prédio da Emergência situa-se a Central de Material Esterilizado. É o setor do Hospital responsável pela esterilização dos materiais utilizados nas cirurgias, sejam eles de metal, plástico ou pano. É dividido em dois ambientes chamados de “área suja” e “área limpa”. Por sua vez, a área suja é composta por três espaços. Inicialmente, uma pequena sala onde os materiais de metal e plástico são lavados. Ali há uma pia de metal, tal como a que encontramos em muitas residências, onde os materiais são lavados com uma solução líquida especial, água e esponjas. Depois eles seguem para o segundo espaço, uma grande sala onde são secados, separados, novamente reunidos em “kits” e finalmente embalados para esterilização. Nesta sala também são preparados os materiais de pano, que já vêm limpos da lavanderia. Em seguida os materiais seguem para as autoclaves, que ficam noutro pequeno espaço fechado, onde são esterilizados. As autoclaves têm aberturas para dois lados. Finda a esterilização, os materiais são retirados já na área limpa. Esta é uma sala cheia de estantes nas quais os materiais esterilizados são armazenados para posterior distribuição. Todo o serviço da Central leva em conta e avalia constantemente os riscos de contaminação. Os materiais idealmente sairiam dali “totalmente esterilizados”. Para atingir este objetivo há uma série de salvaguardas: uso de roupas especiais pelos funcionários, isolamento do setor, testes diários nos equipamentos etc. No entanto, devido às inevitáveis e sistemáticas falhas ocorridas com relação ao processo ideal de esterilização, o que se tem é um trabalho contra a contaminação incapaz de oferecer qualquer nível garantido de segurança. Não há certeza de que a totalidade dos materiais está contaminada, nem de que a totalidade não está contaminada. Há apenas o risco da contaminação e as ações para combatê-la. Ele existe sem poder ser mensurado ou verificado, pois as verificações não são absolutamente certeiras e as medidas de combate à contaminação não permitem que elas apareçam.

Seguimos para a Lavanderia, que tem funcionamento semelhante à Central de Material Esterilizado. Ela é responsável pela limpeza de toneladas de materiais todos os dias: lençóis, campos cirúrgicos, roupas de pacientes, gazes etc. Também é dividida em uma “área limpa” e outra “área suja”, e tem a função de combater os riscos de contaminação presentes no Hospital. O trabalho começa com o recolhimento dos materiais nas dependências da instituição. Eles são então levados à área suja da lavanderia, onde são separados em dois grupos: sujidade pesada e sujidade leve. Ambos passam pelo mesmo processo de lavagem, que utiliza cinco produtos: pasta umectante, sabão, alvejante, acidulante e, finalmente, amaciante, variando a quantidade e o tempo de exposição a eles. Depois as lavadoras são abertas dentro da área limpa, onde os materiais passam por uma máquina que faz uma primeira secagem. Depois vão para a secadora, que completa o serviço. Seguem então para a

dobragem; exceto os lençóis, que antes passam pela calandra, que os passa. Antes de dobrados, os materiais são revistados e divididos em três grupos. O dos muito desgastados que são descartados, outro dos que são reunidos para pequenos reparos e um terceiro, que recebe a maior parte, dos que são dobrados e organizados em conjuntos que são encaminhados para os diversos setores do Hospital. O processo de limpeza pretende reunir os materiais sujos o mais rápido possível, retirando dos ambientes prováveis agentes infecciosos, em seguida eliminá-los por meio da lavagem e, por fim, retornar os materiais completamente higienizados para seus locais de utilização.

Outro serviço que visa combater agentes infecciosos é o de limpeza e recolhimento de lixo. No entanto, no Hospital de Base ele é terceirizado e, por isso, não pude acompanhá-lo de perto. Conheci-o por meio da Central de Controle de Infecção Hospitalar, que cuida da supervisão e monitoramento das questões que envolvem possibilidades de infecção, embora, na época do meu trabalho de campo, ela não possuísse uma estratégia de atuação organizada neste âmbito. Acompanhei uma tentativa recente do setor de conhecer e fiscalizar o trabalho da empresa que faz o tratamento do lixo. Há, idealmente, uma minuciosa e detalhada organização dos serviços de limpeza e manipulação do lixo. Existe uma série de preceitos teóricos que ditam o modo como cada tipo de limpeza deve ser feita, com qual tipo de profissional, vestido de qual forma, utilizando qual produto etc. Por outro lado, o lixo deveria ser separado em diversos grupos e armazenado em diferentes sacos e ambientes. Anos atrás o Hospital explicitou este ideal com a licitação de contratação do serviço, mas, depois de contratada a empresa, não mais se acompanhou o trabalho. Hoje há uma flexibilização quanto ao controle destas ações: o lixo é – supostamente, mas não de fato – dividido em apenas dois grupos (contaminado e não contaminado) e a limpeza é feita com menos especificações.

Os materiais relacionados com a Central de Material Esterilizado, com a Lavanderia, com a limpeza e com o lixo circulam por todo o Hospital. Por isso o espaço hospitalar foi organizado criando dois circuitos: as áreas de “serviço limpo” e as de “serviço sujo”. Nas primeiras circulariam as roupas limpas, os materiais esterilizados e os para limpeza e recolhimento do lixo. Já pelas áreas de serviço sujo passariam os materiais cirúrgicos usados, os panos recolhidos e os lixos coletados. Estas áreas são compostas, basicamente, por corredores e elevadores distintos. Contudo, os constantes estragos dos elevadores fazem com que não raramente ambas as classes de materiais circulem pelos ambientes comuns utilizados por profissionais, visitantes e pacientes.

Todos estes setores estão direcionados para o controle dos riscos produzidos pela dinâmica hospitalar e que afetam todos os que nela se envolvem. Contudo, do ponto de vista

das pessoas que neles atuam, os maiores riscos estão presentes justamente nas próprias atividades de controle de risco. Nesse sentido, seriam estes profissionais os indivíduos mais expostos aos riscos, por atuarem diretamente com eles de modo precário. Para lidar com este fato há o setor de Segurança do Trabalho, ligado à Medicina do Trabalho. Parte dos deveres dos técnicos que atuam na Segurança do Trabalho é identificar, prever e combater os riscos existentes nos diversos ambientes de trabalho. No Hospital de Base os técnicos em segurança do trabalho vêm cumprindo a tarefa que legalmente caberia à Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). A rigor, a CIPA se valeria dos saberes em segurança do trabalho para identificar os riscos ambientais dos locais de trabalho. Produzir-se-ia então o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, que conteria mapas de risco de toda a instituição. Este mapeamento dos riscos ambientais os dividiria em cinco tipos: químico (poeiras, gases etc.), físico (ruídos, radiações etc.), biológico (vírus, fungos etc.), ergonômico (postura incorreta, monotonia etc.) e mecânico (eletricidade, explosão etc.). Cada risco teria sua fonte geradora identificada e seria avaliado como pequeno, médio ou grande, para então se elaborar ações de controle ou eliminação. Ao final, o mapa de risco seria uma representação gráfica dos riscos de cada ambiente, tendo um caráter informativo, servindo para que o trabalhador os reconhecesse e se precavesse. O interessante aqui é que tudo o que existe no ambiente se torna fonte de risco, caso não se apresente impecavelmente conforme deveria.

O que se nota nestes diversos setores é uma pluralidade de riscos, de agentes (teclados sem apoio, objetos pérfuro-cortantes, manchas secas etc.) e formas de combate (fornos, perguntas diretas, cloro etc.). Apesar desta diversidade, entendo que por meio de três aspectos esta multiplicidade pode ser pensada conjuntamente.

Primeiro, notamos que, geralmente, são extremamente rotinizadas, previstas e repetitivas. É este detalhamento – somado ao rígido planejamento – que estou chamando de ritualização das ações. Certamente há saberes que fundamentam as prescrições e impedimentos, mas quem as executa não conhece suas razões, apenas fazem o que deve ser feito. Nesse sentido, as ações de controle de risco não me interessam do ponto de vista técnico, mas das relações práticas às quais estão ligadas no cotidiano do Hospital de Base.

Segundo, o que está sempre em jogo são rotas e fluxos. Em todos estes ambientes, o que mais importa é o que e como circula, o que passa ou não passa, por onde passa ou não passa, o que associa ou não associa, com o que associa ou não associa. Os agentes de risco – sejam eles pessoas, animais ou coisas – são controlados a partir dos movimentos que empreendem. De modo que determinados agentes, para serem eliminados ou controlados, devem circular apenas por tais lugares e de tal ou qual modo. O que os rituais de controle de

risco fazem é impor restrições e prescrições direcionadas ao controle destes circuitos. Eles dizem o que e quem se movimenta, como se movimenta e por onde.

Terceiro, e mais importante, com estas práticas fica claro que estes riscos não são elementos estranhos ao Hospital que estão ali presentes por forças externas quaisquer. São resultado inerente à organização hospitalar. Metaforicamente, seria o preço a se pagar pela manutenção de uma instituição que pretende funcionar como "máquina de cura" (FOUCAULT, 1979a; 1979b**)**. O Hospital não apenas comporta processos terapêuticos, mas é ele próprio um recurso terapêutico. Esta máquina, ao mesmo tempo em que produz possibilidades de cura, gera riscos que devem ser controlados. Não obstante, há, entre os profissionais do Hospital de Base, a concepção de que o elevado patamar dos riscos ali presentes se deve à má organização da instituição. No entanto, me parece que o que muitas vezes não fica claro é que mesmo que uma situação ideal se constituísse, ainda assim seriam necessários procedimentos de controle do risco.

A percepção de que os riscos derivam da própria organização hospitalar me surgiu reconstituindo minha experiência como freqüentador do Hospital de Base. No que tange à compreensão das questões que envolvem riscos, consigo dividi-la em três momentos. Um primeiro, quando desconhecia os riscos e agia sem me preocupar com eles. Um segundo quando, sabendo dos riscos, fiquei com uma elevada preocupação. Aprendi um pouco a reconhecer as fontes dos riscos, seus agentes e os rituais que os controlam. Comigo ocorreram preocupações não propriamente dentro do espaço hospitalar, mas, sobretudo, fora dele. Desenvolvi cuidados com objetos, roupas, sapatos, com as mãos e outras partes do corpo que pudessem carregar riscos. É neste momento que aprendi melhor quais são os circuitos e os movimentos dos riscos. Além disso, fiquei um pouco hipocondríaco. Tudo passou a ser visto como anúncio de uma patologia, especialmente porque a maioria das doenças dos pacientes que entrevistei começou com pequenos sintomas. Por fim, um terceiro momento, quando passei a lidar com os riscos sem me preocupar muito com eles e não os levando muito a sério, fazendo o que devia ser feito. É neste momento que comecei a sentir que minha inserção no Hospital se dava de forma mais fecunda, pois passava a agir de forma semelhante às pessoas com as quais me relacionava. E o mais curioso disto tudo é que, tendo-se o Hospital de Base como um local de produção da cura, passei a crer que, freqüentando-o, corria o risco não de ficar mais saudável, mas sim de ficar doente.

Por fim, destaco uma última observação, e com ela concluo. Como afirmei, a idéia de risco toma muitas formas no Hospital. Por outro lado, percebe-se que são estabelecidas múltiplas relações com os riscos. Entretanto, pairando sobre estas diferentes concepções está a

perspectiva médica. Porém, este predomínio se dá de um modo muito específico. Ele se faz presente sobretudo na organização da instituição, na definição dos limiares de risco e na elaboração das ações de controle. Contudo, entendo que, no momento seguinte à elaboração destas ações, elas passam a ser realizadas de modo ritualizado na prática cotidiana. Há pouca comunicação entre o plano da elaboração das ações e o das ações de fato. Não quero dizer que são ritualizadas porque na prática não são reflexivas. O que estou argumentando é que, enquanto ações idealizadas, não são tidas como atos da vida ordinária, e sim como procedimentos técnicos. Mas, na medida em que são efetivadas, perdem muito desta dimensão teórico-abstrata. Isso porque não há uma transferência direta da perspectiva médica para pacientes e profissionais. Estes últimos apreendem apenas fragmentos dos princípios médicos e agem a partir deles, reelaborando-os e complementando-os conforme a experiência prática permite ou exige. E na medida em que este salto se dá, passam a participar dos rituais de controle de risco não apenas os princípios técnicos que inicialmente lhe deram fundamento, mas também elementos políticos, religiosos, raciais etc. Enfim, transformam-se em práticas que têm uma dinâmica própria. E apenas acompanhando de perto estes rituais se pode perceber a que tipo real de controle os riscos são submetidos.

Quadro 10
Entre o frio e o calor

No dia vinte e quatro de junho de 2007 Luisa sofreu um acidente de moto. Fraturou a perna e foi levada por uma ambulância do Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Planaltina (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal). Sua perna apresentava apenas um machucado de cerca de um centímetro de largura, mas logo que chegou ao hospital foi feito um raio-x e descoberto que ela estava quebrada em dois lugares próximos ao joelho direito. Depois que o raio-x foi feito deixaram Luisa aguardando o atendimento médico. Algum tempo depois, o bombeiro que a havia atendido retornou de outra ocorrência e se surpreendeu por encontrá-la ainda esperando num corredor pelo atendimento médico. Perguntou a ela se o raio-x já havia sido feito e, como a resposta foi positiva, tomou a maca onde Luisa estava deitada e a levou até o médico. Somente com esta ação do bombeiro ela foi atendida.

Por causa da fratura os ossos de sua perna estavam deslocados. Depois de examinada foi levada até um técnico para que ele corrigisse a posição dos ossos. No momento em que sua perna era manipulada Luisa não suportou a dor e desmaiou. Muito tempo depois alguém lhe informou que apenas os médicos eram autorizados a realizar este procedimento.

Quando despertou, Luisa estava com sua perna enfaixada. Para corrigir o problema da fratura precisava passar por uma cirurgia. No entanto, o hospital não possuía anestesistas, e assim sua cirurgia não foi realizada. Ficou internada por dois dias na Emergência do hospital e depois foi transferida para a Internação. Vez ou outra recebia um medicamento que diminuía sua dor. Afora isso não havia nenhum tipo de tratamento. Ela apenas aguardava pela realização da cirurgia.

Certa vez, enquanto estava deitada em sua cama, Luisa percebeu que havia uma secreção saída de sua perna na faixa que cobria o local da fratura. Decidiu que perguntaria ao médico o porquê

daquela secreção, mas, antes de fazê-lo, cochilou. Quando acordou, a paciente que estava no leito ao lado do seu lhe disse que enquanto dormia um mosquito permaneceu pousado exatamente sobre a secreção na faixa. Luisa ficou apavorada com o fato. No dia seguinte o médico passou por ela e Luisa pediu a ele que lhe retirasse a faixa e olhasse sua perna. O médico perguntou qual era a razão do pedido. Luisa explicou que estava preocupada com a secreção que havia surgido. O médico então ordenou à enfermeira que retirasse a faixa e verificasse a perna. A enfermeira retirou a faixa, limpou o ferimento e enfaixou a perna novamente. Durante o procedimento Luisa percebeu que na perna ainda havia apenas um pequeno corte, mas que o local da fratura estava escurecido. Pensou que, ao contrário dela, a enfermeira era profissional e, por isso, não se manifestou acerca da mudança.

Passados alguns dias ela novamente pede, desta vez a outro médico, que sua faixa seja retirada e sua perna verificada. O médico questiona a razão do pedido. Luisa explica o que havia acontecido antes. Novamente o médico ordenou que uma enfermeira realizasse o procedimento. Outra enfermeira limpa o ferimento, mas desta vez diz a Luisa que a faixa não mais seria retirada antes do dia em que fosse passar pela cirurgia.

Durante estes dias Luisa apenas aguardava pela cirurgia. Diversas vezes lhe avisaram que ela seria realizada na manhã seguinte. Ela então ficava em jejum até a próxima manhã. Mas o dia seguinte chegava e a cirurgia não acontecia. Isso ocorreu tantas vezes que Luisa esteve quase anêmica. Vinte dias se passaram e Luisa permaneceu internada sem passar pela cirurgia. Neste período a faixa que protegia sua perna fraturada foi retirada somente duas vezes e, mesmo assim, porque ela solicitou.

Para o vigésimo primeiro dia de internação a cirurgia de novo foi planejada. Na manhã deste dia o médico a procurou e brincou perguntando se ela era a “moça da novela”. Ele se referia ao fato da cirurgia ter sido marcada e desmarcada tantas vezes. Disse a Luisa que tentaria fazer a cirurgia naquele dia, que para tanto precisaria apenas realizar rapidamente outros trabalhos. Luisa então questiona se as pintinhas pretas – que ela havia visto em sua perna nos dias anteriores arredando um pouco a posição da faixa – iriam ser sugadas durante a cirurgia. O médico pergunta de quais pintinhas pretas ela falava e imediatamente retira a faixa de sua perna. Sequer tocou em Luisa. Pegou seu telefone celular e ligou para a chefa do setor de ortopedia. Enquanto conversava ao telefone Luisa notou que ele havia ficado chateado com sua situação. Ele dizia com a pessoa do outro lado da linha que não seria mais possível realizar a cirurgia porque Luisa estava com necrose na pele. Luisa não entendeu o que havia acontecido com ela, pois não sabia o que significava a palavra necrose.

Logo depois a pessoa com quem o médico conversara chegou até o leito de Luisa. Este foi embora. A chefa confirmou que sua perna estando naquela situação a cirurgia não poderia acontecer. Luisa receberia alta, passaria duas semanas em casa e depois retornaria. Ao ouvir isso Luisa ficou calada, mas pensou consigo que se recebesse alta iria procurar outra forma de se tratar, já que estava internada há vinte e um dias e seu tratamento não estava ocorrendo. Mas a paciente que estava no leito ao lado, ao ouvir o que a chefa da ortopedia disse, se pronunciou afirmando que Luisa não poderia receber alta, pois tinha duas fraturas na perna e, morando em apartamento, teria dificuldade com as escadas. Luisa achou que aquela paciente havia sido iluminada por Deus para dizer isso. A médica a ignorou e sequer respondeu.

A chefa chama uma enfermeira e diz que iriam limpar o ferimento para decidir o que fazer. Luisa pede que seja anestesiada, pois já havia sentido muita dor durante os últimos dias. A médica concorda em anestesiá-la. Luisa acha que foi uma excelente solução tanto para ela quanto para as profissionais. Isso porque quando a enfermeira limpava o ferimento Luisa olhou para o seu rosto e percebeu que havia algo de errado acontecendo. Temendo o que pudesse ser tampou os olhos para não ver e começou a tremer. A médica lançou um olhar significativo para a enfermeira e disse a Luisa que não olhasse, pois “quando é com a gente sentimos mais”. Luisa não sabia o que estava acontecendo. Tinha um lençol tampando sua visão. Duas visitantes que estavam próximas ao leito do lado se afastaram. A paciente que estava deitada ao seu lado – e que havia feito o comentário acerca da possibilidade de Luisa receber alta – se vira de costas para ela e começa a chorar. Luisa sentiu muito

medo e, ao mesmo tempo, vontade de olhar para sua perna e saber o que acontecia. Não suportou e começou a chorar, imaginando que algo de grave estava acontecendo.

Finda a limpeza, enfaixaram novamente sua perna e Luisa não viu como ela estava. Minutos depois recebe a visita de uma amiga que vinha lhe desejar boa sorte, já que sua cirurgia estava marcada para aquele dia. Havia pedacinhos de carne podre, sangue e soro em todo o leito, em sua perna e até a sua cintura. Ao ver aquilo, a amiga se assustou e perguntou o que havia acontecido. Luisa conta que sua perna havia necrosado. Sua amiga sabia o que era necrose, mas não lhe explicou e Luisa continuou sem saber. Um pouco depois outra enfermeira aparece para lhe dar banho. Luisa a pergunta o que significava "necrose". Sem meias-palavras, ela responde que sua perna havia apodrecido. Luisa começa a chorar.

No dia seguinte outra enfermeira foi até ela para limpar o ferimento. Retirou a faixa e apenas neste momento Luisa viu como sua perna estava. Entendeu que, no dia anterior, na medida em que a médica e a enfermeira foram limpando seu ferimento ele foi se aprofundando, pois carne podre foi sendo retirada e um enorme buraco foi sendo aberto. Sentiu vontade de correr, mas não pôde. Sentiu vontade de agredir alguém, mas não pôde. Estava limitada a passivamente ficar deitada na cama. Chorou e gritou muito.

Acabou não recebendo alta e permaneceu internada. O mesmo bombeiro que a havia levado para o hospital e depois a ajudou a receber a atenção médica voltou a visitá-la, e se surpreendeu ao saber que sua perna havia necrosado, já que quando a atendeu ela tinha apenas um arranhão. E além de precisar lidar com as dores do osso quebrado e com a necrose, Luisa ainda precisava suportar as circunstâncias da internação. Sob este aspecto, os primeiros dias, passados na Emergência, haviam sido os piores. O setor ficava muito cheio e Luisa precisava fazer xixi e coco deitada no leito e na frente de todos. Como por perto a maioria absoluta era masculina, se sentia muito constrangida. De noite não conseguia dormir ininterruptamente, pois a todo momento pessoas chegavam gravemente feridas.

No período – este muito maior – que passou na Internação duas circunstâncias foram muito marcantes. Numa atitude desesperada para tentar resolver a situação de Luisa, sua irmã recorreu à imprensa local. No vigésimo nono dia de internação Luisa deu uma entrevista para o programa DFTV – jornal local da Rede Globo. A equipe de reportagem foi até o hospital, mas foi impedida de entrar, o que obrigou Luisa a dar a entrevista via telefone celular. Nela, Luisa disse que havia entrado ali com um problema, mas que naquele momento estava com dois. Além disso, ao descrever o segundo problema, teve o cuidado de dizer que sua perna havia apodrecido, imaginando que se dissesse que ela havia necrosado muitos telespectadores não compreenderiam. Fizeram algumas imagens externas e veicularam a reportagem. Posteriormente, Luisa avaliou que o resultado da reportagem havia sido negativo. Os profissionais do hospital não teriam gostado do fato e não tiveram com ela o cuidado que deveriam ter quando, dias depois, recebeu alta.

Ainda durante o período em que esteve internada, um de seus filhos ficou doente. Ele tinha dez anos de idade. O irmão de Luisa o levou até o mesmo hospital onde ela estava internada. Ele foi medicado com Benzetacil e mandado de volta para casa. No dia seguinte passa mal novamente e mais uma vez o tio o leva para o hospital. Desta feita foi internado. O irmão de Luisa vai até seu quarto e lhe informa que seu filho estava internado na Emergência. Ela toma uma cadeira de rodas e, empurrada pelo irmão, vai vê-lo. Chegando lá lhe dizem que ela não poderia ficar ao lado do filho, pois sua perna estava inchada. O filho ardia em febre, estava despido e suava muito. Luisa pede para esperar ele terminar de receber o soro antes de ir embora. Logo depois uma pediatra aparece e diz que o remédio do menino havia chegado: sua mãe. Ele havia adoecido porque sentia muita falta de Luisa. Todas as noites adormecia na cama dela, e só depois ela o levava para a cama dele. O filho havia inclusive pedido à sua irmã mais velha, que tem dezessete anos, para dormir junto dela. Luisa estava desinquieta ao lado do filho internado, e a médica percebeu que dificilmente se afastaria dele. Perguntou a ele onde gostaria de dormir, e o garoto responde que com a mãe. Arranjaram então uma forma para que os leitos da mãe e do filho ficassem lado a lado. Na manhã seguinte a pediatra lhe deu

alta. A doença da saudade havia sido tratada. Toda a família havia sofrido com sua internação. Sua perna inchou muito e os médicos cogitaram de amputá-la. Não falaram nada com ela, mas anunciaram a possibilidade à sua família.

A necrose impediu que fizesse a cirurgia de reparação dos ossos quebrados. Os médicos a informaram que o momento da cirurgia ser realizada havia ficado para trás. Setenta dias depois do acidente, setenta dias depois de haver sido internada, Luisa recebeu alta. Sua irmã pediu que um médico produzisse um documento contando o que havia acontecido neste tempo; que ela esteve esperando a cirurgia e que a necrose surgiu em decorrência desta espera. Além deste laudo, Luisa recebeu apenas um bilhete rosa que lhe permitiria atravessar a portaria e deixar o hospital. Não lhe entregaram nenhum medicamento, e tampouco uma prescrição médica. Sequer uma indicação de um antiinflamatório ou de um analgésico. Luisa nunca havia visto um paciente deixar um hospital sem receber a indicação de um medicamento. Achou que estava tendo alta somente porque, depois de setenta dias passados no hospital, os médicos apenas desejavam que fosse embora, posto que a cirurgia para corrigir a fratura não era mais possível.

Em casa Luisa continuou cuidando de seu ferimento na perna. Quem trocava os curativos era sua filha, que havia aprendido com uma enfermeira do hospital como fazê-lo. Chegou a pensar em procurar outra instituição onde pudesse fazer a cirurgia, mas avaliou que antes deveria estar conseguindo pelo menos movimentar a perna. Preferiu então se recuperar um pouco mais.

Desde o acidente Luisa permanecia apenas deitada, sequer dobrava o joelho. Decidiu pedir a visita de um fisioterapeuta em sua casa. Ele esteve lá cerca de três vezes. Aproximadamente três meses depois do acidente, na última visita do fisioterapeuta, ela o perguntou se poderia colocar o pé no chão. Ele a disse que enquanto fisioterapeuta não poderia responder à pergunta, que o correto seria que conseguisse um laudo de um ortopedista com a indicação de quais movimentos poderia executar.

Enquanto isso, numa terça-feira Luisa foi levada por uma ambulância até o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), situado em Brasília, para verificar se precisaria fazer um enxerto na região que havia necrosado. Ela se sentiu muito bem atendida neste hospital. Durante a consulta disse ao médico que não gostaria de fazer o enxerto, pois ele implicaria em mais uma cicatriz em sua perna. Isso porque ele seria feito com a pele retirada de outra parte da mesma perna. Além disso, havia o risco de haver uma rejeição, o que complicaria ainda mais seu estado de saúde. Luisa achava que se seu problema na perna fosse apenas o ferimento, talvez compensasse fazer o enxerto, mas como de todo modo precisaria ficar em repouso por causa da fratura, esperaria também que o buraco em sua perna se fechasse naturalmente. O médico concordou em não realizar o enxerto, mas insistiu que realizasse um tratamento no hospital para que o ferimento cicatrizasse mais rapidamente. Sugeriu que ela fizesse parte de um grupo que faz curativos no hospital de uma a três vezes por semana. Luisa não via muita possibilidade de aproveitar a oferta, pois morava em Planaltina e não conseguiria andar para tomar o ônibus que a levaria até o HRAN. Mas ainda assim foi inscrita no grupo. Naquele dia seu curativo foi refeito e ela recebeu, para utilizar em casa, uma gaze que não colava no ferimento. Ela vinha utilizando um gel que não permitia que isso acontecesse, mas este custava quase sessenta reais, o que lhe representava uma despesa importante. Achou curioso que ela recebesse o material no HRAN sendo que o Hospital Regional de Planaltina não o havia disponibilizado. Luisa deveria retornar ao HRAN na terça-feira seguinte.

Antes disso, na quinta-feira, decidiu prosseguir com a resolução da questão de poder ou não colocar o pé no chão. Como o fisioterapeuta havia sugerido que buscasse um ortopedista, pediu que a filha fosse até o Hospital Regional de Planaltina. Lá a filha procurou o médico que havia atendido a mãe anteriormente e lhe disse que gostaria de marcar um retorno. O médico questionou qual era a razão desta intenção, e a filha lhe contou o que o fisioterapeuta havia dito para sua mãe. O médico então lhe diz que estaria trabalhando na Emergência, e que Luisa deveria procurar por ele como qualquer outro paciente, fazendo uma ficha e esperando pelo atendimento.

Havia vinte e cinco dias que Luisa estava em casa somente deitada, sem se movimentar. Como achava que precisava, humildemente subiu numa cadeira de rodas e foi até o hospital. Fez a ficha na

entrada, aguardou ser chamada e, em seguida, esperou para ser atendida pelo médico. Ele pediu um raio-x. Durante duas horas ela esperou pela realização do raio-x e, por isso, seu pé inchou muito. Quando o exame ficou pronto o médico não estava mais lá, havia saído temporariamente. Depois de algum tempo ele retornou, olhou o raio-x e disse a Luisa que sua perna estava calcificando e que, portanto, deveria pisar vagarosamente no chão. Chegou a dizer também, ironicamente, que poderia até mesmo subir escadas. Luisa retornou para casa.

No sábado, dois dias depois desta consulta, vinte e sete dias depois de ter retornado para casa, noventa e sete dias depois do acidente, Luisa desmaiou. Seus lábios, braços e unhas ficaram roxos. Mais uma vez o Corpo de Bombeiros a transportou para o Hospital Regional de Planaltina. Foi imediatamente levada para um boxe e passou a noite respirando altas quantidades de oxigênio mecanicamente liberadas. Quatro ou cinco vezes mais do que os outros pacientes que também estavam internados. No dia seguinte vomita uma massa preta. Mostra o vômito para o médico, que nada diz a respeito.

Mais no final do dia houve uma troca de equipe e outro médico assumiu seu tratamento. Luisa estava desesperada, e rogou ao novo médico que fizesse algo para ajudá-la. Há vinte e quatro horas sentia muita falta de ar, já havia vomitado algo preto e não suportava mais a situação na qual estava. O médico diz que ela precisaria fazer um exame de sangue, entretanto, este não era realizado pelo hospital. Por isso conversou com o chefe de sua equipe e organizou sua transferência para o Hospital de Base – onde ele também trabalhava. Uma ambulância fez seu transporte e, ao chegar à Emergência, alguns médicos a esperavam. Recolheram seu sangue, fizeram o exame e identificaram que estava com embolia pulmonar. Era o segundo problema que Luisa adquiria porque seu problema original não havia sido adequadamente tratado. A embolia pulmonar, tal como ela entendia, havia sido causada pelo longo tempo em que permaneceu deitada sem se movimentar, somado ao fato de que ao receber alta do Hospital Regional de Planaltina não lhe foi prescrito nenhum medicamento.

Luisa permaneceu na Emergência até a noite daquele dia. Nesse período voltou a vomitar a massa preta, além de realizar uma endoscopia. Sua impressão da Emergência do Hospital de Base foi que ela era certamente muito maior, sendo igualmente tumultuada, mas, ainda assim, lhe pareceu melhor do que a do Hospital Regional de Planaltina.

Ela precisava ser levada para uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), mas nenhuma vaga foi conseguida. Estava muito ruim, e sua família já estava desesperada. Foi então transferida para o oitavo andar da Internação do Hospital de Base. Pouco depois foi conseguida uma vaga na UTI do Hospital Universitário de Brasília (HUB), e para lá foi transferida. Permaneceu consciente na UTI por oito dias, e achou que seu tratamento foi muito bom. Após estes dias se recuperou e retornou para o oitavo andar do Hospital de Base. Mas antes de lá chegar foi levada para o setor de ortopedia, pois o médico que a acompanhava achou que como seu problema pulmonar estava sob controle, deveria ser encaminhada para onde o problema de sua perna fosse tratado. Mas logo uma médica reconheceu Luisa, se recordou de seu caso e a direcionou para o oitavo andar.

Quatro meses e um dia após o acidente que quebrou sua perna eu conheci Luisa deitada num leito do Hospital de Base. Ela me contou sua história com um pouco de dificuldade, pois ainda sentia muita falta de ar. Reforçou sempre que para tudo que me contava possuía testemunhas, e que assim poderia talvez um dia comprovar como havia sido – em suas palavras – “vítima de negligência”. Mostrou-me o machucado em sua perna, que já estava cicatrizando, mas que ainda era bastante grande e profundo. Disse-me que se eu desejasse poderia ver uma foto do ferimento que sua irmã havia retirado logo que ela descobriu a necrose. Sua irmã sempre carregava a foto em sua bolsa e eu poderia fazer uma cópia dela se quisesse.

Luisa me falou que o problema pulmonar estava quase resolvido, mas que sua perna ainda demoraria bastante para ficar boa. Os médicos haviam lhe dito que os ossos estavam calcificando, o que impedia a cirurgia. Ela também achava que o problema pulmonar a impediria de passar pela cirurgia. Estava ingerindo medicamentos por via oral e tomava injeções na barriga. Não sabia ao certo para que serviam, apenas que um deles era anti-coagulante e outro era antibiótico. Não sabia quando

receberia alta. Disse-me que os médicos estariam estudando quando isso deveria acontecer. Exatamente naquele momento em que nos conhecemos estava aguardando a chegada de um médico que implantaria um dreno em sua perna. No dia anterior ele havia lhe dito que estava com um edema e que precisaria de um dreno, algo que ele faria no dia seguinte.

Luisa achava que poderia ter perdido sua perna, mas estava esperançosa de poder voltar a andar, ainda que mancando ou usando muletas, posto que sua perna estava ficando torta. Quando esteve internada em Planaltina e aguardava pela realização da cirurgia, perguntou a um médico em que ela consistia. O médico a explicou que seriam colocados parafusos e placas em sua perna, pois o local da fratura possuía diversos fragmentos de osso. E após quatro meses do acidente estava usando, ao invés de placas e parafusos, apenas uma pequena tala.

Aguardaria o que Deus e os médicos decidiriam sobre seu futuro. Os quatro meses anteriores haviam sido muito difíceis. Financeiramente se fizeram um enorme problema, já que sua fonte de renda fixa, a pensão que recebia por ser viúva, não bastava para sustentar sua família. Deste modo, o que complementava o orçamento familiar eram suas vendas, algo que não pôde mais fazer. Tinha dois filhos para cuidar e sua vida havia sido arrasada. Esteve longe dos dois filhos durante boa parte dos longos últimos quatro meses. Se sua operação tivesse ocorrido rapidamente, poderia sem demora ter retornado ao trabalho e à família.

Pensava que os médicos de Planaltina precisariam ter avaliado que se o hospital não possuía as condições necessárias para que fosse tratada, então deveriam ter tido a humildade necessária para encaminhá-la para outro hospital, já que era sua vida que estava em jogo. Apenas um médico cuidou dela todo o tempo em que lá esteve internada. Nenhum outro se dispôs a fazê-lo.

Estava se recuperando, mas o sofrimento não havia desaparecido. Achava que ninguém deveria – tampouco mereceria – viver o que vinha vivendo. Diversas vezes tentou pensar o que poderia fazer para evitar que outras pessoas passassem pelo que passou. Imaginava que experiências semelhantes atingiam outros pacientes e nada era feito. Muitos deles vinham de cidades do interior e, ao retornarem para suas casas, todos estes problemas eram esquecidos pelos hospitais. Sabia que não seria a última a viver aquilo. Todavia, se sentia muito pequena diante de todo o contexto. Enquanto esteve no Hospital Regional de Planaltina não conseguia sequer se levantar para tomar banho; como então teria forças para lutar contra situações tão maiores?

Durante o período em que lá esteve internada iniciou a escritura de um livro. Sempre que julgava importante anotava num caderno os fatos que aconteciam, os pensamentos que surgiam e as reflexões que produzia. Certa vez escreveu que dentro do hospital estava entre o frio e o calor. Entre pessoas más e pessoas boas. Contudo, a maior parte era formada por pessoas frias. Quando as pessoas calorosas queriam se aproximar e ajudar alguém, as pessoas frias tentavam impedir. Por isso o frio ali era maior, o frio abraçava o calor.

Refletiu sobre se porventura estivesse numa instituição privada o processo seria diferente. Depois concluiu que a questão posta não era o fato de que estava num hospital público. Em sua opinião, na verdade a questão era que as pessoas eram frias. No HRAN, outra instituição pública, as pessoas foram mais quentes, e ela se sentiu bem tratada.

Achava que existiam pessoas boas e outras que não se importavam com o próximo. Muitas destas trabalhariam apenas por vaidade ou dinheiro, nunca por amor. Sua filha havia lhe dito que depois que viu o que a mãe havia sofrido pretendia cursar enfermagem na faculdade. Luisa lhe disse que ela deveria escolher esta profissão apenas se fosse para, no futuro, trabalhar por amor.

Mas quando estávamos discutindo estas questões o médico que iria colocar o dreno em sua perna chegou e tivemos que interromper a conversa. Luisa precisava se preparar psicologicamente para o procedimento que seria realizado em instantes.

Dois dias depois voltei a vê-la. Ela estava com o dreno na perna. Luisa me contou que havia saído um sangue escuro em suas fezes e que a médica havia ficado de verificar o que estava acontecendo. Além disso, havia lhe informado que a cirurgia em sua perna não poderia ocorrer nos próximos seis meses, uma vez que primeiro precisaria terminar o tratamento do problema no pulmão.

Aproximadamente uma semana depois a vi uma última vez. Ela me pareceu melhor, seu pé estava menos inchado e o ferimento havia cicatrizado um pouco mais. O dreno na perna havia sido retirado. Vinha fazendo exercícios de fisioterapia. Achava que iria ter alta no dia seguinte e que iria continuar fazendo a fisioterapia em casa. Contou que, felizmente, já estava conseguindo andar pelo correr do andar usando uma muleta.

APÊNDICE 2 AO CAPÍTULO 2

O lugar da saúde no Plano Piloto

Este texto toma como ponto de partida a idéia de que a organização espacial das cidades em geral tangencia – quando não se encontra explicitamente relacionada com – concepções muito particulares acerca de saúde pública e saneamento[9]. Tanto esta organização quanto estas concepções podem ou não ser explicitamente formuladas, mas estão quase sempre presentes. Sendo assim, proponho discutir aqui uma dimensão específica desta problemática mais ampla a partir de estudo do planejamento e da história do Plano Piloto (DF). Pretendo refletir sobre as mudanças ocorridas nas idéias que fundamentaram a escolha dos locais de construção de instituições públicas de saúde destinadas ao atendimento à população dentro do Plano Piloto. Para tanto, farei uso de uma análise temporal, discutindo o contexto do projeto inicial da nova capital, os momentos posteriores que marcaram mudanças de concepções e, finalmente, a conjuntura atual.

Parto do argumento de que no último século houve mudanças importantes no Brasil no que tange aos ideários que fundamentam a escolha de espaços para a instalação de serviços públicos de saúde tais como hospitais, postos de saúde, centros de pronto-atendimento etc. Sem dúvida, estas idéias participaram da seleção dos locais de construção destes serviços no interior do Plano Piloto, quer seja no momento da construção da cidade, quer seja contemporaneamente. A hipótese geral é que de uma perspectiva de centralização organizacional de acordo com a qual são instaladas grandes instituições de saúde de alta complexidade num centro e, a partir daí, instituições cada vez mais simples nas áreas mais

[9] Uma primeira versão deste Apêndice 2 foi produzida como trabalho final do curso Antropologia Urbana, ministrado pela professora Cristina Patriota de Moura durante o primeiro semestre de 2007 no PPGAS/UnB.

periféricas, passa-se, durante as últimas décadas, para uma tendência de maior dispersão territorial com instituições de menor porte. Esta mudança na disposição das instituições participou de uma transformação nas concepções de política pública de saúde. De uma proposta de atendimento centrada na solução de problemas apenas para uma parte da população, parte-se para uma política de prevenção de doenças e promoção da saúde com atenção integral e próxima, somada a atendimento universal.

Contudo, vale ressaltar que um estudo tal como o aqui proposto apresenta-se especialmente problemático no caso do Plano Piloto, pois sua história é ainda muito curta, além de que seu tombamento dificulta que mudanças drásticas sejam mais claramente efetivadas, algo que em outras cidades certamente ocorre com maior facilidade. Por outro lado, é imperativo notar que, conquanto possivelmente apenas mudanças restritas possam ser percebidas na história do Plano Piloto no que se refere à definição do local das instituições de saúde, faz-se necessário situá-las dentro de um sistema geral funcionalmente elaborado, ou seja, no interior das propostas de saúde pública vigentes em cada época, o que transforma o valor e a projeção dos serviços destas instituições na malha do espaço urbano. Por sua vez, a impossibilidade de discutir aqui todas as pequenas mudanças ocorridas ao longo da história do Plano Piloto indica que o melhor será oferecer uma visão panorâmica da questão, destacando aqui o que é essencial.

Em síntese, o texto passa por três eixos de discussão. Primeiro, pela descrição dos lugares reservados aos estabelecimentos de saúde no projeto original do Plano Piloto, identificando as razões para tal definição. Segundo, pela descrição das mudanças que foram ocorrendo ao longo das cinco últimas décadas, atentando-se para o surgimento das novas instituições dentro do Plano Piloto e para as noções que nortearam a escolha de seus lugares. Finalmente, pela análise do quadro atual das instituições de saúde no Plano Piloto, destacando o contexto atual das políticas de saúde. Com isso pretendo elucidar, ainda que de forma sumária, algumas relações existentes entre aspectos da urbanidade e da dinâmica dos serviços de saúde no Plano Piloto.

Transversalmente, abordarei ainda algumas questões secundárias, tais como: (1) quais foram os fundamentos para a definição dos locais dos estabelecimentos de saúde (proximidade, isolamento, dispersão etc.); (2) quais as influências de idéias especializadas do campo das ciências médicas e outras perspectivas leigas sobre o planejamento estatal de instalação dos serviços de saúde; (3) quais foram as populações levadas em conta quando dos projetos de instalação dos serviços de saúde; (4) qual influência idéias sobre saúde e saneamento exerceram na concepção e construção do Plano Piloto; (5) em que medida os

locais ocupados pelas instituições de saúde podem assumir valores diferentes em momentos históricos distintos a partir das relações que estabelecem com o restante do sistema.

Esquematicamente, estas discussões estão divididas em quatro itens no corpo do texto. Inicialmente, no item "O lugar da saúde no plano-piloto", serão explicitados os locais previstos para a instalação das instituições públicas de atendimento à saúde quando da construção da cidade de Brasília. Depois, em "Os deslocamentos da saúde", discutirei as mudanças ocorridas com o passar dos anos, bem como suas motivações, além de descrever os lugares atualmente ocupados pelas instituições de saúde. Em seguida, com o item "O lugar da saúde no Plano Piloto", construirei um cenário enxuto das políticas de saúde atuais em conjunto com uma reflexão sobre a inserção do Plano Piloto na dinâmica destas políticas. Estes três itens são uma tentativa de organizar temporalmente a discussão sobre as concepções que direcionaram a escolha dos locais de instalação das instituições de saúde. E, finalmente, o item "Conclusões" sintetiza o argumento central e explicita o valor destas reflexões.

O lugar da saúde no plano-piloto

Ninguém duvida, nem discute, que o entendimento da realidade presente em geral requer a reconstrução dos processos históricos que produziram o quadro contemporâneo. Há esferas da vida que somente existem em decorrência de processos anteriores e que, portanto, não devem ser pensadas isoladamente. Entre elas encontram-se as instituições e as dinâmicas políticas. As políticas públicas somente são bem entendidas quando levamos em consideração seus antecedentes, os fatos pretéritos que influenciaram os posteriores. Nesse sentido, podemos pensar que as instituições, quando relativamente consolidadas, passam a conformar as ações posteriores, de modo que os agentes não podem atuar sem levá-las em consideração. É por isso que o estudo das ações do Estado e de suas políticas deve sempre ter em conta a dimensão histórica. Muito embora a compreensão do funcionamento destas políticas nem sempre exija um olhar para o passado, o entendimento das suas condições de elaboração, implantação e possibilidades quase sempre impõe a análise histórica. E o contrário não ocorre com as políticas de saúde. Por isso, para conhecermos quais fatores interferem na localização das instituições de saúde do Plano Piloto precisamos acompanhá-lo desde sua germinação até seu desenvolvimento atual.

O caso do Plano Piloto é especial neste sentido, já que todas as suas construções se inserem num processo de amplo planejamento. Como se sabe, o plano de Brasília foi definido a partir de concurso, no qual participaram diversos projetos, tendo sido o de Lúcio Costa o vencedor. Seu projeto, no entanto, muito pouco dizia acerca da esfera da saúde. Na verdade,

sua carta é bastante sumária, apresentando apenas um panorama geral em torno da perspectiva que dirigiria a construção da cidade. É possível encontrar somente duas rápidas referências sobre a localização das instituições de saúde. Lúcio Costa sugere que em frente à Praça dos Três Poderes ficaria localizada uma larga esplanada, onde se situariam os ministérios e as autarquias. Ao final desta esplanada estaria um setor cultural e, ao lado deste, a Cidade Universitária. Nela, dentre outras coisas, seria construído o Hospital das Clínicas (COSTA, 1991: 22-3). É esta sua única referência a um hospital e, não por acaso, numa área bastante central da cidade. Além desta, há também uma referência a uma área afastada onde estariam localizados uma penitenciária e um hospício.

> "A penitenciária e o hospício, conquanto afastados do centro urbanizado, fazem igualmente parte deste setor" (COSTA, 1991: 26).

É sintomático que o hospício esteja associado à penitenciária, ambos afastados do centro, enquanto o hospital, como contraponto, esteja sugerido como devendo ser construído exatamente na área central.

O plano de Brasília, contudo, participa de idéias mais amplas acerca de urbanismo. Idéias que tomaram forma e divulgação especialmente por meio dos manifestos dos Congressos Internacionais de Arquitetura Moderna (CIAM). O projeto de Lúcio Costa é considerado por muitos como exemplar do ponto de vista do urbanismo modernista. Parte deste ideário arquitetônico passa pela criação de espaços diferenciados que trouxessem à percepção a sensação de rompimento para com experiências anteriores. Essa idéia se insere num projeto maior dos adeptos do modernismo de criação de um novo tempo a partir da arquitetura, da forma coletiva de organização do espaço. Desse modo, "a forma e a organização urbanas são consideradas como instrumentos de mudança social" (HOLSTON, 1993: 12). Mudança que pretendia eliminar os malefícios da ordem capitalista, criando assim uma sociedade mais igualitária. O modelo deste tipo de arquitetura passava pela projeção de um zoneamento da cidade em áreas homogêneas de atividade e definidas com base em tipologias de função e construção, por uma separação entre os espaços de trabalho e de residência, pela construção da cidade num ambiente que reconstruísse um aspecto de parque, com muitas áreas verdes e; finalmente, pela disposição de um novo sistema de circulação. Brasília foi então projetada partindo da perspectiva de que sua organização espacial seria capaz de criar uma ordem social distinta e, mais além, que ela seria modelo para uma transformação mais ampla do país.

Não obstante, isto posto, nos interessa perceber, principalmente, dois pontos. Primeiro que as elaborações modernistas – e dentre elas o projeto de Lúcio Costa – tinham por

fundamento o conceito de que a cidade deveria se organizar a partir de um zoneamento feito com base nas funções das áreas e nos tipos de atividade social aos quais se referem. As atividades seriam então agrupadas espacialmente e as áreas destinadas às diferentes atividades separadas. Por outro lado, é importante destacar que Brasília surge associada a uma confiança na capacidade do Estado de transformar a ordem social. Há o suposto de que uma autoridade centralizada, capaz de controlar e planejar a ordem urbana, conseguiria interferir positivamente na dinâmica social. O planejamento da cidade, por meio do zoneamento das funções, distribuiria de forma igualitária os recursos sociais, tais como educação, saúde, moradia e lazer. Ao fazê-lo, a organização espacial subverteria a estratificação social, criando condições igualitárias de vida no meio urbano.

Além disso, apesar do plano de Lúcio Costa não se referir explicitamente às instituições de saúde, é clara a afinidade de suas idéias com concepções sobre urbanismo, saúde e saneamento. A genealogia de suas concepções nos leva diretamente a esta conclusão. Holston (1993) explicita como Le Corbusier, um dos mais importantes formuladores do modernismo na arquitetura – e de quem Lúcio Costa era discípulo – expressa suas idéias com base em modelos médicos. E não apenas ele, pois o mesmo ocorria com os manifestos dos CIAM.

> "Para descrever os efeitos dessa fenomenal expansão urbana, Le Corbusier desenvolveu uma série de metáforas relacionadas com doenças, em uma etiologia do caos urbano. O crescimento monstruoso das habitações operárias criou 'cloacas' de tuberculose e cólera. Como a periferia de favelas expandiu-se 'contagiosamente', a cidade espraiou-se rumo ao campo 'como uma doença'. A metrópole em expansão perdeu a estrutura física coerente de um 'organismo sadio', que antes apresentava. Em vez disso, mostrava todos os sintomas de estar na fase terminal de uma doença: sua circulação se obstruía, sua respiração intoxicava-se, seus tecidos deterioravam-se em seus próprios excretos malignos" (HOLSTON, 1993: 50).
>
> "[...] os CIAM deram nova concepção à estratégia de obras públicas. O discurso sobre a reforma urbana nos séculos XVIII e XIX era com freqüência apresentado em termos de uma metáfora de doença, estabelecendo uma analogia entre as cidades e o corpo humano: a cidade era um organismo doente que precisava de uma cirurgia radical, na forma de operações urbanísticas que cortassem suas partes atingidas, e que fizesse incisões com largas avenidas através dos bairros congestionados, a fim de reabilitar os pulmões da cidade com novos parques, e assim por diante [...]" (HOLSTON, 1993: 57).

Some-se a isso o fato de que a proposta modernista de gerenciamento estatal do espaço tem ascendência na ação promovida por Estados europeus a partir do século XVIII na direção da criação de ambientes mais saudáveis (HOLSTON, 1993: 53; FOUCAULT, 1979b). Neste período, era o sanitarismo o conjunto principal de noções que davam forma a estas posturas.

Problemas graves de saúde, surgidos especialmente em decorrência do vertiginoso aumento populacional, afetavam as cidades, e o sanitarismo aparecia oferecendo soluções, com o Estado assumindo então a execução de suas propostas.

> "Assim, o urbanismo dos CIAM propunha resolver a crise urbana do capitalismo adotando os argumentos racionais e técnicos da legislação relativa à saúde pública, no contexto de uma estratégia abrangente de obras públicas e de bom governo. Como vimos até agora, expandia essa estratégia em duas direções. Primeiro, considerando a cidade planificada inteira como um domínio público empreendido pelo Estado. Segundo, propondo distribuir a todos os habitantes os benefícios da organização coletiva com base em um amplo plano de urbanização" (HOLSTON, 1993: 56).

O que se demonstra com isso é que o projeto de Brasília traz consigo toda uma linhagem de debates sobre a organização urbana construída com forte presença de imagens e problemáticas oriundas da esfera da saúde pública[10].

Mas se a questão da saúde esteve presente no projeto de Brasília principalmente de modo não explícito, desde os primeiros momentos da construção da cidade as instituições de saúde lá estavam. Logo nestes instantes iniciais foram construídos serviços para o atendimento médico dos primeiros e muitos operários. Dentre eles encontravam-se o Hospital do Instituto de Previdência dos Industriários (IAPI) e o Departamento Nacional de Endemias Rurais (PAVIANI, 1985: 61), instalações que substituíram uma proposta inicial de construção de um centro de emergência (SILVEIRA, 1999). A intensa chegada de migrantes logo no início da construção da cidade imediatamente chamou atenção para a questão da saúde pública. Todavia, os planejadores tentaram elaborar um sistema que fosse duradouro, eficiente e inovador.

A organização dos serviços de saúde pode ser analisada como tendo duas dimensões. Embora elas estejam estreitamente relacionadas, é interessante fazermos esta separação no âmbito analítico. Por um lado, temos a organização do ponto de vista político, ou seja, do gerenciamento do sistema de saúde. No caso de Brasília, este aspecto político mantém íntimas relações com os princípios modernistas nos quais o Estado possui papel destacado e centralizador. Por outro lado, há a efetivação deste sistema por meio das instituições realmente existentes.

O formulador do sistema médico-hospitalar de Brasília foi Ernesto Silva, que explicitamente anunciava ter pensado o sistema tentando conformá-lo às idéias que direcionaram a construção da cidade (SILVEIRA, 1999: 177). Tanto quanto a própria cidade, o sistema era apregoado como proposição inovadora no âmbito dos sistemas de saúde

[10] Sobre este ponto, ver, também: FOUCAULT, 1979a: 214.

brasileiros. Uma das principais novidades seria um melhoramento da atenção à população, onde quer que ela estivesse, concedendo-a maior conforto no momento de buscar atendimento. O mais comumente encontrado em outras cidades era a concentração de grandes áreas hospitalares que recebiam todas as instituições de saúde, o que fazia com que a população, onde quer que estivesse, precisasse se deslocar para esta região, o que consequentemente gerava intensas movimentações populacionais surgidas pela busca de atendimento médico.

> *"Pelo novo sistema que acaba de ser introduzido em Brasília esses inconvenientes serão afastados: haverá mais comodidade da população, que terá mais próximo os meios de tratamento; maior concentração de meios melhorando a assistência médico-hospitalar; menos custo dos serviços médicos, decorrentes dessa concentração; livre arbítrio do indivíduo na escolha do médico que vai tratar de sua saúde; uma interveniência da comunidade nos problemas de saúde pública, que na realidade são do seu interesse e da sua responsabilidade"* (SILVEIRA, 1999: 178).

Outro elemento importante seria a criação de mecanismos institucionalizados de participação da população nas instâncias decisórias, com a possibilidade das pessoas apresentarem demandas, sugestões etc. O órgão estatal superior de execução do sistema de saúde seria o Conselho de Saúde. O objetivo (cujas aproximações com o modernismo não são coincidência) era que um órgão local e não proveniente das instâncias nacionais concentrasse todas as atribuições no âmbito da saúde, conformando todas as ações "num programa único e harmônico" (SILVEIRA, 1999: 9). O Conselho possuiria, como instrumento de ação, uma rede hospitalar composta de:

a) "um hospital de base, que constitui o centro do sistema;
b) onze hospitais distritais, cada um atendendo a uma população de – 45 a 50.000 habitantes, previamente zoneados no Plano Piloto;
c) hospitais rurais;
d) hospitais satélites" (SILVEIRA, 1999: 178)

O sistema já funcionava mesmo antes da inauguração de Brasília. Posteriormente, o Plano Bandeira de Mello viria reafirmar o Hospital de Base como fulcro do sistema, havendo uma seqüência que caminhava para a periferia com os hospitais distritais, ainda na área urbana, em seguida os hospitais rurais e, por último, os hospitais satélites, que se localizariam nas cidades satélites de Brasília. A base desta organização tinha um duplo sentido. Por um lado partia-se de uma perspectiva demográfica, ou seja, as instituições deveriam estar localizadas nas áreas mais densamente povoadas. Além disso, a distribuição das instituições pelos núcleos populacionais deveria se dar de forma comparativa, ou seja, as instituições mais complexas deveriam se situar justamente naqueles núcleos mais densamente povoados. Tudo

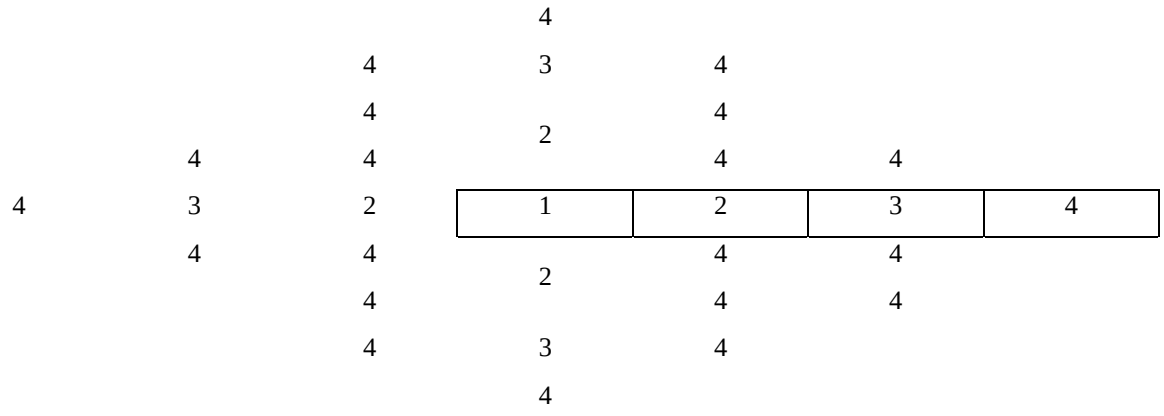
começava com um núcleo que concentrava o maior número de habitantes. Nele seria construído o centro do sistema, a instituição que concentrasse a maior diversidade de serviços, bem como os mais complexos. E à medida que se caminhava para a periferia as instituições ficariam menores, com uma quantidade de serviços inferior e de menor complexidade. O Hospital de Base seria assim a própria base do sistema, a pedra angular que sustentaria todas as outras peças.

> "Concentração de especialidades e equipamentos, anulação de duplicidade de serviços com o mesmo fim, dinamização das unidades componentes do sistema, utilização adequada dos serviços integrantes dessas unidades em função da eficiência e economia, distribuição racional de unidades assistenciais sob um critério de competência definida foram, entre outras, algumas das razões que nortearam a solução para a rede hospitalar" (MELLO, sem data: 9).

Este tipo de coordenação que parte de uma disposição radial entre as instituições buscava dar conta de dois princípios básicos:

> "1º - A movimentação de pessoal profissional e técnico entre os componentes do sistema e a plena utilização dos recursos especializados do Hospital de Base pelos hospitais intermediários;
>
> 2º - A movimentação de pacientes para as unidades assistenciais específicas segundo a natureza da doença, bem como o permanente intercâmbio de informações de fundamento técnico" (MELLO, sem data: 27).

Num esboço esquemático abstrato, esta organização espacial seria a seguinte (MELLO, sem data: 28-9):



1 – Hospital de Base (21 funções)

2 – Hospital Distrital (5 funções)

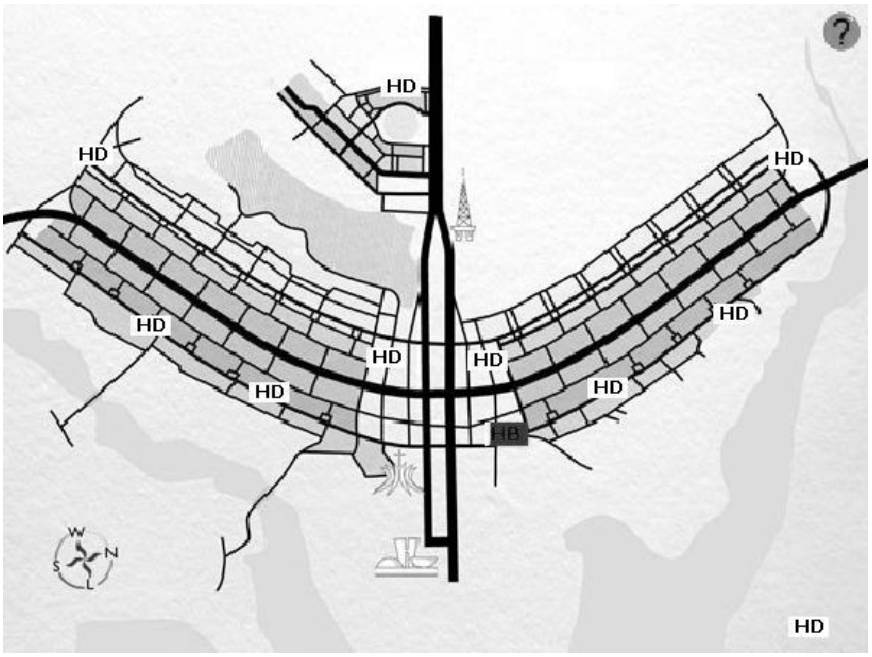
3 – Hospital Rural (19 funções)

4 – Unidade Satélite (7 funções)

Fez-se uma estimativa populacional referente a três zonas da cidade, a saber: central de base, intermediária e rural. No cerne da área central de base se localizaria o Hospital de Base, eixo fundamental do sistema. Dividiu-se então a área de base em oito distritos, tendo

cada um pouco mais de quarenta mil habitantes. Cada um destes distritos receberia um hospital distrital, que seria responsável pelo atendimento desta população. Nos casos em que não fosse possível fazê-lo, os pacientes seriam encaminhados para o Hospital de Base, onde todos os recursos possíveis estariam concentrados. Após esta área de base urbana estaria a zona intermediária, composta pela Vila Operária (dez mil habitantes) e pelos seguintes loteamentos: da Península (quarenta mil habitantes), da Represa Norte e da Represa Sul (ambas com trinta mil habitantes). Devido à grande população destas regiões, estas também receberiam uma Unidade-Hospital. Em seguida, seriam construídos os Hospitais Rurais na zona rural periférica. Finalmente, as Unidades Satélites, nos maiores aglomerados rurais (MELLO, sem data: 30-2).

O mapa abaixo explicita de forma mais clara onde foi prevista a construção destas instituições no interior do Plano Piloto:



HB: Hospital de Base
HD: Hospital Distrital

Fonte: http://www.acheiweb.com.br (as referências às instituições de saúde foram por mim inseridas posteriormente).

Destacado deste sistema composto pelas áreas de base, distritais e rurais, seria criado um outro setor, uma "Colônia Hospitalar" destinada a atendimentos "especiais". Este receberia um Centro de Reabilitação e Medicina Física, além dos seguintes hospitais: de Crônicos, de Doenças Mentais, de Tuberculose e de Convalescentes. A idéia é que nos primeiros os atendimentos seriam dinâmicos e rotineiros, enquanto os deslocados para esta área especial seriam mais prolongados e exigiriam serviços diferenciados (MELLO, sem data: 33).

Definir-se-ia, portanto, os conceitos e funções das unidades componentes deste sistema da seguinte forma:

"A – HOSPITAL DE BASE

I – *Conceito*: - Representa o fulcro do sistema hospitalar, com ação de coordenação e integração da rede assistencial, além da finalidade essencial e particular que desempenha como centro de assistência especializada e do papel que assume seja na formação e aperfeiçoamento de pessoal hospitalar seja no campo da pesquisa médica.

II – *Funções*: -

a) Dispensar assistência especializada;
b) Agir como órgão central de controle para todas as unidades componentes da rede hospitalar, quer no campo médico, quer no campo da Saúde Pública;
c) Proporcionar a formação e o aperfeiçoamento de pessoal hospitalar;
d) Desenvolver as pesquisas no campo da medicina" (MELLO, sem data: 52-3).

"B – HOSPITAL DISTRITAL

I – *Conceito* – Esse tipo de hospital representa a parte altamente dinâmica da rede hospitalar, dispensando assistência de rotina, de expressão objetiva, direta e imediata.

II – *Funções*: - A função precípua desse tipo de unidade é a de dispensar assistência médica, cirúrgica, obstétrica, de emergência e de medicina preventiva" (MELLO, sem data: 57).

"C – HOSPITAL RURAL

I – *Conceito:* - Essa unidade foi idealizada como o terceiro componente da cadeia projetada e, em moldes de poder dispensar assistência às concentrações populacionais em zona rural sob o aspecto objetivo de imediatismo assistencial, comportando-se como um verdadeiro pseudópodo, emanado do H.D., de ação à distância. De expressão funcional mais modesta, no que tange a amplitude de seus serviços assistenciais, em comparação com as unidades descritas, prima, todavia e sem perda da característica de qualidade, pelo atendimento de casos compatíveis com seus recursos, derivando os que não se enquadrem no gabarito assistencial determinado, para o Hospital Distrital mais próximo.

II – *Funções*: - A função desse tipo de unidade á agir como posto-avançado dos Hospitais Distritais, solucionando os casos médicos dentro do âmbito de suas possibilidades, determinadas por uma limitação na assistência hospitalar e definidas na base da dispensa de cuidados:

[...]

No que tange à assistência de Saúde Pública a expressão de seu objetivo permanece a mesma, embora, fisicamente, possam os serviços integrantes apresentarem-se com áreas mais modestas sem prejuízo, todavia, de suas atividades" (MELLO, sem data: 64-5).

"D – UNIDADES SATÉLITES

I – *Conceito*: - Trata-se de unidades de penetração com o propósito primordial de vigilância médico-sanitária, agindo nas pequenas construções populacionais em torno do H.R. fortalecendo a dinâmica estabelecida e preconizada para o sistema adotado.

> II – *Funções*: - A função principal dessas unidades repousa na dispensa de uma assistência traduzida em termos de vigilância da saúde individual e coletiva, através de pessoal habilitado e instalações adequadas" (MELLO, sem data: 69).

A idéia deste esquema era unir um melhor atendimento à população acrescido de uma economia na execução dos serviços. Sob este prisma, destacam-se dois princípios. Primeiro, uma centralização no atendimento à população doente e não na saúde preventiva. A escolha dos locais para instalação das instituições de saúde buscou tão somente aproximá-las dos doentes, tornando o atendimento mais ágil e menos dispendioso. Segundo, partia-se de uma idéia de que, estando o paciente inserido no sistema, ele seria encaminhado de tal para qual instituição dependendo da gravidade ou do tipo de sua perturbação. A organização radial das instituições se assentava, portanto, num sistema de encaminhamento de pacientes das unidades menores para as maiores.

Este modelo de organização dos serviços de saúde não é originário do planejamento de Brasília. O prestígio alcançado pela medicina ocidental, sobretudo no início do século passado, veio acompanhado da adoção de seus princípios por parte dos planejadores de políticas públicas estatais de saúde. Estas estratégias centralizavam esforços na medicalização e na cura das doenças, configurando assim uma estratégia de atenção à saúde com foco no tratamento (ADAM & HERZLICH, 1994; ILLICH, sem data). E esta proposta de saúde coletiva tinha no hospital seu principal ator. O hospital, mais do que espaço físico de instalação da ação em saúde, se transforma em "máquina de cura" quando nele são inseridos mecanismos disciplinares (FOUCAULT, 1979a). Na época em que o sistema de saúde de Brasília foi inicialmente elaborado, era esta a proposta de saúde dominante. E, sendo assim, nota-se como são os hospitais os alvos principais do planejamento dentro de seu sistema.

Os deslocamentos da saúde

O fato de Brasília ter sido planejada não a exclui das dinâmicas mais amplas que envolvem a urbanização no Brasil. E, neste sentido, se destaca a questão das migrações, que foram importantes na definição das relações entre campo e cidade e, conseqüentemente, para o crescimento das áreas urbanas. As cidades brasileiras em geral se apresentam como ponto de recepção de migrantes atraídos pelas novas dinâmicas dos processos produtivos. Brasília não se encontra fora dessa dinâmica; ao contrário, ao mesmo tempo em que se serviu dela, ajudou muito a promovê-la, já que foi centro importante de afluxo de correntes migratórias (FERREIRA, 1985). Importante notar que neste domínio o Estado teve forte influência, tendo sido um dos maiores incentivadores destas correntes migratórias.

Houve então um relacionamento especial entre o plano urbanístico de Brasília e sua urbanização, que teve forte presença de migrantes. Dessa forma, desde sempre a cidade viu surgirem núcleos periféricos ao Plano Piloto. Estes locais eram habitados pelos trabalhadores que serviam como mão-de-obra necessária à construção da nova capital. Brasília sequer estava concluída e estes núcleos já possuíam uma dinâmica própria considerável. Sob este prisma, ao contrário do que previa o plano de Brasília, mesmo antes da consolidação de seu núcleo, as áreas periféricas já se faziam presentes e requeriam algum tipo de atenção por parte do Estado. A construção de Brasília atraiu os migrantes que, ao chegarem, não puderam ser excluídos e/ou expulsos, já que se faziam necessários do ponto de vista do trabalho. Os migrantes precisaram então ser alocados nestas áreas periféricas, fazendo com que a cidade, ao contrário do planejado, se tornasse polinucleada (PAVIANI, 1985).

No entanto, esta dispersão populacional não veio acompanhada de processo homólogo no que tange a disponibilidade de serviços. Estes continuaram concentrados no Plano Piloto. E a atração que o sistema de saúde exercia local e regionalmente fez com que ele se exaurisse ainda na década de 70. Segundo Silveira, “a partir de 1979, já se vislumbrava uma nova Política de Saúde para o Distrito Federal, baseado na regionalização dos serviços, objetivando o atendimento às necessidades básicas. Esta nova Política de Saúde parte do pressuposto de que se deva valorizar mais a saúde que a doença, tendo como meta a medicina preventiva”. (1999: 179). A concretização desta proposta se dava com a construção de dezenas de postos de saúde, unidades menores e mais dispersas de atendimento à população.

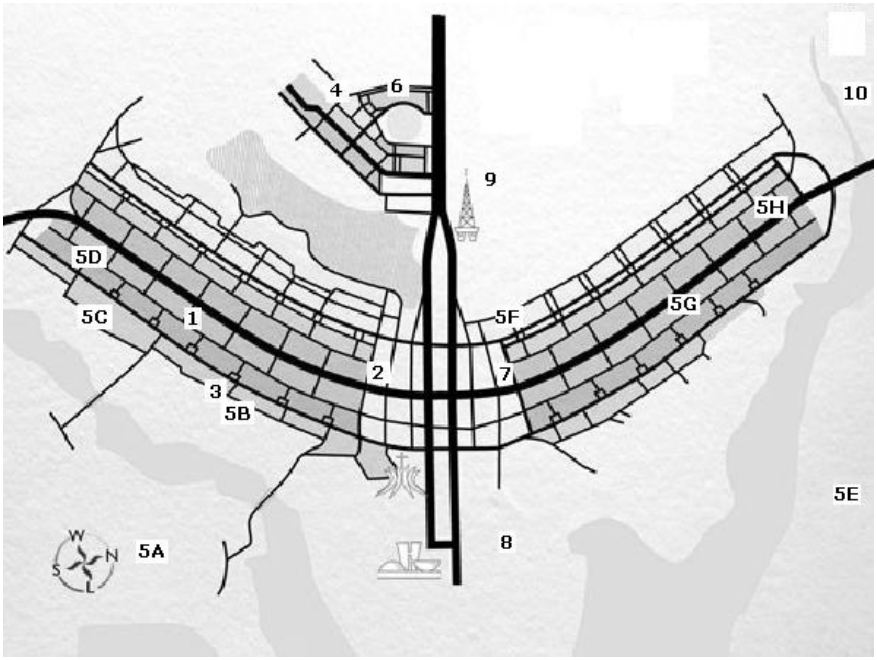
A rigor, esta mudança na proposta de saúde de Brasília está relacionada com processos que vão além do fato dele se encontrar operacionalmente esgotado. Sobretudo após as décadas de 60 e 70, o modelo de saúde pública informado pela medicina que tinha no hospital o seu principal agente começa a sofrer fortes críticas. Este quadro de contestação ao modelo médico foi se acentuando com o passar dos anos e abrindo espaço para o surgimento de novos arranjos institucionais, bem como para o aparecimento de experiências terapêuticas originais. A centralidade da produção da cura de doenças é deslocada em favor de uma proposta de atendimento primário e preventivo. Estas novas propostas em geral intentavam fragmentar a atenção à saúde, deixando de ser as grandes instituições os principais instrumentos de promoção da saúde.

Quando do projeto de instauração do sistema de saúde de Brasília não se cogitou na instalação de pequenas unidades de saúde dentro do Plano Piloto. Estas seriam construídas apenas nas áreas rurais. A idéia básica era que o tamanho da instituição deveria ser proporcional ao tamanho da população próxima. Como no Plano Piloto a densidade

populacional seria alta, lá deveriam ser dispostas grandes instituições. Mas ainda que mesmo durante a década de 70 as mudanças de perspectiva já começassem a tomar forma, apenas no início dos anos 80 as percebemos efetivamente.

Para sermos precisos, desde o início existiram transformações no projeto que previa o local de construção das instituições de saúde. As primeiras alterações não provocaram, entretanto, uma modificação das bases do sistema. O que houve foi um ajuste na localização das instituições, preservando os princípios que norteavam a escolha dos locais e dos tipos de instituição. Note-se, por exemplo, que o Hospital de Base, principal unidade do sistema, foi deslocado para outra área próxima à inicialmente prevista, o que implicou até mesmo numa expansão da chamada Área Central do Plano Piloto, com a criação dos Setores Hospitalares (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 1985: 31-2, 59). Este Setor Hospitalar, não previsto anteriormente, mantém, entretanto, a proposta de centralização dos serviços de saúde.

O mapa abaixo explicita esquematicamente onde as instituições de saúde do Plano Piloto foram se localizando ao longo do tempo:



Fonte: http://www.acheiweb.com.br (as referências às instituições de saúde foram por mim inseridas posteriormente).

Ref	Instituição	Data de inauguração	Endereço atual
1	UNIDADE MISTA (Antigo Hospital Dia)	12 de setembro de 1959, transformada em Unidade Mista em 16 de março de 2001	Av. W/3 Sul – EQS 508/509
2	HOSPITAL DE BASE DO DISTRITO FEDERAL (HBDF)	12 de setembro de 1960	SMHS - Área Especial - Q. 101
3	HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL (HRAS)	22 de novembro de 1966	Av. L2 Sul Quadra 608 Módulo A
4	CENTRO DE SAÚDE Nº 09 CRUZEIRO NOVO	03 de dezembro de 1980	SHCES QD. 611 LT 01

5 A	CENTRO DE SAÚDE Nº 05	17 de dezembro de 1981	SHIS – QI 21 AE LAGO SUL
5 B	CENTRO DE SAÚDE Nº 06	17 de dezembro de 1981	SGAS QD. 605 LT. 32/33
5 C	CENTRO DE SAÚDE Nº 07	17 de dezembro de 1981	SGAS QD. 612 LT 38/39
5 D	CENTRO DE SAÚDE Nº 08	17 de dezembro de 1981	EQS 514/515
5 E	CENTRO DE SAÚDE Nº 10 LAGO NORTE	17 de dezembro de 1981	SHIN QI 03 AE
5 F	CENTRO DE SAÚDE Nº 11	17 de dezembro de 1981	SGAN QD. 905 LT "D"
5 G	CENTRO DE SAÚDE Nº 12	17 de dezembro de 1981	EQN – 208/408
5 H	CENTRO DE SAÚDE Nº 13	17 de dezembro de 1981	EQN – 114/115
6	CENTRO DE SAÚDE Nº 14 CRUZEIRO VELHO	12 de julho de 1983	Setor Escolar LT 4
7	HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE (HRAN)	04 de dezembro de 1984	Setor Médico Hospitalar Norte Quadra 101- Área Especial
8	CENTRO DE SAÚDE Nº 15 VILA PLANALTO	01 de setembro de 1993	Rua Piauí – AE
9	HOSPITAL DE APOIO DE BRASÍLIA (HAB)	30 de março de 1994	SAIN Qd. 04 lote s/número
10	CENTRO DE SAÚDE Nº 02	20 de junho de 1998	Q. 05 CONJ. A LTE 17 – AE – Varjão

O que se percebe é a existência de três etapas ou momentos de criação destas instituições de saúde. O primeiro deles refere-se à época de construção da cidade durante a década de 60. Neste período são inaugurados a atual Unidade Mista, o HBDF e o HRAS. Predomina neste período a idéia das grandes instituições dentro do Plano Piloto. Já num segundo período, que corresponde aos primeiros anos da década de 80, percebemos a construção de diversas instituições, entretanto, com uma importante mudança de perspectiva. Neste momento são inaugurados dez centros de saúde, além do HRAN. Se levarmos em conta o fato de que a construção da Asa Norte foi posterior à da Asa Sul, a mudança de estratégia da política de saúde fica ainda mais clara. Exceto pelo HRAN, que viria finalizar as projeções anteriores, todas as outras instituições são de pequeno porte e estão mais dispersas, algo não cogitado quando do projeto inicial. Chegando à década de 90, são inauguradas pelo poder público apenas mais três instituições, dois centros de saúde e o HAB. A construção destas nesta época não expressou uma nova mudança de perspectiva, mas apenas um desdobramento das idéias surgidas ao final da década de 70. Isso não quer dizer que a política de saúde não sofreu alterações significativas nos anos 90; muito pelo contrário, surgiram modificações importantes, embora não tenham significado alterações nos locais de construção das instituições de saúde dentro do Plano Piloto[11].

As modificações nas idéias que fundamentaram as políticas de saúde vieram acompanhadas de mudanças significativas na legislação do setor, assim como na maneira como o Estado brasileiro lidou com a questão da saúde pública. De modo geral, houve um deslocamento de uma política de saúde assentada na previdência social para uma estratégia de política autônoma, integral e universal. Justamente em 1960, ano de inauguração de Brasília,

[11] Estas mudanças serão exploradas no próximo item do texto.

foi promulgada a lei 3.807, a Lei Orgânica da Previdência Social, que unificou a previdência social e previu a contribuição conjunta de empregados, empregadores e União. Durante o regime militar o governo procurou fortalecer a previdência social, tentando garantir seus benefícios aos trabalhadores. A unificação prevista em 1960 é então finalizada em 1967 com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS passa a reunir a contribuição de todos os trabalhadores legalmente registrados e a redistribuir, ainda que de maneira insuficiente e desequilibrada, os recursos na forma de benefícios a esta classe de trabalhadores. E um dos principais dentre estes serviços era a assistência médica. Contudo, devido à incapacidade do Estado em oferecer os serviços de saúde a todos os previdenciários, o governo passa a valer-se da iniciativa privada, pagando por atendimentos que compunham deveres estatais. A complexificação desta estrutura leva então à criação de um órgão separado em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

A questão a ser notada é que, neste modelo, nem todos os cidadãos tinham acesso a serviços públicos de saúde. Apenas os trabalhadores com carteira assinada, contribuintes da previdência social, possuíam este benefício. Além disso, mesmo algumas categorias profissionais ficavam de fora do sistema. Por exemplo, os trabalhadores rurais passaram a participar apenas em 1971, e em 1972 os empregados domésticos e autônomos. Uma parcela enorme da população ficava então excluída do sistema, sobretudo aqueles que não possuíam vínculos empregatícios formalizados.

Por outro lado, neste período era legalmente instituída a separação entre medicina curativa e preventiva, bem como as instâncias estatais responsáveis por cada uma delas. E, posta esta divisão, a medicina curativa sempre recebeu mais recursos e atenção, com uma clara opção do Estado por determinado modelo de medicina e ação em saúde.

Os problemas enfrentados por este modelo começam a se acentuar no final dos anos 70. Na década de 80 podem então ser percebidas, na esfera nacional, mudanças institucionais que buscavam indicar alternativas aos problemas enfrentados. Já neste momento a solução parecia ser tanto a modificação nos tipos de políticas promovidas pelo Estado quanto nos modelos de saúde, tratamento e prevenção. Com o passar do tempo inúmeras mudanças vão acontecendo como um avanço deste processo, culminando num marco importante mais amplo, a promulgação da Constituição de 1988.

A nova Constituição definia a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, cabendo a ele oferecer acesso universal, integral e igualitário a todos os cidadãos. Além disso, previa a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma estratégia de política pública em saúde erigida a partir de bases distintas das anteriormente existentes. Em 1990, com a lei

8.080 o SUS é regulamentado, tendo seu modelo operacional definido. Desde então, vem sendo desenvolvido e implantado de formas diferentes no país devido, entre outras coisas, à desigual disponibilidade de recursos. O importante a ser registrado é que o SUS participa deste processo mais geral de crítica e transformação do modelo de saúde anteriormente existente. A saúde passa a ser percebida de forma menos associada à simples ausência de doenças, ganhando um caráter mais ambiental e social.

Dessa forma, as políticas de saúde que definiram o local de construção das instituições de saúde de Brasília – assim como suas características – participaram deste processo que culminou na criação do SUS. Trata-se, panoramicamente, da mudança de uma estratégia de atenção excludente e focada na cura para outra universal e direcionada também para a prevenção. Logo, passa-se pouco a pouco a optar-se pela construção de instituições menores em regiões mais fragmentadas do espaço. Nesse sentido, ao invés de grandes instituições em grandes centros populacionais passa-se a preferir uma multiplicidade de pequenas instituições nestes mesmos centros, pois estas últimas estariam mais de acordo com a nova proposta de saúde pública.

Obviamente, este conjunto de mudanças envolveu mais do que uma simples alteração no plano das idéias sobre saúde pública. Na definição do modelo de saúde a ser promovido pelo Estado participaram os diversos atores que foram consolidados em contextos institucionais anteriores (GERSCHMAN & SANTOS, 2006). No caso aqui em questão, o sistema médico privado é quem ganhou maior destaque, ao lado dos diversos movimentos que lutavam pela democratização da política e do Estado brasileiros, além de organismos internacionais[12].

Além disso, é imperativo ressaltar, a ampliação do acesso à saúde oferecida pelo Estado e a aproximação desta para com a população significou também um fortalecimento dos dispositivos de poder do Estado. Como bem demonstrou Foucault, o modelo que mais se desenvolveu na história da medicina foi aquele que se mostrou mais flexível, capaz de articular "uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la" (1979c: 97). O alvo da medicina sempre foi o corpo social, seu controle e formatação; sendo assim, não se deve perder de vista que as transformações que viemos discutindo aqui não eliminam a importância dos recursos de poder que as acompanham.

[12] Para mais detalhes acerca da história das políticas de saúde no Brasil o leitor pode buscar Luz (1979), Guimarães (1979), Oliveira & Teixeira (1985) e Hochman (1998).

O lugar da saúde no Plano Piloto

Descrevi no item anterior os locais atualmente ocupados pelas instituições de saúde presentes no Plano Piloto. Demonstrei também como as mudanças ocorridas no que tangem à definição destes lugares, bem como os tipos de instituições a serem construídas, estiveram relacionadas com processos mais amplos referentes aos modelos de política pública em saúde adotados pelo Estado.

Ficou claro como no caso de Brasília, enquanto capital planejada do país, a presença do Estado é ainda mais forte do que o comum. Brasília representa, seguramente, um grande empreendimento estatal. Sob este prisma, nela houve uma grande interferência estatal na gestão do espaço e, consequentemente, dos contextos políticos que se sucederam nas últimas décadas (SILVEIRA, 1999). Todavia, como já anunciei, o fato do intenso planejamento não significa que o Plano Piloto deve ser pensado de forma separada para com dinâmicas regionais e nacionais. Seu processo de urbanização, aliado aos problemas daí decorrentes, encontram muitas semelhanças com o de outras metrópoles brasileiras. Isto posto, para compreender o quadro atual da saúde no qual o Plano Piloto se insere, faz-se necessário ressaltar duas questões.

Atualmente, um dos principais assuntos que pautam o planejamento em saúde do Plano Piloto diz respeito ao modo de melhor integrá-lo regionalmente, especialmente com as cidades do Entorno[13]. A precariedade dos serviços de saúde existentes nas cidades próximas gerou, ao longo da década de 90 e até os dias de hoje, um intenso fluxo de pacientes que buscam atendimento nas instituições do Plano Piloto – ainda que estas tivessem sido planejadas para atender apenas a população local. Para que se tenha uma idéia desta dinâmica, note-se que, no ano 2000, 20% das internações realizadas por estas instituições se fizeram com pacientes de outras localidades (CORREIO BRASILIENSE, 2001). Já em 2005, 25% das pessoas internadas e 13% dos atendidos pelo serviço de urgência vieram do Entorno. Somente no Hospital de Base, 28,6% das internações e 11,6% das emergências foram feitas com estes pacientes. A maior parte delas vinha de Goiás, mas também de Minas Gerais, e até mesmo do Nordeste. A rigor, este número seria ainda maior, pois existiria uma resistência dos pacientes em declararem sua verdadeira origem (JORNAL DE BRASÍLIA, 2005). Diversas estratégias de integração dos sistemas de saúde do Distrito Federal, Goiás e Minas Gerais foram propostas visando equacionar o problema (CORREIO BRASILIENSE, 2006), no entanto, até o momento a questão resta mal resolvida.

[13] As cidades do Entorno são aquelas localizadas nos estados de Goiás e Minas Gerais que circundam o Distrito Federal e que mantêm com ele relações (econômicas, populacionais etc.) importantes diversas.

Por outro lado, é preciso situar o Plano Piloto na última modificação importante surgida no âmbito da saúde pública do país. Desde a metade dos anos 90 o Programa Saúde da Família (PSF), criado pelo governo federal, vem se tornando o carro-chefe da atenção básica no país. Mais do que isto, ele vem assumindo o papel de base fundamental das políticas de saúde. A idéia é reelaborar todo o sistema a partir dele, tornando-o eixo fundamental à quais as outras ações se atrelariam. É, em grande medida, um aprofundamento das mudanças que tratamos anteriormente, com um privilegiamento das ações preventivas e de controle da saúde, entendida de forma mais ampla[14]. No Distrito Federal o PSF foi lançado em junho de 1999, sucedendo o projeto "Saúde em Casa", que existia desde 1997 (CORREIO BRASILIENSE, 1999). Em 2003, o Distrito Federal já possuía 134.975 famílias atendidas pelo PSF, com 134 equipes trabalhando em 14 cidades (JORNAL DE BRASÍLIA, 2003).

A proposta do PSF é, se comparada com as políticas anteriores, tratar a questão espacial de forma diferente das anteriores, concedendo-lhe maior importância. Sua inserção no espaço é capilarizada, minuciosa. Na verdade, ao contrário de esperar pelos pacientes e oferecer atendimento, o PSF propõe buscar as pessoas antes que elas se tornem de fato pacientes, transformando a ação em saúde num meio de controle permanente das condições de saúde das comunidades. Por outro lado, ele é operacionalizado com pequenas equipes responsáveis por um conjunto reduzido de residências. Esta equipe, apesar de ter na visita aos lares sua ação central, necessitaria de uma instalação física própria próxima à comunidade atendida por ela. E o mais comum observado até o momento é que as equipes utilizem os centros de saúde já construídos. Nesse sentido, nota-se como o PSF mantém afinidades e, mais do que isto, aprofunda algumas das idéias sobre saúde pública que se destacaram a partir da década de 70.

Porém, curiosamente, até hoje não existem equipes do PSF trabalhando no Plano Piloto. O programa ainda não cobre a totalidade da população brasileira, estando em fase de implantação em muitas localidades. Mas, em geral, ele é implementado antes em localidades mais pobres, o que explicaria sua inexistência no Plano Piloto. Não obstante, mais uma vez fica claro como a questão da saúde, assim como a territorial, está envolta em questões sociopolíticas mais amplas.

Conclusões

Quando do primeiro projeto de um sistema de saúde pública para Brasília supunha-se que existiria uma maior concentração populacional dentro dos limites do Plano Piloto. Esta

[14] Para mais detalhes acerca do Programa Saúde da Família o leitor pode buscar Aguiar (1998) e Ministério da Saúde (2002; 2005).

projeção serviu de base para o planejamento do sistema, que levava em conta tanto esta área central quanto a rural, mas com privilégio da primeira. Este projeto inicial já se apresenta como uma crítica à construção de grandes áreas que recebessem todas as instituições de saúde, propondo-se levar instituições para todas as zonas habitadas. Fazia-se assim participante de um momento de transição entre uma estratégia que prioriza o hospital como principal ator do sistema para outra que valoriza uma atenção capilarizada da população. O descompasso existente entre os períodos marcados pela construção do HBDF e do HRAS na década de 60 e dos centros de saúde na década de 80, é assim sintomático deste processo que culminaria com a criação do SUS no final dos anos 80 e, posteriormente, do PSF na década de 90.

Hoje em dia a realidade da demanda por serviços de saúde é diferente da prevista inicialmente. A maior parte dos potenciais pacientes reside nas cidades próximas ao Plano Piloto. Como muitas destas pessoas não encontram atendimento em seus locais de origem, buscam as instituições de Brasília. Foi na intenção de resolver este problema de demanda externa que algumas instituições de saúde acabaram sendo criadas no Distrito Federal. Ao que parece o planejamento estatal nunca conseguiu andar *pari passu* com as mudanças sociais e suas demandas. O que comumente se fez foi tentar tapar buracos e dar a eles um aspecto de projeto estatal. Se houve um intenso planejamento interno ao Plano Piloto, tudo indica ter havido uma falta de planejamento na totalidade do sistema. Isso parece deixar claro como os governos têm dificuldade em lidar com as mudanças sociais que fogem às previsões. Demonstra ainda como o fator espaço interfere na organização das políticas. A instalação das instituições de saúde em tal ou qual lugar sempre foi um problema, pois a ela vinha associada a questão de seu tamanho e função.

Esta realidade se relaciona com o fato de que as dinâmicas sociais subverteram as intenções iniciais dos projetores de Brasília (HOLSTON, 1993). A rigor, o Plano Piloto nunca esteve isento dos macro-processos sociais brasileiros. E por estas razões ele não pode ser pensado nem abstratamente, nem isoladamente (PAVIANI, 1985: 78). Mais além, estes processos mais amplos estiveram sempre relacionados com as políticas de saúde vigentes no país. E cada nova política deriva não apenas dos interesses presentes no momento de sua criação, mas também de ações e contextos institucionais já estabelecidos, bem como das experiências das populações com políticas anteriores (COELHO, 1998).

Este processo pode ser visto também como uma mudança no modo como as políticas estatais de saúde lidam com o espaço. Inicialmente, as ações em saúde estavam concentradas nas instituições, de modo que elas exerciam pouco controle sobre o espaço no qual habitavam

seus pacientes. Pouco a pouco estas instituições vão se pulverizando no espaço e, concomitante, se inserindo nele, tornando-o conhecido, controlado. De uma pouca consideração para com o espaço, as políticas de saúde vão cada vez mais se apropriando dele, transformando-se em instrumento de governo e saber do Estado sobre as populações.

Posto o problema da ação do Estado no âmbito da saúde pública, da promoção de condições de vida determinadas e previstas – processo que Foucault (1997; 1999) definiu como o surgimento e estruturação da biopolítica, ou seja, do desenvolvimento de uma racionalidade estatal sobre o problema do melhoramento e regulação das populações –, é interessante pensarmos como a questão espacial se insere nesta problemática. A presença do Estado por meio da instalação concreta de instituições de saúde diz respeito a questões que vão além de simples princípios técnicos, fazendo-se uma questão eminentemente política. Ela engendra experiências e apropriações do espaço por parte das pessoas. Sob este prisma, este texto pretendeu ensaiar uma estratégia de abordagem desta questão, tentando pensar como as políticas de saúde se organizam levando em conta a disposição espacial de suas instituições.

APÊNDICE 3 AO CAPÍTULO 2

Fotos externas do Hospital de Base

Foto 1: Ambulatório abaixo, Internação no centro e Emergência à esquerda no fundo.

Foto 2:
Internação no centro ao fundo

Foto 3:
Emergência no centro e Internação à direita no fundo.

Foto 4:
Emergência no centro e Internação à esquerda no fundo

Foto 5:
Pavilhão Administrativo no centro e Internação à esquerda.

Foto 6:
Internação no centro e Banco de Sangue abaixo.

CAPÍTULO 3

Medicamentos

Os itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base encerram aspectos diversos; alguns mais, outros menos importantes do ponto de vista da compreensão das dinâmicas mais gerais neles envolvidas. Na tentativa de elucidar estes processos tratamos anteriormente da busca por tratamento empreendida pelos pacientes, assim como das experiências por eles vividas no Hospital de Base. Igualmente relevante para a estruturação destes itinerários terapêutico é a presença de medicamentos. Sob este prisma, nos deteremos neste aspecto, procurando explorar algumas de suas múltiplas dimensões.

Mas antes é necessário esclarecer que ao falar de *medicamentos* estarei me referindo de forma genérica às diversas substâncias preparadas e utilizadas como artifícios de produção da cura de doenças. Deixo de lado outros artefatos quaisquer e trato apenas destas substâncias preparadas com níveis variados de especialização e controle. Ao longo do capítulo apontarei as diferenças entre elas e discutirei quais são mais usadas, além de como e quando são usadas. Sem dúvida existem várias divisões e classificações acerca destas substâncias. Uma primeira distinção mais ampla se dá entre aquelas tidas como de uso lícito e as de uso ilícito; separação que inclui os produtos de uso terapêutico, mas que vai além, referindo-se a todas as substâncias produtoras de estados corporais específicos. Esta separação tem sua história, que passa pelo estabelecimento de partilhas morais entre o que deve e o que não deve ser consumido (VARGAS, 2001). Entre as substâncias de uso terapêutico lícitas pode-se distinguir aquelas produzidas com base em conhecimentos “tradicionais”, “populares” ou “étnicos” e aquelas resultantes de saberes “científicos” que têm processos de elaboração,

produção, distribuição e comercialização específicos. Elas poderiam também ser classificadas de acordo com as restrições ao consumo existentes, com a eficácia, com os tipos de efeitos que geram etc. A princípio, nenhuma destas divisões me interessa de forma absoluta, pois por si só não iluminam os medicamentos que aparecem nas histórias dos pacientes do Hospital de Base. O que deve ser notado é que na quase totalidade dos itinerários terapêuticos há uma forte presença de substâncias utilizadas como meios de obter a cura das doenças. Mais do que isto, elas se fazem presentes nas diversas etapas destes itinerários, contribuindo de forma importante para suas construções. Identificar como isto se dá é o objetivo deste capítulo.

O uso de substâncias manipuladas com fins terapêuticos é encontrado em diferentes culturas, e vários antropólogos exploraram o assunto em suas monografias. Evans-Pritchard (1937), por exemplo, explicitou como entre os Azande as "drogas" (objetos fabricados a partir de árvores e plantas) estão constantemente presentes na vida das pessoas. Muitas delas estariam ligadas à magia e à feitiçaria, sendo que alguns atos mágicos seriam efeitos do uso das drogas, ou então somente seriam possíveis com o uso delas, podendo ser utilizadas para fins benéficos ou maléficos. As drogas precisariam ser consumidas e preparadas de forma correta e, sendo assim, sua utilização envolveria um aprendizado adquirido pelo manipulador ao longo de sua vida. Segundo Evans-Pritchard, os Azande teriam uma enorme farmacopéia que utilizariam na intenção de curar doenças, combatendo a causa secundária ("natural") delas. Quanto mais a doença é entendida como menos grave, mais o Azande tende a tentar curá-la com medicamentos. Quanto mais ela é entendida como grave, maior a possibilidade de que seja associada com bruxaria ou feitiçaria e de que outros recursos sejam buscados. Além disso, existiria uma dinâmica de tentativa e erro no uso dos medicamentos: se um não funciona, busca-se outro, enquanto se acreditar que se trata de combater a causa secundária do problema.

Em estudo também desenvolvido com um grupo africano, Turner demonstrou como entre os Ndembu os "'medicamentos' de ervas e de outros tipos, aplicados ao paciente na forma de poções, loções ou emplastros, são substâncias que possuem, cada uma delas, a sua própria 'virtude' específica – cada uma revela um aspecto da doença ou aponta para algum aspecto do estado desejado de saúde ou 'alvura'. A farmacopéia para cada doença é nada menos que uma descrição da doença em termos simbólicos e uma afirmação dos atributos da saúde e da plenitude" (1967: 383-4). Os medicamentos concederiam ao doente poderes ou qualidades favoráveis à sua saúde através de laços de afinidade entre seus nomes ou suas características naturais e as propriedades atribuídas a eles. Outras concepções e usos de

medicamentos culturalmente delineados poderiam ser citados, cada um deles com suas configurações particulares.

No início dos itinerários terapêuticos de alguns dos pacientes do Hospital de Base aparece o consumo do que se poderia denominar "medicamentos populares" – chás, garrafadas, vitaminas etc. São substâncias geralmente – como em Soares (2006), por exemplo – associadas a conhecimentos tradicionais, a saberes transmitidos de geração para geração no interior de comunidades de pequena escala. Na verdade, entre os pacientes do Hospital de Base estas geralmente são mais utilizadas em etapas anteriores aos itinerários terapêuticos, quando os pacientes ainda não se concebiam realmente doentes. Nesta fase muitos destes medicamentos são usados, mas especialmente os chás feitos de folhas ou raízes. Quando o itinerário terapêutico tem início este consumo tende a desaparecer de forma abrupta, embora resista por um curto período em alguns casos. Com estes, o que se pode notar é que não existem sistemas de práticas solidamente estruturados em torno destes medicamentos. O consumo se dá quase invariavelmente por indicações ou sugestões de terceiros, quase nunca por conhecimentos já possuídos pelo paciente, constituindo assim num aprendizado circunstancial e precário. Nesse sentido, não existem sistemas de conhecimentos coletivos organizados a serem efetivados em casos concretos de doença, mas tentativas dispersas e descompromissadas de solucionar problemas por meio de soluções isoladas. Ao se entender como doente, o paciente tende a abandonar o uso destes medicamentos e a não pensar que um sistema de tratamento falhou ou se mostrou insuficiente. Isso porque não havia uma estratégia "popular" de cura organizada com elementos medicamentosos próprios, mas medicamentos independentes usados de forma prática de acordo com concepções particulares e contextos específicos.

Durante estes mesmos períodos – imediatamente anteriores e logo no princípio – dos itinerários terapêuticos também acontece o uso de medicamentos que poderíamos chamar de "farmacêuticos". Entre os pacientes do Hospital de Base são estes os medicamentos mais consumidos e que praticamente sintetizam as ações terapêuticas que experimentam. No entanto, existem diferenças centrais entre os modos como são consumidos no começo dos itinerários terapêuticos e posteriormente, quando as buscas por tratamento estão sendo desenvolvidas. De forma semelhante aos medicamentos "populares", estas substâncias industrialmente produzidas inicialmente são usadas sem que componham uma estratégia terapêutica organizada. Estes medicamentos em geral provêem de duas fontes: da farmácia doméstica ou então de farmácias comerciais. Na farmácia doméstica estão os restos de medicamentos utilizados no passado e não consumidos até serem esgotados, além daqueles

outros de consumo ordinário, reiteradamente comprados. Nas farmácias comerciais são adquiridos os medicamentos indicados sobretudo por seus funcionários, ou então por pessoas leigas conhecidas (amigos, familiares etc.). Há uma série de medicamentos que são adquiridos com facilidade, comumente tidos como "fracos" ou inofensivos à saúde. Em ambos os casos trata-se de um processo análogo ao existente com os medicamentos "populares", ou seja, de ações isoladas e não de sistemas terapêuticos estruturados. Quando se faz uso da farmácia doméstica, especialmente dos medicamentos anteriormente indicados por médicos, o consumo se baseia tão somente num princípio imitativo. As pessoas esperam que o medicamento elimine um problema semelhante ao que tiveram antes e que foi resolvido por ele. Os medicamentos comprados em farmácias comerciais também não são vistos como partes de estratégias terapêuticas, mas como chances de cura baseadas em sugestões das quais não se demanda responsabilidade ou coerência. Não se espera que aquele que indica o medicamento "farmacêutico" tenha um conhecimento equivalente ao do médico ou que ofereça um verdadeiro tratamento. A pessoa observa que aquele que indica o medicamento não faz nenhum exame nem se aprofunda no caso, mas apenas sugere que, fundamentando-se em experiências anteriores ou em associações práticas específicas, é possível que o problema de saúde seja eliminado com o medicamento. Se isso não acontece é porque a pessoa deve procurar um tratamento de fato, o que equivale a dizer que ela deve procurar um médico.

Utilizar um chá herbóreo ou um analgésico em gotas seriam assim ações semelhantes; ambas são tentativas isoladas de resolver um problema circunstancial. Alguns autores, a partir de pesquisas realizadas no Brasil sugeriram quadros diferentes. Ferreira (1998), por exemplo, em estudo feito em comunidade pobre da periferia de Porto Alegre, compreendeu que as experiências corporais da comunidade são socialmente formuladas, de modo que, segundo a autora, a medicina somente seria buscada quando determinadas sensações físicas seriam tidas como medicalizáveis. As concepções e práticas do grupo teriam sua própria lógica, por vezes contrastante com a da medicina. As pessoas frequentemente buscariam a medicina com a intenção de resolver um sintoma, que em geral seria a dor. Entre o uso de recursos caseiros e os médicos existiria um curto espaço de tempo, e sempre pautado pelos sintomas. Ainda que o médico diagnostique uma doença crônica que requeira atenção prolongada, as pessoas tenderiam a abandonar o tratamento quando a dor desaparece. E a expectativa delas é de que com a consulta médica medicamentos lhes sejam indicados. Para Ferreira, neste contexto em particular "o medicamento é o ponto de intersecção entre o terapeuta e seu paciente em razão de proporcionar atitudes e expectativas quanto ao curso da doença em ambos os pólos. O doente passa a controlar o seu processo de cura à medida que decide quanto, quando e como

tomar a sua medicação. Da mesma forma, seleciona os medicamentos prescritos mediante o auxílio de familiares, vizinhos e balconistas de farmácia" (1998: 54). Existem entendimentos próprios acerca de como os medicamentos atuam, de suas potências, formas de utilização, eficácias etc., ou seja, "para estes moradores, o manejo das medicações obedece a uma lógica particular, a qual não segue os referenciais da biomedicina" (1998: 55). Estudos como este sugerem a existência de uma relativa independência de grupos sociais com relação à medicina no que tange ao consumo dos medicamentos "farmacêuticos". Mais do que isto, identificam que este distanciamento viria acompanhado da presença de ações organizadas e autônomas que englobariam os recursos médicos.

Não foi um panorama desta espécie que pude perceber com os pacientes do Hospital de Base. Entre eles estes medicamentos são consumidos sem que conformem um domínio terapêutico distinto. Ao se entenderem doentes eles buscam tratamento médico e, neste momento, este tipo de consumo é interrompido. Sob este prisma, o contato com o médico é um marco fundamental. Invariavelmente, ele proíbe o uso de quaisquer medicamentos que não tenha sugerido ou permitido. Antes disso, estas substâncias eram percebidas como inofensivas à saúde; como produtos que se não eliminassem o problema, da mesma forma não o agravariam ou produziriam outros. Contudo, quando o tratamento médico é iniciado, as pessoas passam a conceber que quaisquer outros medicamentos que possam utilizar por conta própria podem atrapalhar seus tratamentos, interrompendo os efeitos dos medicamentos receitados pelos médicos ou causando-lhes danos à saúde.

Mas se este consumo desestruturado é eliminado quando o tratamento médico tem início, por outro lado surge, ao mesmo tempo, uma classe diferente de consumo. Este estruturado, sistêmico. E será ele que, num certo sentido, consistirá na ferramenta terapêutica principal dirigida à cura dos pacientes.

Quadro 11
Aprendizado

Durante uma semana Henrique acreditou que estava sendo atacado por uma forte gripe. Procurou se tratar bebendo chás, utilizando remédios caseiros, alguns outros comprados em farmácias, mas, especialmente, com Apracur. Por diversas vezes havia feito coisa semelhante. Quando sentia alguma dor ou desconforto ia até uma farmácia, comprava um medicamento e, após utilizá-lo, julgava ter eliminado o problema. Certa vez chegou a ingerir doze Anador num curto período. Ao longo de seus sessenta anos medicou-se por conta própria diversas vezes e viu muitas outras pessoas fazerem o mesmo.

Mas naquela semana ele quase não se alimentou, o que o deixou bastante fraco. E como a suposta gripe não cedia às suas tentativas de tratamento, procurou um Posto de Saúde de sua cidade,

Formosa – localizada no estado de Goiás numa região próxima ao Distrito Federal. O médico do Posto que o examinou decidiu encaminhá-lo para um hospital, pois achou que precisava ser internado. Assim permaneceu por oito dias, ainda sem conseguir se alimentar. Ao final deste período imaginou que estivesse recebendo alta porque havia terminado de receber os antibióticos necessários à sua cura, já que deixou o hospital não se sentindo bem. De todo modo gostou de sair do hospital. Voltou para casa crendo que se recuperaria, pois havia ingerido os medicamentos e poderia fazer uma alimentação reforçada. No entanto, continuou sem conseguir comer normalmente – apenas ingeria líquidos.

Na manhã do dia seguinte ao que recebeu alta, logo que acordou sentiu uma coceira dentro do nariz. Foi até o banheiro e assuou, o que provocou um grande sangramento. Avaliando que lhe faria bem, Henrique deixou que o sangue escorresse por seu nariz durante algum tempo. Mas o sangramento não parou e continuou intenso. Ele então molhou a cabeça, a nuca e sentou-se no vaso sanitário reclinando a cabeça para trás. Sentia que o sangramento prosseguia e que engolia muito sangue. Por mais de uma hora tentou estancá-lo, até que chamou sua comadre e pediu que ela solicitasse uma ambulância. O Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) foi até sua casa e o levou para o hospital.

O que aconteceu depois disso Henrique não se recorda. Disseram-lhe que vomitou muito e que sangrou pela boca, nariz e ouvido. Ficou no hospital de Formosa somente um dia, e os médicos o encaminharam para o Hospital de Base. Henrique avaliou que a decisão de transferi-lo se deveu ao fato de que o sistema de saúde de Formosa – por ser esta uma cidade do interior – não possui boa infra-estrutura.

Entrou no Hospital de Base pela Emergência. Ficou internado no setor por três dias, nos quais realizou diversos exames. Em seguida foi levado para a Internação onde continuou passando, diariamente, por três a quatro exames. Os médicos suspeitaram que estivesse com insuficiência renal, mas foi concluído que não era o caso. Ao final de dez dias Henrique recebeu alta, satisfeito por saber que seu problema não era grave.

Sua impressão do Hospital de Base foi muito positiva. Avaliou que todos os profissionais que ali trabalhavam – faxineiros, médicos, enfermeiros etc. – eram excelentes. Julgou que eram competentes, educados, carinhosos e transmitiam muita segurança aos pacientes. Sua avaliação foi que o serviço do Hospital de Base seria do mesmo nível dos oferecidos por instituições particulares. Ficou impressionado, emocionado e grato. Acreditou que se não tivesse tido a oportunidade de se tratar ali não conseguiria pagar por serviço semelhante na rede privada.

Nos dias de internação ninguém lhe falou qual teria sido a causa de sua hemorragia, mas Henrique acreditava que o problema teria surgido em decorrência de sua demora para “procurar recursos”, o que, além disso, fez com que ele se agravasse. Entendia que poderia até mesmo ter desenvolvido uma pneumonia. Por outro lado, achava que se o sangramento não tivesse ocorrido no nariz poderia ter sofrido um derrame cerebral, o que poderia ter sido fatal. Ao receber alta avaliava que seu problema não era o que antes havia imaginado.

A experiência da hemorragia havia feito com que avaliasse que deveria ter mais cuidado com sua vida. Associava este cuidado com utilizar mais os serviços de saúde, os “recursos” disponíveis: postos de saúde, hospitais etc. Achava que como muitas outras pessoas, ele sempre deixava para procurar ajuda quando não mais havia o que ser feito. Sempre se medicou por conta própria, e mudou de opinião sobre esta postura. Passou a achar que os médicos seriam os únicos a saber fazer uma avaliação correta de quais seriam as reais causas dos problemas de saúde e as ações corretas a serem empreendidas, já que estudaram para fazê-lo. Relembrava que quando foi levado para o Hospital de Base comprou Voltaren acreditando que poderia precisar, mas o médico que o tratou lhe repreendeu dizendo que como havia a suspeita de que tivesse insuficiência renal não poderia utilizar o medicamento. Henrique acreditava que se de fato tivesse insuficiência renal e utilizasse o medicamento, poderia precisar fazer hemodiálise para o resto da vida. Acreditava que as pessoas que procuram um hospital e pensam que a instituição e os profissionais são ruins, não perceberiam que a situação na qual se encontram existe somente porque se dirigem aos hospitais quando suas situações já

estão graves, e antes disso ingeriram diversos medicamentos por conta própria. Arrependeu-se de por diversas vezes ter comprado caixas de medicamentos com vinte ou trinta comprimidos, consumido cinco ou seis e depois de um tempo tê-los jogado no lixo quando o prazo de validade expirou. Passou a achar que este tipo de prática faria com que as pessoas chegassem aos hospitais com a saúde bastante debilitada.

Todas estas reflexões faziam com que ele concluísse que a condição que havia atingido fora desenvolvida por ele mesmo, por tentar se tratar por conta própria e não buscar a ajuda médica. Avaliou que, com sessenta anos, era uma pessoa com experiência de vida, não era analfabeto, e mesmo assim não teria dado o devido valor a todos os "recursos" disponíveis. A experiência do adoecimento aparecia-lhe como uma lição para toda a vida, um aprendizado que tentaria colocar em prática no futuro. Durante toda a vida ele se automedicou. Dirigia-se até uma farmácia, explicava o que estava sentindo, comprava um medicamento, ingeria uma pequena parte dele e parava de utilizá-lo quando o problema desaparecia. Mas decidiu nunca mais fazer isto. Não iria mais procurar farmácias, mas sim os "recursos".

Henrique também mudou sua concepção acerca da postura que os pacientes devem assumir dentro das instituições de saúde. Há mais de vinte anos possuía um problema na perna, o que constantemente o levava a dirigir-se a hospitais. Por mais de uma vez chegou num hospital às oito horas da manhã e foi atendido apenas às cinco horas da tarde. Mas no momento em que fazia a consulta tinha a impressão de que o médico havia sido direcionado para atendê-lo por uma providência superior. Sua impressão era que isso somente seria possível tendo-se muita paciência. Pensava que muitas pessoas chegariam aos hospitais com o desejo de serem atendidas imediatamente, e que se exaltam quando isso acontece porque não sabem esperar. Henrique passou a achar que as coisas não funcionam desta forma, especialmente num hospital público, onde as pessoas têm de ser atendidas pela ordem de chegada, de modo que quem chega antes tem a chance de ser atendido mais cedo. Disse que já viu pessoas que ficaram uma ou duas horas num banco de espera e que por isso começaram a esbravejar e ofender os funcionários. Disse que a primeira coisa que as pessoas precisam ter num hospital é calma, paciência, pois os hospitais precisariam cuidar de uma demanda grande. No dia anterior ao que recebeu alta havia ido tirar um raio-x no setor da Emergência, e viu pessoas deitadas no chão, num local com mais de quinhentos leitos e, mesmo assim, achava que a pessoa precisaria ter paciência, pois certamente estaria sendo medicada. Em sua opinião, o Hospital de Base não poderia deixar de atender alguém que o procura porque faltam leitos, até mesmo porque o movimento nele seria rotativo, com pessoas entrando e saindo constantemente. Enfim, diante deste quadro, as pessoas precisariam ter paciência, calma, e serem humildes.

Os pacientes do Hospital de Base ingerem medicamentos enquanto realizam quaisquer tipos de tratamentos médicos. Ao olharmos panoramicamente as práticas médicas e relevarmos as diferenças existentes entre estes medicamentos, o que se percebe é que apenas uma minoria irrelevante destes tratamentos não envolve o uso de substâncias produzidas com base no saber médico. O emprego destas substâncias não só exclui a utilização de outras não-médicas, como encerra em si boa parte dos significados e das ações médicas dirigidas à cura. Dificilmente – e diria que mesmo no caso das doenças crônicas – o cerne de um tratamento médico consiste no desenvolvimento de técnicas corporais, na mudança de formas de pensar, em rearranjos de laços sociais, na aceitação de relatos de sucesso ou fracasso pessoais, no

cumprimento de alguma tarefa tradicional, na expiação de alguma dívida moral etc. Estar em tratamento médico é praticamente equivalente a estar consumindo um ou mais medicamentos.

Assim que a pessoa começa sua busca por tratamento tem início uma história de uso de medicamentos indicados por médicos. Estes podem mudar, serem substituídos, abandonados, renovados, produzirem bons resultados, resultados negativos etc., mas estão sempre presentes. Antes mesmo de um diagnóstico ser produzido, ao paciente já foi indicado algum medicamento. Pode se tratar de um paliativo, de uma prevenção para um problema maior ou de uma tentativa de cura ao acaso. Ter um diagnóstico em geral representa a possibilidade de que um medicamento "adequado" seja receitado, um antídoto correto para um mal conhecido. E no decorrer do tratamento eles vão sendo mudados ou mantidos de acordo com a percepção do médico acerca da condição do paciente.

Um paciente acharia estranho sair de uma consulta médica sem ter em mãos a prescrição de um medicamento. "Ir ao médico" é uma forma diferente de se dizer "receber uma indicação de medicamento a ser consumido". Há médicos cuja tarefa principal é renovar receitas médicas, permitir que os pacientes prossigam utilizando medicamentos. Os pacientes internados no Hospital de Base estão constantemente recebendo medicamentos – sendo a maioria absoluta desconhecida por eles. Alguns concebem mesmo que somente estão sendo bem atendidos quando lhes são entregues medicamentos de forma constante e regular.

Dupuy & Karsenty (1974), a partir de pesquisa desenvolvida na França nos anos de 1970 e 1971, tentaram explicar como os medicamentos se transformaram em elemento central do que eles chamaram de "medicina urbana". Segundo eles, a expansão do consumo de medicamentos não poderia ser explicada através da ação dos pacientes e tampouco dos laboratórios farmacêuticos. Seria possível imaginar que este intenso consumo derivaria de uma demanda elevada por parte dos pacientes, mas um olhar para as práticas concretas não permitiria tal tipo de compreensão. As pessoas possuiriam em suas farmácias domésticas grandes quantidades de medicamentos. Alguns de uso ordinário e constantemente comprados, outros originários de episódios pretéritos de adoecimento e tratamento médico. Quanto a estes últimos, a diferença entre o comprado e o consumido não seria devido à impossibilidade dos pacientes comprarem exatamente o que lhes foi prescrito. Se fosse o caso, essa diferença seria irrisória e as pessoas descartariam essas sobras. Para Dupuy & Karsenty, a diferença importante seria entre a quantidade prescrita e a consumida. As prescrições não seriam plenamente respeitadas, as pessoas em geral decidiriam sobre seus próprios tratamentos na medida em que, isoladas em suas casas, recuperariam certa autonomia anteriormente perdida. Livres de coerções, elas poderiam escolher não consumir tudo o que lhes foi prescrito. Até

que tenham em mãos os medicamentos, pesou sobre elas diversas pressões institucionais que não lhes permitiriam deixarem de adquirir os medicamentos conforme lhes foram prescritos. As instituições que controlariam os serviços de saúde coagiriam, controlariam e observariam as pessoas; mas, estando em suas casas, elas se libertariam destas pressões. No entanto, nesse sentido, existiria uma descontinuidade entre a oferta dos laboratórios farmacêuticos e a demanda dos pacientes. Descontinuidade ocupada pelas instituições que controlam os serviços médicos. Entre pacientes e laboratórios estaria presente a figura do médico. Seria ele que definiria os níveis de consumo de medicamentos por meio de suas receitas.

De acordo com os autores, no contato entre médico e paciente, o primeiro controlaria totalmente a relação. Os pacientes ficariam sempre numa condição de incerteza e vulnerabilidade. Entretanto, do ponto de vista do médico estas questões não teriam importância. Interessar-lhe-ia apenas a "confiança" do paciente. O que aponta para o controle médico sobre as expectativas existentes nesta relação, sendo na junção destas com o projeto científico médico que as ações médicas deveriam ser avaliadas. Sob este prisma, Dupuy & Karsenty afirmam que a consulta médica possuiria duas fases. A primeira seria marcada pela investigação empreendida pelo médico, pela busca e manipulação de informações acerca do paciente. Esta investigação levaria a um diagnóstico, por vezes a um prognóstico e quase sempre a um resumo da condição de saúde do paciente. Nesta primeira fase existiria ainda a decisão de prosseguir ou não com a investigação, podendo-se pedir exames cujos resultados podem retornar para aquele que os solicitou ou serem enviados para outros especialistas. Nestes casos os exames seriam realizados para se confirmar uma hipótese produzida por meios clínicos ou então para se eliminar uma possibilidade improvável. Já a segunda fase consistiria na decisão terapêutica. Esta seria expressa num registro escrito que indicaria uma dieta alimentar, uma cirurgia etc. Mas haveria sempre uma prescrição medicamentosa, que poderia ou não vir acompanhada de outros procedimentos. A seqüência básica seria assim, inicialmente um diagnóstico e, a seguir, uma prescrição medicamentosa. Dessa forma, o diagnóstico assumiria uma posição central no processo.

Todavia, do ponto de vista de Dupuy & Karsenty, no âmbito da "medicina urbana" o paciente raramente permitiria um diagnóstico "clássico". Por outro lado, a relação de serviço entre médico e paciente não permitiria que dela não resultasse um tratamento. Isto posto, esta dissonância entre os princípios da "medicina universitária" e as características da real procura de cuidados deveria gerar uma abstenção de qualquer forma de terapêutica. Mas as condições estabelecidas na relação entre pacientes e médicos não permitiria que aqueles não recebessem algum tipo de tratamento. Estaria então constituída uma crise latente entre as expectativas dos

pacientes e a capacidade dos médicos de responderem a elas. Para os autores, a produção dos laboratórios farmacêuticos resolveria esta crise. “Na ausência de um esquema médico da doença e de seu tratamento, o médico da cidade aprenderá a passar diretamente dos sintomas aos medicamentos que atuam sobre esses sintomas por absorção, erradicação ou prevenção” (DUPUY & KARSENTY, 1974: 100). Este salto seria favorecido pela grande quantidade de medicamentos disponíveis no mercado – uma diversidade que seria constantemente renovada e cada vez mais adaptada a uma sintomatologia precisa. Como este tipo de procedimento satisfaria a clientela, a dificuldade em estabelecer diagnósticos progressivamente deixaria de ser um problema para os médicos. Ela seria substituída pela dificuldade em escolher o medicamento mais adequado. Deste ponto de vista, na origem da expansão do consumo de medicamentos estaria uma mudança no caráter da clientela dos médicos. No contexto por eles analisado, os profissionais mais recentes precisaram se adaptar a um novo contexto no qual raramente receberiam doentes “verdadeiros”, no sentido “hospitalar-universitário”. Ficariam portanto bloqueados no campo do diagnóstico e impedidos de utilizar as terapias ideais devido às novas condições de trabalho. Suas atenções migrariam então para as oportunidades de novos medicamentos, ficando cada vez mais cientes dos efeitos negativos e positivos produzidos pelo uso deles. Concomitantemente, se interessariam predominantemente não pelos medicamentos que combatem as causas das doenças, mas por aqueles que atuariam nas cadeias de desenvolvimento das patologias, retardando seus progressos. Estes médicos abdicariam de produzir bons diagnósticos, pois a capacidade de fazê-los não seria uma qualidade reconhecida pelos doentes, dedicando-se a serem bons técnicos.

No limite, o conhecimento dos médicos em torno dos fundamentos das doenças seria substituído pelo conhecimento que acompanha a imensa farmacopéia disponível. A limitação natural na capacidade de armazenar e manipular informações faria com que o médico pouco a pouco saltasse do sintoma à prescrição medicamentosa, deixando de lado a reflexão sobre o encadeamento entre a nosologia das doenças, os sinais clínicos dos pacientes, a composição dos medicamentos e os efeitos gerados pelo seu consumo. O diagnóstico iria assim sendo abandonado, na medida em que, nesta perspectiva, se tornaria supérfluo. Tal procedimento eliminaria os custos de se laborar com as fases intermediárias entre o quadro clínico e os resultados do tratamento. A habilidade médica iria se aperfeiçoando na capacidade de conhecer e manipular os medicamentos existentes. E se o diagnóstico é substituído pelo medicamento, ser bom médico significaria saber indicar corretamente um medicamento, eficácia seria associada a consumo de medicamentos e a exatidão no diagnóstico seria

desprezada e desconsiderada como uma qualidade do tratamento. Com o passar do tempo, o próprio médico incorporaria esta visão e perderia a consciência do salto que empreende.

Mesmo quando tudo o que se tem são hipóteses acerca da doença do paciente, prescrições medicamentosas provisórias se fariam presentes. A existência de medicamentos pouco perigosos, de outros que combatem apenas sintomas ou que têm ações localizadas, contribuiria para esta prática e, em geral, satisfaria médicos e pacientes. A diminuição dos riscos quanto a um possível excesso de prescrição faria com que o médico se adaptasse a um nível genérico de expectativas dos pacientes, indicando o que tenderá a satisfazer uma gama maior deles, o que por sua vez permite deixar de lado preocupações com clientes em particular. Este patamar padrão de prescrição seria, consequentemente, maior do que o que o médico prescreveria a um doente específico sabiamente pouco exigente.

De acordo com Dupuy & Karsenty, quando o paciente comum passa a entender que sua saúde é um direito que deve ser atendido a todo custo, a saída do médico para atender a esta difícil demanda seria a prescrição de medicamentos. Nesse sentido, a elevada prescrição de medicamentos não seria o resultado direto da demanda dos pacientes. A procura por sucesso terapêutico é que teria sido revertida no alto consumo de medicamentos. A prescrição de medicamentos seria uma solução para uma dificuldade "recente" da prática profissional dos médicos. Solução esta que somente seria viável na medida em que o médico consegue manter-se numa condição superior ao paciente e, com isso, preservar a crença dos pacientes nos medicamentos. Ao fazê-lo, atingiria relativo sucesso terapêutico e manteria certa imagem de "bom médico", de médico competente e eficaz, deixando claro para si e para os outros que assumiu a responsabilidade sobre o problema do paciente e fez tudo o que pôde para solucioná-lo. Nas palavras dos autores, "nesta harmonização dos valores às opções é o medicamento que desempenha o papel primordial, como representante de uma ciência e de uma técnica farmacêuticas que se substituem à ciência médica: a boa medicina torna-se o bom médico e o bom médico é aquele que prescreve bem" (1974: 189).

Outra maneira de se compreender o fenômeno da centralidade possuída pelos medicamentos nos tratamentos médicos passa pela constatação de que a medicina se fundamentaria numa perspectiva materialista. Sendo a vida humana regida tão somente por princípios materiais e regulada por mecanismos mecânicos, uma intervenção medicamentosa, propriamente material, estaria de acordo com este ponto de vista. Rivers (1924) já havia apontado para o fato de que o surgimento da medicina estaria ligado ao desenvolvimento de idéias acerca de um mundo "natural" e de causações físicas a ele relacionadas. Queiroz (1986) argumentou que a medicina ocidental moderna se assentaria num paradigma mecanicista,

participante de certo positivismo. A idéia de que, como qualquer objeto natural, a doença e a saúde ocorreriam num corpo que funciona por interações mecânicas entre suas partes teria se disseminado a ponto de dominar as concepções médicas. Segundo Queiroz, por compartilhar de divisões tais como corpo e mente, ou pessoa e contexto, a medicina não comportaria em suas formulações esferas tais como o social, o cultural ou a história, o que teria feito com que ela fosse incapaz de lidar com algumas questões que se mostram importantes nos processos de saúde e doença. Após a 2ª Guerra Mundial a medicina teria se expandido, e com ela um otimismo em sua capacidade de solucionar problemas, mas, posteriormente, críticas a seu paradigma teriam feito com que a própria medicina entrasse em crise. O sucesso inicial da medicina se deveria, para o autor, ao fato de que seus fundamentos mecanicistas seriam semelhantes aos do capitalismo. Num momento seguinte, essa aproximação teria feito com que o projeto médico se tornasse inviável, na medida em que perdia sua autonomia. Ela deixaria de reconhecer como causas das doenças questões que implicassem em medidas de combate maléficas ao capitalismo, e assim passaria a produzir estratégias de cura dispendiosas e ineficazes. Para se recuperar da crise, a medicina precisaria, de acordo com Queiroz, recuperar a visão de que a doença também depende de aspectos sociais.

Embora a prevalência dos medicamentos na terapêutica médica seja indiscutível, existem divergências internas à medicina com relação a ela. Em outro trabalho interessante, Queiroz (1994) descreveu um contexto em que estes desacordos aparecem muito claramente marcados. Mapeando os serviços médicos de saúde existentes numa cidade do interior de São Paulo na passagem da década de 1980 para a de 1990, o autor mostra as dissonâncias entre os diferentes atores ocupantes de posições nos serviços de saúde em torno do uso de medicamentos. Seriam três as principais posições. Primeiro os farmacêuticos, que apesar de terem perdido parte de suas antigas funções, ainda possuiriam um papel importante nos serviços de saúde. Além de venderem medicamentos, eles também ofereceriam consultas para diagnóstico e tratamento. Estes profissionais seriam hostis aos médicos dos Postos e Centros de Saúde, pois, segundo eles, estes demorariam a iniciar os tratamentos, deixando os pacientes muito tempo sem medicamentos, correndo o risco de que as condições deles se tornem mais graves. Os farmacêuticos teriam por prática tentar satisfazer os clientes, investindo na confiança deles, o que na maior parte dos casos significaria examiná-los minuciosamente e receitá-los muitos medicamentos. Haveria também uma rivalidade entre os farmacêuticos, sobretudo uma mútua desconfiança cultivada em torno da possibilidade de que o rival faz o que puder para empurrar o maior número possível de medicamentos aos doentes, especialmente os mais lucrativos. Existiriam estratégias diversas para incentivar a venda e a

compra de determinados medicamentos, práticas facilitadas, segundo os farmacêuticos, pelo fato de que as receitas dos médicos não seriam claras o suficiente, permitindo que os vendedores as distorçam. O segundo ator deste contexto seria o médico privado da cidade. Este afirmaria que indica mais medicamentos porque assim os pacientes se sentiriam mais tranqüilos, sabendo que estão sendo tratados. Aliado a isso, tentaria manter com eles relações mais próximas, informais, como maneira de ganhar suas confianças. E, tal como os farmacêuticos, faria exames corporais detalhados, ainda que já saiba qual é a doença em questão. Por fim, os médicos da rede pública de atendimento, que tenderiam a restringir a prescrição de medicamentos. Muitos perceberiam que a maior parte dos pacientes que procuram ajuda possuiriam doenças originárias de sua condição social de vida, de modo que o tratamento delas requereria condições de trabalho diferentes das existentes. Alguns, com o passar do tempo passaram a receitar medicamentos apenas para manter o controle e a confiança dos pacientes, evitando que eles busquem outras alternativas. Estes médicos entenderiam que os pacientes possuiriam uma forma de pensar difícil de ser modificada e adepta do elevado consumo de medicamentos.

Entre estas três posições, afinidades e tensões se estabeleceriam. Queiroz argumenta que os farmacêuticos e o médico particular estariam mais próximos, todos em sintonia com a indústria farmacêutica e com a busca por lucro. Além disso, teriam a preocupação de cativar os clientes e, sendo mais sensíveis às suas demandas e anseios, aceitariam a condição de paciente auto-imposta por eles e medicariam mesmo quando fosse desnecessário. Em contraposição, os médicos da rede pública prescreveriam menos medicamentos, o que seria mal visto por farmacêuticos e pelo médico privado. Sendo assim, para o autor, por não se inclinarem a uma maior medicalização, os médicos da rede pública deixariam de ser funcionais ao sistema econômico dominante.

As razões e os contornos do consumo dos medicamentos em cada contexto podem variar, mas a assunção de uma posição de destaque por parte deles parece inequívoca. Entre os pacientes do Hospital de Base, tudo indica que há uma sobreposição entre a ação médica e a utilização de medicamentos. A percepção deles é que o tratamento médico quase se resume ao consumo de medicamentos. O que não ficou claro na pesquisa são as causas desta condição proeminente assumida pelos medicamentos.

O monopólio da medicina, associado à (suposta) onipotência e (indiscutível) onipresença dos medicamentos, gera entre os pacientes do Hospital de Base a idéia de que os problemas de saúde são solucionados quando os medicamentos corretos são indicados. Muitos acreditam que alcançarão a cura quando, através do diagnóstico, o médico puder receitá-los os

medicamentos apropriados às suas doenças. De forma similar, ao iniciarem o tratamento médico alguns pacientes pensam que não são capazes de se auto-medicarem porque não sabem diagnosticar suas doenças. Sob este prisma, apenas aquele que produz o diagnóstico pode indicar o medicamento. E disso decorrem diversas questões. Crê-se que os medicamentos quando incorretamente consumidos podem ser maléficos; que existe uma ligação intrínseca entre diagnóstico e tratamento; que o leigo é incapaz de fazer diagnósticos; que ele desconhece os efeitos dos medicamentos etc. Mais além, este tipo de entendimento reverbera, entre os pacientes do Hospital de Base, na prática recorrente de – posto que os tratamentos não produziram a cura de suas doenças – não atribuir a ineficácia aos médicos que porventura não souberam conceber os tratamentos, mas aos medicamentos que não se mostraram suficientemente capazes de curar. E é curioso que o fato de um medicamento não-farmacêutico não curar um doente é motivo de descrença do conjunto destes medicamentos, enquanto a inoperância de determinado medicamento farmacêutico pesa apenas circunstancialmente contra ele próprio, e não contra o conjunto deles.

Quadro 12
Reviravolta

Meu problema começou de um jeito curioso, com uma simples dor de dente. Foi há mais ou menos dois meses e meio atrás. A dor estava me incomodando, então eu fui num dentista da minha cidade, em Cocalzinho, que fica perto de Brasília; mais perto de Corumbá, em Goiás. O dentista me falou que eu estava infeccionado e que precisava tomar uns remédios para desinfeccionar e para parar a dor. Tomei os remédios que ele passou, mas eles não fizeram efeito nenhum. Resolvi então ir em outra dentista. Eu falei com ela sobre os medicamentos que estava tomando e ela me passou outros mais fortes ainda. De novo não adiantou. A dor não parava e, para piorar, começou a infeccionar tudo: os dentes todos, a garganta... e eu comecei a ter febre. Fui no "postinho" e conversei com o médico. Ele me passou outros remédios, mas de novo não tiveram efeito nenhum. Cheguei a fazer "buchocho", mas também não adiantou.

Já tinha passado uma semana que só piorava. Como tinha uns parentes em Brasília – os pais da minha esposa e meu irmão moram aqui – eu e minha esposa decidimos vir para cá. Em Cocalzinho não tinha muitos recursos. Só tem um hospital pequeno, a cidade é pequena e não tem recursos. Achamos que em Brasília seria mais fácil achar um hospital ou outras coisas que precisasse. Aqui eu fiz uma consulta no Hospital de Samambaia. O médico olhou minha boca e minha garganta e me passou outros medicamentos. Depois da consulta fui para a casa do meu irmão e fiquei uns três ou quatro dias tomando os medicamentos, mas não melhorava. Sentia febre, cansaço, ficava cansado só de tomar banho. Começou a sair umas pintinhas vermelhas do meu corpo. Pensei que fosse uma reação alérgica aos medicamentos que tinha tomado, pois tinha tomado muitos remédios, analgésico, antibiótico, e um em cima do outro. Decidimos ir ao Hospital de Taguatinga[15]. Lá o médico me falou que a partir dali era para eu tomar os remédios que ele me indicou e abandonar os que estava tomando.

[15] Samambaia e Taguatinga são Regiões Administrativas do Distrito Federal.

Passei a usar os que ele me passou, mas continuei não melhorando. Fazia mais ou menos dez dias que a dor de dente tinha aparecido.

Voltei então ao Hospital de Samambaia. Na consulta a médica pediu um hemograma. Tiraram o sangue e fizeram o exame. O resultado saiu na hora, mas o laboratório mandou ele diretamente para a médica, que pediu para eu repetir o exame. Eu achei aquilo estranho, mas mesmo a médica não me falando porque precisava refazer o exame, eu fiz. Foi o laboratorista que me informou que eu precisava repetir, e ele me perguntou se eu tinha feito a cirurgia de retirada do baço. Achei isso estranho também. O laboratorista falou que o que apareceu no exame era comum com pessoas que tinham retirado o baço, e que como eu ainda tinha o baço meu caso era diferente. Refiz o exame e o laboratorista disse para eu ir até a médica, que ela estaria me esperando para conversar. Ela já estava com o resultado nas mãos. Sentei com ela e ela me explicou que eu estava com leucemia. Disse que iriam me internar para fazer os exames. Quando recebi a notícia fiquei tranqüilo, porque na hora que uma pessoa recebe uma notícia dessas – e eu sabia que leucemia é câncer – ela se apavora, mas eu pensei comigo que não iria me apavorar, que ia deixar nas mãos de Deus. Pensei "Deus pode tudo, sabe tudo", e que a partir daquele momento entregaria minha vida nas mãos do Senhor. Liguei para o meu irmão que mora em Brasília para que ele avisasse meus outros irmãos em Goiânia. Só que ele não sabia exatamente o que era a doença. Quando ficou sabendo ficou desesperado, e foi onde eu estava. Acalmei ele, falei que ia batalhar e que não podia me descontrolar.

Fiquei quatro dias internado em Samambaia, até surgir uma vaga no Hospital de Base. Me trouxeram para cá porque aqui tinha recurso; no Hospital de Samambaia não tinha tratamento para o meu tipo de problema. Quando cheguei aqui no Hospital fiz um exame lá em baixo no laboratório e a médica disse que eu podia subir diretamente porque ficaria internado. Fiquei internado tomando uns medicamentos. Fiz uns exames e descobriram qual era o meu tipo de leucemia. Os médicos diagnosticaram que eu tenho leucemia melóide aguda. Só que ainda não sei o que foi que causou a doença. Na minha família não tem nenhum caso. Eu tenho doze irmãos e nenhum deles nunca teve câncer.

Assim que eles descobriram qual era o tipo – já tinha uma semana que eu tinha chegado – fiz uma sessão de quimioterapia. Sete dias, vinte e quatro horas por dia. Na quimioterapia eles colocaram um antibiótico muito forte que ia sendo absorvido gota a gota pela veia. Só que a pessoa enfraquece muito quando está na quimioterapia. Como meu corpo já estava debilitado, peguei uma infecção intestinal. Fui parar numa UTI. Não tinha vaga na UTI aqui do Hospital de Base, então me levaram para o HRAN[16]. Fiquei uma semana lá. Tive um começo de pneumonia também. No começo foi bastante difícil me acostumar com a UTI. Numa UTI a gente faz tudo em cima de uma cama. A enfermeira é que dá banho e tudo mais. Fiquei muito sem-graça com a situação, até que as enfermeiras conversaram comigo e disseram para mim: "Olha, aqui dentro da UTI não existe sexo, todos são seres humanos, nós estamos aqui para cuidar dos pacientes e vocês para se recuperarem, então você não deve deixar isso te prejudicar". Foi aí que eu concordei e parei de me preocupar. Acabei fazendo amizade com todos. No começo a pessoa se sente envergonhada, mas depois se acostuma, vê que as enfermeiras são preparadas para aquilo, que são acostumadas com a situação.

Na UTI eu vivi a maior experiência desde que descobri que estava doente. Eu estava muito mal, sangrava muito, piorando cada vez mais. Até que de um dia para o outro o sangramento parou, a infecção sumiu, não voltou mais e eu fiquei bom. Tenho para mim que foi um milagre divino. De que outro jeito eu iria melhorar assim de uma hora para outra?

Depois da UTI eu voltei aqui para o Hospital de Base e continuei o tratamento. Fazem dois meses e meio mais ou menos que estou aqui internado. Já fiz outra sessão de sete dias de quimioterapia. De vez em quando tenho umas crises, fico com muita febre, mas estou aí na batalha. Já tive alta, fui para casa, depois voltei, melhorei, piorei de novo. Vou assim, com um pouco de altos e baixos, mas tenho certeza que vou melhorar. A pessoa tem que lutar, ter fé em Deus. Minha família é

[16] Hospital Regional da Asa Norte, localizado em Brasília.

praticamente toda evangélica, então eu nasci num berço evangélico. Aprendi desde cedo que Deus é a nossa maior fortaleza. Quando fiquei doente estava afastado da Igreja, mas agora estou de volta nos braços do Senhor. E tenho fé que serei curado. Vou sair logo daqui, farei o acompanhamento, mas acredito na minha cura. Tenho dois irmãos compatíveis para fazer o transplante, e depois que terminar o ciclo da quimioterapia vou para São Paulo fazer os exames para fazer o transplante.

A pessoa quando fica internada tem que botar na cabeça que ela está ali para se tratar, tem que manter a tranqüilidade, a perseverança, ser paciente, ter fé em Deus, porque o tratamento é longo. Sinto saudade de casa, sinto falta do que estou acostumado a fazer, do trabalho, da família, da convivência. Quando a pessoa está sadia ela se movimenta, faz uma coisa, faz outra, mas internada a pessoa fica apenas deitada numa cama, então dá vontade de ir para casa, principalmente quando a gente se sente melhor, porque fica na expectativa de ir embora. Mas aí surge uma febre, uma dor ou outra coisa que prende a gente mais um pouco. Então a gente não pode ficar ansioso, porque quando for para a gente ir embora, a gente vai. Precisa ter paciência. E fé em Deus, porque sei que ele vai me curar.

O que mais me dá força é a família. Tenho irmãos que me amam, filhos que me amam, uma mãe, uma esposa. Somos todos muito unidos. E acredito que em breve estarei com eles. Me fortaleço em Deus, porque a maior força que devemos buscar nesse momento é a força divina. Vou lutar para voltar para minha família, para ter uma vida normal. Estou reagindo bem ao tratamento e logo logo estarei em casa com minha família. Quando fiquei sabendo da doença foi doloroso, mas quando minha família soube da doença é que percebi como é o amor de uma mãe, de um irmão, de uma esposa. É aí que a pessoa se fortalece com o calor desse amor. Às vezes na vida a pessoa deixa que as coisas do cotidiano a absorvam e ela se esquece de se aproximar dos familiares, de fazer uma série de pequenas coisas que são valiosas, mas ela nunca deve deixar isso de lado. A pessoa nunca deve deixar que o dia-a-dia faça com que ela se esqueça destas pequenas coisas. Porque é nestas horas que se vê o valor da família, que se vê a dimensão deste amor, e aí é que se dá valor para ele. A pessoa nunca deve deixar de perceber e de dar valor para esse amor.

Eu sei que no futuro vão acontecer mudanças, que vou precisar mudar muitos hábitos da minha vida. E tenho que estar preparado para estas mudanças. Não é fácil a pessoa estar na vida normal e de repente ter uma reviravolta. Muitas coisas eu não vou mais poder fazer. Eu era mecânico de máquinas pesadas, trabalhava no sol, na poeira, no calor, fazia muita força, e são coisas que eu não vou mais poder fazer. Eu amo minha profissão, e largar o que a gente ama não é fácil. Mas vai ser necessário. Vou ter que arrumar um outro serviço onde possa ficar sem muito sol, sem muita poeira. Todo ano eu estava num lugar diferente, conhecia pessoas diferentes. Como acompanhava as máquinas que faziam estradas, estava onde elas estivessem trabalhando. Aí conhecia muitas pessoas diferentes, lugares diferentes. E a gente adquire uma paixão por isso, e agora não posso mais. Vou ter que arrumar um emprego mais tranqüilo, fixo. Não vou mais poder ficar viajando, "correndo o trecho", como a gente costuma dizer. E também não vou poder voltar a trabalhar imediatamente, talvez vou precisar ficar dois ou três anos parado.

A presença constante e destacada dos medicamentos nas terapias médicas vem acompanhada de um controle rigoroso na distribuição destes. Dupuy & Karsenty (1974) alertaram que a complexidade dos medicamentos, somada aos riscos envolvidos no consumo deles, teriam atingido níveis que tornariam indispensável a adoção de medidas de controle e precaução. Os medicamentos estariam não mais no patamar da botica local, mas eminentemente na esfera da produção industrial especializada e avançada. Seu local de criação e manejo não seria a farmácia artesanal, mas o laboratório farmacêutico multi-

profissional e organizado a partir de princípios científicos de ponta. Nesse sentido, estas medidas necessárias de controle e precaução passariam pela entrega do domínio sobre a utilização dos medicamentos a uma figura instruída o suficiente para ser capaz de avaliar potenciais efeitos, de analisar incompatibilidades entre os medicamentos e outras substâncias, de calcular doses e prazos etc. Isso significa que o consumidor final dos medicamentos, o doente, não controla seu consumo. Ele não tem a liberdade de decidir o que irá comprar, consumir ou rejeitar. A definição de como e quando os medicamentos serão usados caberia a este personagem teoricamente capaz de manejar com segurança e eficiência este uso. E não deve haver dúvidas de que este papel é ocupado pelo médico. É ele que define todos os detalhes do consumo de medicamentos.

No entanto, no que tange aos pacientes do Hospital de Base, embora este controle médico exista, ele não promove simultaneamente o acesso aos medicamentos. Apenas o médico prescreve, apenas ele define qual é a forma correta de se utilizar os medicamentos, mas, na quase totalidade das circunstâncias, ele não os fornece ao paciente. Os pacientes têm seus tratamentos praticamente esgotados na utilização de medicamentos, têm definido de modo muito restrito quais medicamentos e quantos deles devem consumir, mas estes são recursos cuja posse requer a superação de determinadas dificuldades. Possuir uma prescrição médica não equivale a possuir o medicamento equivalente. Tendo em mãos definições do que devem consumir, os pacientes possuem duas alternativas: ou os adquirem gratuitamente por meio dos serviços de distribuição estatais, ou os compram no mercado.

Inumeráveis empecilhos e dificuldades postos pela distribuição estatal e gratuita de medicamentos impulsionam muitos pacientes a comprá-los. Este tipo de aquisição inevitavelmente acaba por representar um impacto nos orçamentos familiares, dado que os preços de muitos medicamentos são relativamente altos se comparados com as receitas familiares dos pacientes. Silveira, Osório & Piola (2002) fizeram um interessante mapeamento desta situação com referência às famílias brasileiras. A partir de dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF, realizada em 1995 e 1996) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, realizada anualmente), ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os autores discutem o peso dos gastos com medicamentos nos orçamentos familiares. Eles esclarecem que tomaram as famílias como unidades de análise porque os gastos com saúde raramente derivariam de decisões individuais, normalmente envolvendo os demais membros do grupo familiar. Dentre as conclusões que apresentam, afirmam que os gastos com saúde seriam o quarto maior entre as famílias brasileiras, sendo menores apenas do que os direcionados para habitação, alimentação e transporte. No geral,

independentemente da classe social da família, os gastos com despesas de saúde representariam entre 8% e 12% dos orçamentos familiares. Dentro destes, as duas principais e destacadas categorias de consumo seriam ocupadas pelos planos de saúde e pelos medicamentos. Juntas elas representariam entre 65% e 70% dos gastos com saúde. Mas as maiores ainda seriam as despesas com medicamentos: cerca de 37% do total dos gastos com saúde. Em seguida viriam os planos de saúde, depois os tratamentos dentários ou próteses, na seqüência uma série de gastos variados e, por fim, os exames. Observados separadamente, os gastos com medicamentos consumiriam entre 5% e 9% dos orçamentos familiares.

Ponderando estas informações pelos décimos de patamares de renda das famílias brasileiras, Silveira, Osório & Piola percebem a tendência de que quanto mais pobre for a família, maior será o peso dos gastos com saúde em seu orçamento familiar. De forma semelhante, quanto mais pobre for a família, maior será o gasto proporcional com medicamentos. Dito de outro modo, a tendência é que as famílias mais pobres gastem proporcionalmente mais com saúde e, no conjunto total de seus gastos, a proporção dos gastos com medicamentos é maior do que entre as famílias mais ricas. Entre os 90% de famílias mais pobres, o maior gasto relativo com saúde se daria com medicamentos. Apenas nos 10% de famílias mais ricas o maior gasto relativo com saúde se daria com planos de saúde. Obviamente, está se tratando dos gastos relativos ao total dos orçamentos familiares. Em termos absolutos, os gastos das famílias mais ricas são sempre maiores, na medida em que seus orçamentos são maiores. Deste ponto de vista imponderado, os maiores gastos seriam dos 35% de famílias mais ricas. Os autores alertam ainda que os gastos das famílias mais pobres com saúde seriam minorados pela existência do SUS, que paga consultas e distribui medicamentos. Contudo, os dados sistematizados por eles nos permitem perceber o quanto o consumo de medicamentos afeta o orçamento das famílias, especialmente das mais pobres, que proporcionalmente gastam mais com saúde e relativamente mais com medicamentos.

Para os pacientes que não podem ou não desejam comprar os medicamentos necessários aos seus tratamentos médicos resta a procura pelos serviços estatais de distribuição gratuita. Porém, a oferta do Estado não é equivalente à demanda dos pacientes. Muitos medicamentos não são conseguidos ou somente o são após uma espera mais ou menos longa. Além disso, para adquiri-los os pacientes precisam se adequar aos sistemas de distribuição existentes. Estes possuem suas próprias regras, o que exige do demandante que as conheça e, quando possível, as utilize da melhor forma possível. As receitas médicas precisam ser renovadas periodicamente; certos medicamentos para serem solicitados precisam vir acompanhados não só da receita simples, mas de relatórios médicos mais detalhados; a

obtenção do medicamento se dá em instituições diferentes de acordo com o local de residência do paciente; a instituição distribuidora possui seus próprios horários de funcionamento; a entrega do medicamento não é feita para qualquer pessoa ou sem algum tipo de identificação formal; o sistema de distribuição pode ser alterado sem aviso prévio; esperas em filas virtuais ou reais podem acontecer; deslocamentos ou viagens podem se mostrar necessários etc. Desse modo, o processo neste âmbito é semelhante ao que narramos acerca da *busca por tratamento*, ou seja, os pacientes precisam aprender a se relacionar de modo produtivo com as instituições, quer seguindo suas normas, quer manipulando-as.

Na medida em que os medicamentos são centrais nos tratamento médicos, conhecer e utilizar bem os sistemas estatais de distribuição gratuita potencializa as possibilidades de sucesso nos tratamentos. Como estes sistemas também são consideravelmente "maleáveis", os pacientes podem então utilizar estratégias diversas, tais como o acionamento de redes de relações pessoais, o uso do carisma pessoal ou a falsificação de documentos para conseguirem os medicamentos indicados pelos médicos. Sob este prisma, os itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base têm os medicamentos numa posição de destaque na esfera das principais terapêuticas às quais são submetidos e, de forma associada, uma dinâmica de consecução destes medicamentos que passa por elevados gastos no mercado farmacêutico e por relacionamentos complexos com os sistemas estatais de distribuição gratuita. Os medicamentos, portanto, implicam também em experiências anteriores ao consumo, experiências relativas à própria criação das condições de possibilidade do consumo.

O Hospital de Base é uma destas instâncias estatais de distribuição de medicamentos. Ele possui uma farmácia muito procurada por pacientes que podem ou não estar em tratamento nele. São distribuídos medicamentos de uso mais comum, outros mais específicos, muitos de custo menor, outros cujos preços na rede privada são bastante elevados. Trata-se de uma fonte de antídotos para uma infinidade de males, funcionando regularmente e entregando às pessoas a suposta fonte da cura de suas doenças. Todavia, esta entrega dos medicamentos conta com a cooperação do paciente para que a lógica do sistema e do tratamento médico funcionem conforme previsto. Os medicamentos são confiados aos pacientes numa quantidade que idealmente satisfaria adequadamente a prescrição médica durante certo período de tempo – nem mais, nem menos. Os pacientes deveriam assim consumi-los de acordo com o ritmo determinado pelos médicos, nas doses e nos tempos definidos, mas, como notamos acima com Dupuy & Karsenty (1974), sozinhos em suas casas os pacientes estariam livres para se libertarem destas coerções. A meu ver, esta é sempre uma possibilidade difícil de ser verificada, justamente porque existe na medida em que é obscura. O que os pacientes

do Hospital de Base explicitaram nas conversas que mantivemos – e assim creio que de fato aconteça – é que procuram seguir à risca as indicações médicas. Eles compartilham a idéia de que os medicamentos são os instrumentos principais de produção da cura; além disso, seus itinerários terapêuticos na maioria das vezes envolvem ocorrências dramáticas relacionadas aos adoecimentos, grandes dificuldades em conseguirem tratamento médico e outras tantas para adquirirem os medicamentos sugeridos – seria bastante estranho que na linha final do processo modificassem suas posturas e subvertessem suas próprias concepções e práticas anteriores, deixando de consumir os medicamentos nas formas determinadas pelos médicos.

Entre os pacientes internados a participação deles nesta dinâmica dos tratamentos é menor e mais controlada. Recebem medicamentos constantemente, mas nesta situação em particular eles vêm fracionados, com a quantidade específica a ser consumida no momento em que são oferecidos. Alguns são mesmo aplicados diretamente por via venal, não dando aos pacientes sequer o esforço de, por exemplo, engoli-los. Desse modo os médicos garantem que os pacientes estão recebendo os medicamentos tal como desejam, pois eles mesmos ou outros profissionais podem observar de perto o processo. E, a rigor, nunca acompanhei ou ouvi falar de algum paciente que tivesse resistido a consumir um medicamento entregue a ele enquanto esteve internado.

Existe uma organização institucional para que isso se faça possível. Os médicos fazem suas prescrições entre intervalos de tempo bastante curtos, estas são registradas por escrito e arquivadas, enquanto outros profissionais devem executá-las de forma precisa, levando diretamente ao leito do paciente os medicamentos indicados nos horários determinados. Os pacientes apenas estendem as mãos ou os braços e os consomem. E chama a atenção que a maioria dos pacientes não sabe ao certo o que está consumindo. Confiam na prescrição médica e na execução desta por aquele que leva o medicamento até ele. Acham que, cumprindo a função que lhes cabe, ou seja, consumindo os medicamentos conforme foram instruídos, estarão fechando o ciclo necessário à cura de suas doenças.

Quadro 13
A surpreendente pergunta de Nilson

Entrevistei Nilson dez dias após sua internação no Hospital de Base. Ele me contou que ao longo de seus trinta e cinco anos nunca havia tido qualquer problema de saúde mais grave. Contudo, desde criança convivia com uma dor de cabeça que o afligia sempre que sentia fome. Bastava ficar algumas horas sem se alimentar que ela o atacava. Se suas refeições ordinárias atrasassem uma ou duas horas do horário costumeiro a dor de cabeça surgia e ia se acentuando enquanto não se alimentasse. Não era necessário que comesse exageradamente para evitar as dores, sendo tão somente

preciso que não ficasse muito tempo sem ingerir algum alimento. Nas entrevistas para emprego que fazia chegava – na intenção de evitar desconfortos futuros – a avisar que não podia ficar muitas horas sem se alimentar. Achava que a dor de cabeça estava unicamente ligada à alimentação, pois precisava apenas comer para ela desaparecer. Por isso nunca se preocupou demasiadamente com ela ou tentou tratá-la.

Três semanas antes de nosso encontro Nilson começou a sentir algo diferente. Durante a noite seus pés inchavam, durante o dia desinchavam. Seus olhos ficaram vermelhos, principiaram a lacrimejar e sua visão ficou prejudicada. Depois de um tempo passou a ingerir Dipirona. Numa quinta-feira pela manhã levou o filho até a babá e voltou para casa, pois estava desempregado. Era aproximadamente nove horas e não havia mais ninguém em casa. Sua visão então teve uma piora súbita e ele passou a enxergar apenas vultos. Nilson ficou por meia hora lavando os olhos e esperando que a visão melhorasse. Como nada acontecia, foi até a porta da rua e chamou uma conhecida que passava por lá. Os dois freqüentavam a mesma Igreja. A mulher orou em favor dele, mas Nilson sentia que não estava bem e que a oração não o fazia melhorar. Ela o pergunta se queria ser levado a um hospital, e ele responde afirmativamente. Pede que a conhecida chame uma sobrinha que residia próximo. Ao atender o chamado, a sobrinha imediatamente solicita que uma ambulância lhe preste socorro.

O que aconteceu em seguida Nilson não se recorda, embora não tenha desmaiado. Disseram-lhe que ofendeu verbalmente a sobrinha, que agrediu as pessoas, que quebrou a ambulância quando esta chegou ao local onde estava – dentre outros atos violentos que teria promovido. Para o levarem ao hospital teria sido preciso amarrá-lo. Nilson afirma que não se lembra de ter feito nada disso, e que o que fez foi inconscientemente, mas ainda assim se envergonha de tê-lo feito. Foi transportado pela ambulância para o Hospital Regional de Samambaia (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal), mas como seu caso era grave foi encaminhado para o Hospital de Base no mesmo dia. Somente às dezenove horas retomou a consciência, já no Hospital de Base. Ao voltar a si achou que havia ficado inconsciente por apenas uma hora, e se assustou quando soube que havia se passado um dia inteiro. Sua sobrinha, que ainda o acompanhava, o informou que permaneceria com ele e que o seu tratamento estava providenciado.

Nos dias que se seguiram seu problema foi diagnosticado: um dos rins não estava funcionando. Nilson me contou que os médicos haviam lhe informado que esta teria sido a causa da perda da visão, dos vômitos e da alta elevação da pressão sanguínea que sofreu. No dia anterior à entrevista enxergava apenas imagens duplas, mas naquele dia sua visão já estava praticamente perfeita, e ele se sentia quase plenamente recuperado. Uma médica havia lhe dito que poderia deixar o Hospital quando quisesse, mas ele desejava esperar até que estivesse com a saúde totalmente recobrada. A dor de cabeça havia lhe trazido diversos transtornos durante sua vida, e esperava eliminá-la completamente.

No período de internação esteve se tratando através de medicamentos. Pedi que me detalhasse o tratamento. Nilson me contou que seu intestino ficou preso e que ingeriu comprimidos para regularizá-lo, mas não sabia ao certo quais eram. Estava ciente que recebia outros medicamentos, mas exceto aquele para a prisão intestinal, desconhecia para que serviam. Afirmou-me que para se recuperar plenamente precisava ainda resolver algo referente ao seu rim. Havia um valor informado pelos exames – que Nilson não compreendia bem – que precisaria "descer", mas que estava "subindo"; que precisaria chegar a "6,5", mas que estava em "7,0" ou "7,5". Ele não sabia ao certo o que isso significava, mas tinha certeza que era algo determinante na sua condição de saúde. Chegou mesmo a me dizer que não compreendia o que os médicos falavam com ou sobre ele.

Alguém havia lhe dito que no dia seguinte iriam coletar sangue para um exame e que dois dias depois era provável que passasse por uma biópsia. Nilson então aguardava aqueles dias para descobrir se faria a biópsia. Não sabia o que decidiria se faria ou não a biópsia, pois, segundo ele, ainda não havia sido informado sobre isso, mas acreditava que receberia alta se o resultado dela fosse positivo. Nilson não sabia ao certo quando deixaria o Hospital de Base nem em qual condição. Quando o

entrevistei esperava sair em dois ou três dias e plenamente recuperado. Se permanecer internado fosse necessário para se curar, então estava disposto a ficar ali o tempo que precisasse. Afirmou que ao receber alta manteria o tratamento e o consumo dos medicamentos conforme lhe indicassem.

Os episódios ocorridos nos dias anteriores haviam feito com que Nilson avaliasse suas atitudes, e concluísse que deveria ser mais humilde e fraterno. Nesse sentido, a experiência da internação foi fundamental. Nunca havia sido internado antes, e disse que no tempo que passou no Hospital de Base por vezes esteve em outra dimensão, que durante a noite não sabia se estava vivo ou morto. Estas vivências o haviam marcado, feito com que sua religiosidade se reacendesse e que suas perspectivas com relação à vida se alterassem.

Encontrei Nilson por mais três vezes depois desta nossa conversa. Na última delas, quase um mês depois da entrevista, continuava internado e em tratamento. Havia começado a fazer hemodiálise, o que teria feito com que emagrecesse oito quilos. Ele me contou que nas primeiras sessões se sentiu muito mal. Cada uma durava quatro horas, durante as quais precisava manter o corpo numa mesma posição, o que o deixava ainda mais cansado. Também havia voltado a sentir fortes dores de cabeça, mas, segundo ele, os médicos não haviam descoberto a causa. Além disso, me confidenciou que a solidão o maltratava bastante, que tinha sonhos nos quais não sabia se estava morto ou vivo e que sentia muita saudade do filho. Este nem mais perguntava por ele à mãe, porque sempre que o fez ouviu que o pai estava no hospital. Os médicos haviam lhe dito que não estava mais "rendendo" internado, que seu estado não melhorava nem piorava, e que por isso talvez o mandassem para casa, na expectativa de que o impacto psicológico do retorno contribuísse para sua melhora. Nilson torcia para retornar rapidamente para casa e em seguida poder parar de fazer hemodiálise.

Entretanto, o que mais chamou minha atenção neste nosso último encontro foi que enquanto conversávamos uma enfermeira entrou no quarto onde estávamos e foi até o leito de Nilson. Ela carregava uma bandeja de metal repleta de comprimidos e injeções. Sem emitir avisos ou explicações, aplicou duas destas injeções no pequeno tubo de plástico que servia de acesso à veia de Nilson. A enfermeira ainda pega algum comprimido da bandeja e lhe entrega num pequenino copo plástico descartável. Surpreendentemente, Nilson a pergunta para que servia aquele medicamento que ela o oferecia. Ela balbucia algumas palavras e dá uma resposta que me pareceu – e acho que a Nilson também – vaga. Ele então me disse que ingeria até oito medicamentos por dia, que sabia que cada um deles possuiria uma função com relação ao seu tratamento, mas que as desconhecia. Brincou que por várias vezes havia pedido certo medicamento que era aplicado venalmente, e que os enfermeiros nunca atenderam sua solicitação alegando que o medicamento não havia sido prescrito pelo médico. Porém, como havia a possibilidade de que deixasse o Hospital de Base no dia seguinte, estava finalmente recebendo o tal medicamento.

A relação estabelecida entre os pacientes do Hospital de Base e os medicamentos por causa de seus tratamentos médicos é tão forte que muitos daqueles que não estão internados, freqüentadores especialmente do Ambulatório, os carregam consigo. Eles levam seus medicamentos – sobretudo aqueles de consumo diário – em seus bolsos, bolsas, carteiras etc. Não contraditoriamente, esta íntima relação é acompanhada de um quase absoluto desconhecimento acerca dos medicamentos consumidos: de qual é a composição deles, de quais são seus efeitos nos organismos e de como estes efeitos se relacionam com a doença possuída. O conhecimento que possuem não vai muito além do nome do medicamento e da certeza de que ele combate algum tipo de mal, geralmente identificado por um sintoma ou por uma denominação aprendida com os médicos.

Entre os pacientes internados a relação estabelecida é bastante semelhante. Eles também não sabem de forma precisa para que servem os medicamentos que estão consumindo. De forma mais dramática do que o que acontece com aqueles que não estão internados, por vezes estes nem sequer conhecem o nome dos medicamentos que consomem, posto que já os recebem fracionados e não têm em mãos uma embalagem identificadora. A prescrição médica, que define como e quando utilizarão os medicamentos não chega até eles e, não precisando consegui-los, deixam de conhecê-los um pouco mais. Se, por um lado, a internação faz com que a ação médica seja mais intensa, mais próxima, mais constante, ficando assim mais às claras, por outro retira a possibilidade do paciente de manejar, ainda que de forma obediente, os medicamentos que consome, consequentemente obscurecendo este âmbito do tratamento.

Num certo sentido, a internação médica representa a possibilidade de um controle mais meticuloso do papel dos medicamentos nos tratamentos. Parte essencial da tarefa diária de um médico que trabalha numa enfermaria é – após empreender ou verificar resultados de exames – renovar as prescrições medicamentosas. Boa parte do resultado da atenção que dirigem ao paciente consiste nesta atualização dos medicamentos que lhe devem ser aplicados. Quanto aos pacientes internados, embora não saibam exatamente como, acreditam que os medicamentos que consomem são úteis às suas curas. Concebem que os esforços que empreenderam nas buscas por tratamento e no decorrer de suas internações ganharão parte de seus sentidos por meio dos efeitos farmacodinâmicos dos medicamentos em seus corpos.

Os pacientes também imaginam que dentre os medicamentos existentes e que têm objetivos comuns uns são mais “fortes” que outros, da mesma forma que uns podem combater melhor do que outros seus problemas de saúde. Sob este prisma, se um deles não funciona, outro pode ser utilizado, o médico podendo indicar algum mais “forte” ou com efeitos mais afins aos desejados. E, como apontaram Dupuy & Karsenty (1974), os pacientes tendem a reconhecer como uma qualidade distintiva a capacidade do médico de conhecer e indicar medicamentos mais “fortes” ou mais adequados, medicamentos que por alguma razão produzam uma mudança positiva considerável em seus estados de saúde. No entanto, o curioso é que muito raramente uma prescrição estéril ou que produza uma mudança negativa é convertida numa crítica à atuação médica. Os pacientes crêem que a terapêutica médica baseada nos medicamentos funciona, mas não sabe avaliar com segurança quais são seus mecanismos de operação, nem tampouco em quais circunstâncias erros foram gerados. Se um medicamento não resulta numa melhora o paciente não sabe dizer se esta seria uma ocorrência

previsível, se se tratou apenas de um efeito colateral, se está em questão um evento temporário ou se o médico se equivocou.

Estes múltiplos aspectos das relações entre pacientes e medicamentos nos alerta para o fato de que entre uns e outros está em jogo mais do que uma simples ação físico-química, farmacodinâmica, material ou mecânica. Se o fenômeno "doença" vai além de uma perturbação orgânica, os processos de tratamento e cura também não dizem respeito apenas às ações materiais. Dupuy & Karsenty (1974) discutiram esse tema e tentaram elucidar quais outras funções são ocupadas pelos medicamentos. Segundo eles, na relação médico-paciente estariam presentes expectativas amplas e diversas. O paciente esperaria mais do que ter a saúde reparada, ele desejaria a atenção do médico. Por sua vez, o médico esperaria mais do que ser profissionalmente eficaz, ele desejaria manter seu poder e prestígio, além de agregar uma clientela e, para fazê-lo, precisaria atender aos anseios dos pacientes. Isto posto, as atitudes de médicos e pacientes seriam mutuamente influentes e seus aspectos não-técnicos predominariam sobre os técnicos. No atendimento aos domínios social e psicológico de suas relações, médicos e pacientes se serviriam dos medicamentos, de modo que esses possuiriam mais do que uma função farmacodinâmica. Os medicamentos seriam instrumentos privilegiados para a resolução das inevitáveis problemáticas não-técnicas surgidas do encontro entre médicos e pacientes.

De acordo com Dupuy & Karsenty, o médico que admite que sua ação não é apenas material, mas também psicológica, tenderia a conceber que a ação material seria separada da psicológica. Nesta perspectiva, existiriam ferramentas materiais para o âmbito material, e psicológicas para o âmbito psicológico. Contudo, para os autores, este médico não perceberia que seria através de meios materiais – especialmente dos medicamentos – que os aspectos psicológicos seriam trabalhados. Tendo isso em vista, eles argumentam que o medicamento desempenharia duas funções não-técnicas no relacionamento entre médico e paciente. Primeiro, atestaria a capacidade de intervenção do médico, demonstraria que ele domina o assunto em pauta e que por isso não encaminha o paciente a outrem, sendo capaz de prescrever um medicamento. Concomitantemente, a complexidade da prescrição e a incapacidade do paciente em compreendê-la com profundidade atestariam que ele realmente carece de ajuda especializada e que, sendo assim, fez bem em procurar o médico. De uma só vez o prestígio do médico é reforçado e o potencial ímpeto de autonomia do paciente é freado. A segunda função preenchida pelo medicamento seria a de tornar indubitável a atenção que o médico dirige ao paciente. Sua postura atenciosa seria pouco significativa se não viesse acompanhada da receita medicamentosa, que dá concretude à atenção dispensada. Dupuy &

Karsenty acrescentam, no entanto, que seria principalmente para o próprio médico que o medicamento explicitaria que ele fez o que pôde pelo paciente. Ao prescrever o medicamento ele se concederia a ilusão de que de fato se importa com a saúde do paciente. Por desempenhar estas duas funções o medicamento seria insubstituível. Ele ocuparia um lugar essencial na relação entre médico e paciente, tornando-a inviável quando não se faz presente.

Ainda segundo os autores, os medicamentos poderiam ser – devido aos seus efeitos não-técnicos – usados como bens de consumo. Existiria a possibilidade de que participassem de uma estratégia do paciente de conseguir os benefícios oriundos da condição de doente, a saber: alívio de tensões e responsabilidades. A materialidade do medicamento denotaria a materialidade ou concretude da doença, e assim afirmaria a condição legítima de doente do seu consumidor. Mais do que isto, o próprio uso do medicamento poderia representar um benefício, uma maneira de resolver problemas da vida do consumidor não estritamente relacionados à sua saúde. Além das funções desempenhadas na relação médico-paciente, os medicamentos teriam também um papel na definição do engajamento do paciente no mundo. Em resumo, os medicamentos, nas palavras de Dupuy & Karsenty, mais do que produzirem a cura, "ajudariam a viver" – ofereceriam conforto, segurança, eliminariam angústias etc.

Os autores não deixam de esclarecer que as ações farmacodinâmicas e psico-sociológicas dos medicamentos se dariam conjuntamente. Do mesmo modo, o paciente ao mesmo tempo requereria demandas de reparação material e de ajuda psico-sociais, enquanto o médico simultaneamente executaria um trabalho técnico e uma ação não-técnica que alimentaria seu poder e prestígio. No contexto do Hospital de Base não percebi a segunda classe de função dos medicamentos em operação. O que me pareceu é que eles realmente desempenham papéis que transcendem seus efeitos farmacodinâmicos nos corpos dos pacientes, mas não identifiquei usos nos quais fossem instrumentos dos pacientes para alcançarem eventuais benefícios da condição de doente. Por outro lado, eles seguramente conformam o caráter da relação entre médicos e pacientes – diria mesmo que exatamente nos termos apresentados por Dupuy & Karsenty.

É imperativo reconhecer que além de produzirem benefícios para a saúde dos pacientes e de serem imprescindíveis no amoldamento da relação médico-paciente, os medicamentos também geram efeitos negativos do ponto de vista da saúde dos pacientes. Em alguns casos o medicamento utilizado para combater determinado mal acaba por provocar o surgimento de outro(s). Não é raro que os pacientes do Hospital de Base fiquem debilitados devido ao consumo de certo medicamento, ou então que precisem utilizar um medicamento que atenua os efeitos negativos de outro. E o fundamental é perceber que esta dinâmica não é

pontual, isolada ou marginal; ao contrário, ela se encontra no centro da adoção dos medicamentos como estratégia principal da terapêutica médica. Avaliar os custos e benefícios do consumo dos medicamentos é uma tarefa importante e constante desempenhada pelo médico. Sua prescrição deve antecipar estes efeitos indesejados e precaver danos maiores, quando for o caso.

Ao reconstruírem seus itinerários terapêuticos, diversos pacientes concebem que seus problemas de saúde foram gerados pela automedicação. Invariavelmente, quando não reforçaram uma suspeita pretérita, passaram a pensar assim durante o tratamento médico. Não conheci nenhum que ao longo de seu contato com os médicos tivesse chegado à conclusão de que deve procurar consumir medicamentos a partir de sua própria escolha e avaliação. O paciente do Hospital de Base aprende com seu tratamento médico que os medicamentos, embora sejam fundamentais para sua cura, são perigosos se consumidos erroneamente. Disso deriva as certezas de que ele necessita da atenção especializada do médico e de que é incapaz de se tratar autonomamente. Coletivamente compartilhada, esta percepção pouco a pouco ajuda a abolir alternativas terapêuticas não-médicas. Contribui para que a grande maioria das práticas terapêuticas não-médicas seja abandonada logo no início das buscas por tratamento, e para que as que resistem sem demora também sejam deixadas de lado. No final das contas, o domínio dos medicamentos nos tratamentos médicos é proporcional à proliferação destes tratamentos e inversamente proporcional à extinção de outras estratégias terapêuticas.

Não há dúvidas de que os medicamentos desempenham papel de destaque nos tratamentos médicos, nem de que são capazes de resolverem muitos dos problemas de saúde de seus consumidores. Não obstante, é necessário estarmos alertas para as implicações deste fato que estão além dos benefícios. Ele inclui a utilização de recursos medicamentosos economicamente mais dispendiosos do que outros que poderiam gerar efeitos semelhantes; inclui os malefícios à saúde produzidos colateralmente; inclui a alienação do paciente para com as práticas de cura às quais é submetido e inclui (talvez essa seja a implicação mais grave) a entrada dos pacientes num círculo de reprodução e ampliação do consumo de medicamentos. O privilegiamento dos medicamentos nos tratamentos médicos traz consigo o encadeamento do consumo de vários deles de forma associada e progressiva. Por outro lado, ao saírem de suas consultas médicas os pacientes não trazem consigo compreensões mais profundas acerca de seus problemas de saúde ou significações mais intensas de suas experiências, mas inevitavelmente carregam prescrições médicas de medicamentos. Ao seguilas, os pacientes reafirmam suas incapacidades de curarem suas próprias doenças e de

entenderem o que se passa com eles, legitimando assim a supremacia médica sobre suas alternativas terapêuticas.

Tal como discutiremos melhor na parte final desta dissertação, o avanço dos medicamentos em particular, e das terapias médicas em geral sobre as práticas de cura acionadas pelas pessoas não significa um melhoramento do estado de saúde das populações. Mais uma vez com Dupuy & Karsenty (1974), somos alertados de que, sendo assim, esta situação não é benéfica a ninguém. Segundo eles, neste contexto não existiriam grupos privilegiados e culpados em contraposição a outros prejudicados e inocentes. Laboratórios farmacêuticos, médicos e pacientes participariam de um sistema equilibrado de acordo com princípios próprios. O domínio exercido pela prescrição medicamentosa não derivaria de ações isoladas por parte de um destes grupos, mas das "regras do jogo" estabelecidas. Estas seriam impostas a todos e o comportamento de cada um seria inteligível somente se observado a partir delas. Desse modo, para Dupuy & Karsenty, o que precisaria ser questionado são estas "regras do jogo" e não as posturas separadas dos laboratórios farmacêuticos, dos médicos ou dos pacientes.

Eles afirmam que, na medida em que essas regras não são boas para ninguém, não seriam mantidas por algum grupo em particular de acordo com seus interesses. Além disso, elas não se resumiriam aos dispositivos institucionais que definem como o sistema funciona. Existiriam determinantes sócio-culturais – tais como o mito do progresso, a primazia do consumo ou o privilegiamento do técnico sobre o não-técnico – que moldariam estas regras e as tornariam imunes a ações intencionais e isoladas por parte de qualquer grupo. Para Dupuy & Karsenty, para se conseguir alterar esta condição prejudicial a todos, as "regras do jogo" precisariam ser transformadas.

Nessa direção eles apontam dois caminhos possíveis. Um primeiro, definido como de "sinal vermelho", consistiria na imposição de restrições externas aos comportamentos. Mas este, na medida em que não atuaria sobre o âmbito sócio-cultural das ações, deixando ilesas as concepções dos atores, não eliminaria o risco de um retorno à condição anterior às restrições. O segundo caminho, este defendido pelos autores, seria o de modificação dos determinantes sócio-culturais dos comportamentos, o que, de acordo com eles, representaria um ataque às raízes do problema. Esta ação passaria por uma transformação da atividade médica. Tratar-se-ia de dispensar uma atenção à "globalidade" do paciente, preservando sua singularidade. Ao serviço técnico seria acrescentado um olhar para com os anseios sociais e psicológicos do paciente. Além disso, as diferentes instâncias da atuação médica (prevenção, terapêutica, vigilância etc.) deveriam ser integradas. Enfim, o papel dos médicos seria expandido,

acrescentando-o a responsabilidade sobre aspectos não-técnicos dos fenômenos de saúde e doença. Para Dupuy & Karsenty, fazendo isso se estaria atacando o problema do medicamento, na medida em que ele seria uma resposta técnica a um problema que em parte não é técnico, sendo este um procedimento característico das sociedades industriais. Enquanto técnicas, estas soluções seriam monopolizadas por poucos dentro do conjunto social, ou seja, alguns a teriam e outros não. Seria necessário, portanto, torná-las um bem coletivo.

> "Confiar a solução de nossos problemas de saúde e bem-estar a pessoas que "estão aí para isso" significa muitas vezes abdicar de nossas próprias responsabilidades em relação ao assunto. Verifica-se, com freqüência, que entre duas soluções de eficácia comparável, é escolhida a que nos coloca mais na dependência do sistema médico e exige menos interesse pessoal. Mais grave ainda é deixar um corpo de profissionais tomar sozinho decisões que envolvem a coletividade, pois isso quer muitas vezes dizer que se aceitam decisões que reforçarão o poder deste corpo e a dependência dele. A saúde a qualquer preço, particularmente a preço de uma institucionalização talvez mais alienante que a própria doença, é um objetivo decadente. Se necessitamos de boa saúde para viver, o sentido da vida não se acha certamente contido em semelhante exigência" (DUPUY & KARSENTY, 1974: 262-3).

A análise dos autores, embora, tal como entendo, atravesse certos trechos equivocados, atinge com propriedade um termo absolutamente acertado. No jogo da medicalização dos tratamentos existem privilegiados, beneficiados, explorados e perdedores. Por outro lado, em prol da alteração das condições estabelecidas não se deve buscar a expansão das responsabilidades médicas, mas a sua pulverização. A análise dos itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base nos permite olhar mais adiante para o extenso território ocupado pelos medicamentos nos tratamentos médicos a que são submetidos, e verificar que ele é terreno fértil para o monocultivo das perspectivas médicas em suas experiências de saúde e doença. Fertilizar outras espécies terapêuticas e extrair delas novas práticas é, a meu ver, a melhor solução para tornar este campo mais plural.

Quadro 14
Três enfartes, um intervalo e um inchaço

Enfarte 1:

O ano é 2004, Ana Maria tem cinqüenta e um anos de idade e mora na cidade de São Paulo. Está em casa e acabou de chegar da rua. Uma dor enorme no peito tem início. Ela quase perde a consciência. Sente pontadas no peito e uma queimação nas costas. É a maior dor que já sentiu em toda a vida. Perde as forças e parte do controle do corpo. Logo seu marido chega em casa e começa a tentar ajudá-la. A leva para o banheiro e lhe dá um banho gelado, deixando que seu peito receba muita água. Ana Maria melhora um pouco. Enquanto isso o marido providencia um carro. Eles vão até um hospital da cidade de São Paulo. Lá um médico pede um exame de sangue. Ana Maria não aceita fazer o exame porque avalia que o médico não havia lhe dado atenção, além de tê-la tratado sem a devida educação. Retorna

para casa como havia saído. Durante a noite não consegue dormir por causa da dor que não desaparecera. No dia seguinte pela manhã se dirige sozinha para outro hospital. O marido permanece trabalhando e vai ao seu encontro apenas no meio do dia. Neste momento Ana Maria já grita de dor. Os médicos fazem diversos exames e não descobrem qual é o seu problema. Apenas às cinco horas da manhã do outro dia, quando outro médico assume seus cuidados, seu problema é diagnosticado. O médico analisa os exames e chega à conclusão de que Ana Maria está enfartada. Ela permanece internada durante trinta e um dias, durante os quais realiza um cateterismo. Pouco tempo depois Ana Maria e o marido decidem deixar São Paulo e irem morar no Piauí. Iniciam a construção de uma casa no novo estado.

Enfarte 2:

O ano é 2005 e Ana Maria está morando no Piauí há pouco tempo. Desde que enfartou não realizou nenhum tipo de tratamento. Oito dias depois que sua casa está concluída ela enfarta novamente. Mais uma vez sente a imensa dor que sentira um ano antes. O marido avalia que onde estavam não havia recursos adequados para o tratamento da esposa. Imagina que os médicos locais são bons, mas que não possuem os recursos necessários para um atendimento que pudesse ajudar Ana Maria. Ela é colocada num carro de passeio comum e levada para Brasília. Nenhum tipo de cuidado especial é tomado. Ana Maria viaja mais de mil quilômetros semi-consciente e tem a dor atenuada apenas pelo vento que entra pela janela do carro. Vomita sangue e defeca sem sequer perceber. Chega ao Hospital de Base em Brasília em condição bastante grave. Conta ao médico como se sente, mas depois não se lembra de tê-lo feito. Uma médica diz ao seu marido que ele poderia procurar uma funerária, pois Ana Maria não resistiria ao enfarte. Ela passa três dias internada na mini-UTI do setor de Emergência. Oito dias depois de chegar ao Hospital Ana Maria recobra a consciência e ouve da médica que ela não acreditou na sua sobrevivência. Depois de sair da mini-UTI permanece internada na Emergência por trinta dias. Faz uma endoscopia e os médicos descobrem que ela possui três úlceras no intestino. Durante a internação ela espera ser operada, mas recebe alta sem que isso aconteça. Recebe a prescrição de alguns medicamentos para as úlceras e, posteriormente, melhora deste problema.

Enfarte 3:

O ano é 2006 e Ana Maria está morando em Brasília. Desde o segundo enfarte realiza consultas médicas rotineiramente. Certo dia os sintomas iniciais do enfarte se repetem e o marido a leva para o Hospital Regional do Paranoá (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal), que fica próximo à sua casa. Ela chega ao hospital com uma hemorragia pulmonar. Sobrevive. O médico que a atende a apelida de “Dona Maria Sete Vidas”. Permanece internada durante quinze dias antes de receber alta.

Após os três enfartes:

O ano é 2007, e Ana Maria continua morando em Brasília. Não pode mais realizar tarefas domésticas nem quaisquer exercícios físicos. Além do problema cardíaco, tem também um sério problema renal. Consome medicamentos para ambos os problemas e realiza consultas médicas regulares. Não procura fazer nada mais para se tratar. Faz uma consulta no Hospital Regional do Gama (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal) e a médica que a atende lhe receita um determinado medicamento. Enquanto o ingere Ana Maria vê seus problemas de saúde melhorarem e por seis meses não mais precisa se dirigir a um hospital. Acredita que apenas essa médica “acertou” na prescrição do medicamento para seu problema. Lamenta que não tenha registrado o nome da médica. Nunca mais a encontra. Em consultas com outros médicos tem seus medicamentos modificados. Nunca deixa de consumi-los, mas crê que nenhum outro é tão eficaz quanto o prescrito anteriormente pela médica do hospital do Gama.

Inchaço:

O final do ano de 2007 está próximo e Ana Maria começa a ficar inchada, a sentir falta de ar, fraqueza e cansaço. Permanece durante quinze dias nesta condição. O marido deseja levá-la ao hospital, mas Ana Maria não permite. Sua situação se agrava e num dia à noite o marido a leva até o Hospital Regional do Paranoá. Fica internada nele durante três dias, mas, na falta de médico cardiologista, é encaminhada para o Hospital de Base. É mantida internada durante vários dias na Emergência. Passa por diversos exames e recebe vários medicamentos. Enquanto permanece internada se dispõe a fazer o tratamento que os médicos julguem necessário. Não sabe qual será ele, mas espera ser operada para que seu problema cardíaco seja solucionado através da instalação de uma "válvula" ou de uma "molazinha" em seu coração. Aguarda que os médicos decidam o que fazer e a informem. Enquanto permanece internada não sabe quando nem como receberá alta.

CAPÍTULO 4

Incertezas

Em análises acerca de processos de tratamento e cura culturalmente definidos, alguns autores argumentaram – de forma mais ou menos incisiva – que diante da identificação de uma situação de doença as pessoas procurariam alternativas terapêuticas de acordo com a causalidade atribuída à perturbação. No início deste trabalho citei algumas destas perspectivas. Rivers (1924), com estudos na Melanésia e na Nova Guiné, forjou as teses da tripla causação (humana, espiritual e natural) e da diferenciação entre doenças graves e leves, existindo tratamentos específicos para cada uma destas classes. De forma análoga, Evans-Pritchard (1937) argumentou que em seus diagnósticos os Azande cruzariam causações "naturais" com "místicas", também as colocando em relação com a gravidade conferida à doença, derivando daí o tratamento concebido como adequado. Sindzingre & Zemplèni (1981) construíram a distinção entre as causas instrumental, eficaz e última geradoras das doenças. Buchillet (1991) combinou este sistema de Sindzingre & Zemplèni com o proposto por Augé que separa registros (ou esferas) dos efeitos e das causas, e os ofereceu como instrumento para se pensar comparativamente contextos diferenciados, além da utilização conjunta de alternativas terapêuticas. Langdon (1991), elucidando práticas existentes entre comunidades Sibundoy e Siona, também fez o elogio das idéias de Sindzingre & Zemplèni e de Augé, citando o conceito etiológico de "resistência da pessoa" que, segundo ela, não se encaixaria bem em outros esquemas, mas seria bem explicado pelas formulações destes autores. Pesquisando "grupos urbanos", Loyola (1991) apontou as separações entre doenças espirituais e materiais, entre doenças do cotidiano, graves e desconhecidas e, finalmente, entre

doenças relacionadas a força ou fraqueza e doenças relacionadas a equilíbrio ou desequilíbrio – cada uma destas classificações conformando condições distintas de tratamento. Raciocínio semelhante seria o de Helman, exposto por Leite & Vasconcelos (2006), segundo o qual as escolhas terapêuticas seriam buscas por explicações que “fazem sentido” dentro da inteligibilidade admitida pela cultura do doente.

Na mesma proporção em que os itinerários terapêuticos das pessoas são compreendidos como consistindo no acionamento de alternativas terapêuticas escolhidas a partir da atribuição de diferentes causas às doenças, tal como nas análises acima citadas, ou então na avaliação de resultados obtidos por estas alternativas, supõe-se que estas pessoas possuem considerável consciência de suas condições e de seus atos. Além de se perceberem doentes, elas seriam capazes de julgar as causas de suas doenças, eliminando possíveis origens e identificando em certas características de suas perturbações sinais que possibilitam ordenamentos já importantes de suas condições. Identificar uma classe de causação implica no manejo de sintomas, de sistemas nosológicos, etiológicos etc. Mais do isso, implica na comparação e na classificação destes em casos concretos específicos. Por outro lado, a avaliação de resultados produzidos em diferentes formas terapêuticas não é possível sem que estes cálculos sejam acompanhados de um relativo distanciamento para com estas formas, permitindo um julgamento que leva em conta e hierarquiza efeitos de procedimentos que têm pressupostos e objetivos distintos. Somente alguém ou grupo de pessoas com considerável grau de lucidez, conhecimento e autonomia pode empreender tais formulações em torno de si e dos tratamentos a que se submete.

As dinâmicas que apreendi dos itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base são outras. A imensa maioria destes desconhece as causas de suas doenças. Não sabem quais são os agentes causadores nem como eles agiram. Para buscarem tratamento este conhecimento não se faz necessário, pois elas esperam que os médicos identifiquem estas causas. Acreditam que apenas os exames médicos podem desvelá-las, e como não são capazes de produzi-los ou interpretá-los, realizam seus tratamentos ignorando-as. Estão sempre à espera que os médicos encontrem as causas de suas doenças, para em seguida lhes informarem acerca delas. É comum que os pacientes permaneçam longos períodos sob cuidados médicos sem que um diagnóstico seja produzido, o que não impede que algum tratamento seja feito. Mesmo que o diagnóstico exista, não necessariamente a causa da doença é caracterizada, havendo apenas uma descrição da perturbação em termos médicos. Os pacientes podem conhecer seus diagnósticos, mas em geral não os compreendem em profundidade, tendo consciência tão somente de algumas nomenclaturas e de poucas relações.

Eles não buscam os serviços médicos porque imaginam que estes profissionais lhes ajudariam a resolver um problema previamente caracterizado. Procuram os serviços médicos porque possuem problemas que não sabem caracterizar e manipular. E, em certo ponto de vista, para se tratarem os pacientes não precisam estar lúcidos acerca destas problemáticas, necessitam apenas "fazerem suas partes" – o que comumente significa cumprir as prescrições médicas, especialmente as medicamentosas.

Não possuindo concepções acerca das origens de suas doenças, muito menos os pacientes se vêem capazes de avaliar os tratamentos médicos. Como argumentei anteriormente, eles não possuem critérios próprios com quais pudessem produzir este tipo de julgamento. Identificam-se com a saúde em condições melhores ou piores do que antes do tratamento, mas não sabem se estas mudanças são temporárias ou definitivas, ou então se elas se devem ou não às ações médicas. Quando suspeitam de que algo não vai bem em seus tratamentos, os pacientes não questionam o sistema terapêutico médico propriamente dito, mas no máximo as condições nas quais ele está sendo executado. Quando isso acontece o que tentam fazer é prosseguir em suas buscas por tratamento em outras instâncias do serviço público de saúde.

Estas dúvidas com referência aos tratamentos são acompanhadas por desconhecimentos crônicos acerca do futuro. Prognósticos médicos precisos e detalhados são raros, de modo que as pessoas permanecem sem saber o que lhes acontecerá. Elas nutrem esperanças positivas, desejos de recuperação ou melhora, mas não sabem caracterizar o modo como isso pode ou deve se dar. Transferem aos médicos a competência de criar previsões, mas, quando eles as têm, nem sempre as explicitam aos pacientes, e quando o fazem os pacientes absorvem seus prognósticos de forma precária, posto que não compreendem perfeitamente seus princípios, pressupostos e perspectivas.

Sendo assim, as experiências dos pacientes do Hospital de Base ao longo de seus itinerários terapêuticos são cercadas e atravessadas por inúmeras incertezas. São incertezas que dizem respeito ao passado, ao presente e ao futuro. Os pacientes têm clareza de que devem buscar tratamento e cooperar com ele – e frequentemente desenvolvem habilidades e aprendizados acerca destas questões. Entretanto, carregam incertezas acerca de suas doenças e de seus tratamentos: como eles surgiram, quais são suas etapas, seus prováveis efeitos, quais fatores são importantes para suas formações, quais relações estes fatores mantêm entre si e com outros quaisquer etc. O que não impede que seus tratamentos – e tampouco seus itinerários terapêuticos – existam.

Quadro 15
Não tem lei para eles

Uma longa saia preta contrastando com uma blusa estampando inúmeras pequenas flores coloridas, óculos de armação preta e lentes grossas, uma postura encurvada e um olhar perdido faziam de Emília uma figura singular no corredor principal do Ambulatório do Hospital de Base. Quando a vi não tive dúvidas de que deveria tentar entrevistá-la. Imediatamente a abordei e de forma muito simpática ela aceitou contribuir com minha pesquisa. Emília trazia uma história de vida marcante, que parece ter contribuído muito para seu modo contido de falar, sua voz baixa e suave e seu jeito de se expressar sem gesticular.

Emília havia ido até ali para fazer uma consulta acerca de uma alergia que havia atacado diversas partes de seu corpo. Seis meses antes surgiu uma coceira em suas pernas, que com o tempo se espalhou para o tronco, os braços e o pescoço. Inicialmente ela usou uma pomada que possuía em casa desde que o marido realizara um tratamento para alergia. Emília não se recordava qual era a pomada, mas lembrava que, embora ela houvesse resolvido o problema do marido, não a ajudou em nada. Logo decidiu procurar um Posto de Saúde em Ceilândia (Região Administrativa do Distrito Federal). Passou por uma consulta e o médico lhe receitou alguns comprimidos. Segundo ela, estes também não surtiram efeito algum.

Antes da coceira surgir ela já possuía uma consulta marcada no Hospital de Base, onde há certo tempo realizava tratamento de um problema estomacal. Durante esta consulta contou à médica que também sofria com a coceira, e esta lhe entregou um encaminhamento para um alergista. Emília conseguiu marcar a consulta para o mês seguinte. Nesta, o médico lhe prescreveu um creme, um comprimido e uma pomada. Além disso, recomendou-lhe que não deixasse cair xampu nos locais afetados, nem os limpasse com sabão ou bucha. O médico não disse a Emília qual era a perturbação, mas informou que faria uma avaliação para descobrir. Ela utilizou os medicamentos e seguiu os conselhos médicos, mas a coceira quase não havia melhorado.

Havia se passado um mês desde a consulta com o alergista, e no dia em que nos encontramos Emília voltava ao Hospital de Base para o "retorno" com ele. A coceira era tamanha e tão duradoura que várias vezes chegou a se machucar coçando e a passar noites inteiras sem conseguir dormir. Perguntei a ela qual era sua opinião acerca do que havia causado a suposta alergia. Emília me disse que não sabia. Acreditava que não era devido nem a comida nem a sabão. Questionei então a qual provável tratamento teria que passar. Ela me respondeu que não sabia. Que para se recuperar dependeria do médico conseguir "acertar" na escolha do medicamento que deveria consumir – o que, segundo ela, seria uma tarefa difícil para ele. E também não sabia dizer se isso ocorreria naquele dia ou somente no futuro. Desconhecia até mesmo o que faria na consulta que aconteceria nos próximos minutos.

Pedi a Emília que me contasse sobre outras questões que julgasse importantes em sua história. Ouvi que possuía vários problemas de saúde além da coceira. Um deles teria se iniciado na juventude, quando ainda morava numa área rural, ao ingerir água contaminada. Emília tinha cerca de cinqüenta anos e sempre utilizou medicamentos no tratamento dos efeitos da esquistossomose, que afetou seu fígado. Um médico havia lhe dito que o verme caminhou pelo seu corpo, e que por onde passou deixou estragos. Possuía complicações no estômago, nos rins e no fígado, além de varises no esôfago. Contou-me que a esquistossomose pode ser curada se tratada logo que surge, mas que como ela desconhecia a doença, foi tratada apenas tempos depois que já a possuía. Segundo me disse, chegou a usar medicamentos e a fazer exames, mas era tarde demais. Mesmo depois de tanto tempo precisava ingerir medicamentos e amiúde era submetida a endoscopias. De seis em seis meses se consultava para que o médico controlasse sua condição de saúde. Elogiou o médico com quem se tratava, dizendo que este a explicava em detalhes o que se passava com ela.

Emília também fazia consultas rotineiras com médicos ortopedistas, pois tinha artrose. Esta havia começado anos antes com dores num joelho e nas costas. Com o tempo elas se espalharam para outras junções, mas a pior delas era a sentida nos joelhos. O problema foi se agravando, de modo que suas pernas estavam ficando tortas. Emília não sabia o que havia causado mais este problema. O médico havia lhe dito apenas que a artrose não possuía cura, e que os medicamentos que ingeria para combatê-la eram paliativos. Disse que este médico era obrigado a atender muitos pacientes e, por isso, nas consultas tinha tempo unicamente de solicitar exames, prescrever medicamentos e marcar "retornos".

Tinha ainda consultas regulares com médicos reumatologistas, que tratavam de sua fibromialgia. Sentia dores causadas pela doença em vários locais. Seguindo uma sugestão médica, fazia hidroginástica para ajudar em seu tratamento. Perguntei qual teria sido a causa deste problema em particular. Emília respondeu-me que não sabia, mas que ele havia começado logo depois que passou a sofrer de depressão. Este, aliás, era o problema que mais a incomodava. Ela me disse que a depressão era horrível, pois não sentia vontade de sair de casa e nem de fazer nenhuma atividade. Ao mesmo tempo não agüentava ficar muito quieta, pois quando isso acontece não consegue deixar de nutrir pensamentos negativos.

Havia também um problema nas mãos, que doíam muito, bastando ela movimentar os braços para que tenham início. Emília me contou que fez exames no Hospital Sarah Kubitschek, onde os médicos identificaram algum tipo de dano nos nervos. Sugeriram que fosse operada, mas Emília se recusou, preferindo permanecer com as dores e com a impossibilidade de carregar peso. Emília me disse que um médico do Hospital de Base havia lhe dito que nem todos que são submetidos à cirurgia têm o problema eliminado, mas que a razão principal para ter se recusado a fazer a cirurgia era que havia ficado traumatizada com a morte de seu irmão. O trauma teria também gerado sua depressão.

Perguntei a Emília qual era esse trauma, o que teria acontecido com seu irmão. Ela me contou que ele havia falecido sete anos antes, com cinqüenta anos de idade. Depois de uma queda fraturou o joelho e precisou ser encaminhado para uma cirurgia. Foi internado no Hospital Regional de Taguatinga (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal), onde ficou por sete dias. Como os médicos de lá estavam em greve, um profissional de outro hospital foi contratado para realizar a cirurgia. O Hospital de Taguatinga aos sábados não realizava cirurgias em pacientes internados, mas, mesmo assim, por razões que Emília desconhecia, decidiram operá-lo num sábado. Ele morreu antes mesmo que a cirurgia fosse feita por causa de algo ocorrido com a anestesia. A família não foi avisada de que a cirurgia iria ocorrer naquele dia, mas apenas de sua morte. Inicialmente informaram que ele havia falecido por causa de um choque anafilático, no entanto, segundo Emília, quando os familiares buscaram mais informações descobriram que ele foi anestesiado com uma anestesia que deveria ter sido usada em outro paciente. O cirurgião nem teria chegado a tocá-lo, porque alguns minutos depois da anestesia já estava morto. A equipe médica alegou que a morte teria sido facilitada pelo fato de que um aparelho do hospital – que Emília desconhecia – estava com defeito e não funcionou quando foi necessário. Imediatamente depois do falecimento a família foi retirar o corpo do hospital, mas não conseguiu. A anestesista não estava mais lá e nenhum outro médico se dispôs a liberar o corpo. A família recorreu à polícia e a um veículo de comunicação local. Somente com isso, na terça-feira seguinte, quatro dias depois da morte, o corpo foi liberado. Por outra médica. A família tentou processar a anestesista. Emília disse que ela chegou a ser intimada a prestar depoimento, mas que o resultado do processo definiu que havia ocorrido um erro médico e assim ninguém foi punido. Sua sobrinha então desistiu de prosseguir tentando buscar algum tipo de justiça ou compensação legal. Nada o traria de volta à vida, além do que, segundo Emília, "não tem lei para eles". Era a primeira vez que seu único irmão era internado num hospital. Ele deixou um casal de filhos.

Emília nunca se conformou com o modo como ele morreu. Desde então vive abalada com o ocorrido. Para dormir precisa utilizar medicamentos sedantes.

Um elemento sempre presente no desenvolvimento dos tratamentos médicos são os exames. Eles são realizados e repetidos no decorrer de todo o tratamento, podendo possuir caráter exploratório, quando o médico pretende caracterizar com mais detalhes a situação do paciente, ou de monitoramento, quando deseja avaliar ou identificar possíveis mudanças ocorridas na condição do paciente. Em certos casos os exames são realizados periodicamente em intervalos de tempo previamente estabelecidos; em outros ocorrem diariamente, sobretudo quando se entende que o estado do paciente é delicado e carece de atenção permanente. De acordo com o problema de saúde em questão e com a estratégia médica de tratamento determinados exames são produzidos isoladamente, enquanto outros são combinados entre si para o delineamento de quadros mais detalhados.

A presença dos exames no decorrer dos tratamentos é tão marcante para os pacientes do Hospital de Base que muitos imputam a eles a possibilidade da construção do diagnóstico médico. Por esta razão a análise clínica, a sensibilidade e a experiência do profissional por vezes são desvalorizadas. Neste ponto de vista, boa parte da competência médica é percebida como capacidade técnica de interpretar exames. E quanto mais tecnologicamente complexos estes são, mais a leitura médica é apreciada e mais os seus resultados são tidos como confiáveis. Alguns pacientes acreditam que quando o médico não solicita a realização de exames, ou então quando a instituição não possui os equipamentos necessários para fazê-los, impedindo assim que eles sejam feitos, o diagnóstico e o tratamento correto se tornariam inviáveis. A idéia é que a realização dos exames seria uma precondição indispensável à boa prática da medicina.

A contrapartida desta perspectiva comum é um acentuamento da incapacidade dos pacientes de compreender os tratamentos a que são submetidos e um alargamento das incertezas decorrentes desta incompreensão. Se a dinâmica dos tratamentos é associada aos resultados dos exames, e a manipulação destes requer conhecimentos especializados que somente os médicos possuem, consequentemente os pacientes se vêem numa posição de desconhecimento e incerteza. Alves & Rabelo (1999) argumentaram que a constituição das enfermidades requereria a transformação de aflições em objetos de reflexão e representação. A objetivação da enfermidade passaria por seu destacamento para com o fluxo das vivências e para com o próprio sujeito, permitindo que seja tomada como totalidade distinta. Esta reflexão dos autores me parece interessante, e se também levarmos em conta a dimensão intersubjetiva que traz consigo na observação dos itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base, percebemos que este distanciamento é efetivado especialmente pelo diagnóstico médico.

Desde o início de sua busca por tratamento o paciente começa a levar a cabo esta objetivação, mas é o diagnóstico e o estabelecimento de um tratamento que a consolida. Entretanto, a entrada da ação médica na experiência do paciente gera um duplo distanciamento entre ele a doença: se por um lado progressivamente transforma sensações suspeitas numa doença conhecida, por outro caracteriza a doença como algo alheio à alçada de compreensão do paciente. Ele tem então de conviver ao longo de todo o seu tratamento com incertezas relacionadas ao fato de que não pode conjecturar opiniões próprias em torno do que lhe acontece.

Há uma idéia, propagada pela prática e pelo discurso de muitos médicos – e geralmente compartilhada pelos pacientes – de que os exames ofereceriam a "verdade" da doença. O suposto é que existiria uma realidade objetiva por detrás de sinais confusos que poderia ser desvelada pelos exames, sendo esta a função deles. Revelada esta realidade, o médico poderia então classificá-la, produzindo o diagnóstico. No entanto, o que este tipo de pensamento não deixa transparecer é que os exames não espelham realidades independentes; antes constroem descrições relativas a determinados eixos compreensivos artificialmente concebidos. A suposição de que os exames oferecem "verdades" também oblitera que diagnósticos são sempre simplificações, processos de exclusão do que não se julga como importante e de realçamento do que se entende como relevante. É a admissão da possibilidade de que estas "verdades" existem que permite que os pacientes convivam com as incertezas. Se há uma "verdade", então apenas as perspectivas erigidas a partir delas são aceitáveis. Os médicos possuiriam a formação e os instrumentos necessários a alcançá-la, e assim poderiam compreender e gerenciar os processos de tratamento. Aos pacientes, incapazes de atingi-la, restariam as incertezas.

Os pacientes do Hospital de Base desconhecem as razões de muitas das ações médicas a eles dirigidas porque não dominam os fundamentos teóricos de seus tratamentos. Não compreendem a fundo as motivações de fatos pretéritos, presentes ou vindouros. Não sabem dizer por que os médicos solicitaram tais exames, porque é necessário esperar vinte e não quinze dias para serem operados, porque os medicamentos tiveram as doses aumentadas, porque seus "retornos" são marcados para cada dois meses, quais são os efeitos das injeções que lhes aplicaram, o que será feito com as porções de sangue que foram colhidas de seus braços etc. Acontece então de serem surpreendidos com ações que não esperavam. Um medicamento que parecia estar funcionando bem é substituído, a previsão de alta é revista, um exame que há muito tempo não se fazia é novamente requisitado etc. Estas surpresas geralmente são mais acentuadas quando surgem após cirurgias. Em algumas delas são feitas

intervenções nos corpos dos pacientes e que eles não previam. Obviamente, parte destas intervenções se deve a imponderáveis das cirurgias que exigem ações imediatas, medidas que nem mesmo o médico poderia antecipar e cujo risco de ocorrência está implícito em todos os procedimentos do gênero. Contudo, acontece frequentemente de o paciente não ser informado sequer das possibilidades mais prováveis, podendo o cirurgião executar ações com relação às quais o paciente poderia ter sido consultado e, talvez, ter se negado a se submeter. Mas em geral os pacientes ficam insatisfeitos apenas quando estas surpresas representam algum tipo de incômodo: a colocação de uma sonda, o impedimento de receber alta, a necessidade de fazer algum exame ou tratamento desconfortável, o cumprimento de uma dieta pouco saborosa etc. Reclamações acerca de mudanças no intervalo de consultas ou nas prescrições de medicamentos, por exemplo, são raras.

Tendo que lidar mais intensamente com as incertezas, os pacientes internados no Hospital de Base estão sempre esperando que durante suas visitas os médicos lhes informem algo acerca de seus tratamentos. Aguardam estes contatos para que consigam alguma informação que lhes esclareça um pouco mais o que está acontecendo. Vigora aí a noção de que os pacientes não precisam entender seus tratamentos para que eles se desenvolvam. Suas incertezas não os comprometeriam, do mesmo modo que a eliminação delas não colaboraria com a cura. A contribuição a ser oferecida pelos pacientes seria a cooperação e não a compreensão. O que os pacientes precisariam fazer seria seguir as indicações médicas, sendo dispensável a apreensão de suas razões e fundamentos.

Com relação ao futuro, os pacientes estão sempre alimentando expectativas relativas aos próximos exames que realizarão. Acreditam que serão eles os fatores cruciais para a definição do porvir de seus tratamentos e de suas doenças. O curioso é que os exames anteriormente feitos não servem para extinguir as incertezas em torno do futuro. Esta eliminação é condicionada a exames posteriores cujos resultados são também incertos. As informações fornecidas pelos exames pretéritos são olvidadas pela chance de que os vindouros tragam alguma novidade. Parsons (1951) havia afirmado que as transformações trazidas pelas doenças no âmbito dos padrões normais de vida das pessoas gerariam nelas ansiedade com relação ao futuro. Sendo assim, no que se refere aos pacientes do Hospital de Base, acrescentaria que esta ansiedade vem junto de inúmeras incertezas. A absoluta maioria deles não sabe o que acontecerá com suas doenças e com seus tratamentos. Estão sempre a espera de um próximo exame ou de uma próxima visita médica para clarearem as coisas.

As incertezas chegam ao ponto de que os pacientes se considerem curados pelos tratamentos médicos sem que tenham tomado conhecimento de qualquer diagnóstico, sem que

saibam por que ficaram doentes ou porque foram curados. Acontece também de persistirem em suas buscas por tratamento mesmo que em diversas instituições ou com vários médicos uma mesma impossibilidade de tratamento tenha sido anunciada. E nestes casos não se trata tão somente de insistência. Ocorre que o paciente dificilmente tem plena consciência se de fato há ou não tratamento possível para sua doença, pois não possui critérios que viabilizem esta avaliação.

A aceitação e o convívio passivo com as incertezas por parte dos pacientes se devem principalmente às noções relativas ao papel de doente, mas também a certa idéia de que os processos médicos de cura necessitam de tempo para serem efetivados, para que seus efeitos se realizem e possam ser percebidos. Sendo assim, as incertezas são amenizadas pela perspectiva de que resultados positivos virão a seu tempo, e de que precisam dele para serem conseguidos. O paciente reconhece a necessidade deste tempo, mas não o domina. Apenas o médico sabe manipulá-lo. Ele sim conhece o tempo do medicamento, do exame, dos efeitos dos tratamentos, da doença etc. Mais uma vez, alijados da possibilidade de compreenderem estas dinâmicas, os pacientes vivem estes processos prenhes de incertezas.

Quadro 16
Entrevista com mãe e filha

Conheci Maria da Conceição e sua filha Cecília numa tarde de sexta-feira de setembro. Estavam sentadas num dos corredores do Ambulatório aguardando que Maria da Conceição fosse chamada para a realização de uma consulta. Apesar do problema de saúde ser de sua mãe, foi Cecília quem mais tomou a iniciativa de contar sua história.

Inicialmente perguntei a respeito de que era a consulta que Maria da Conceição iria fazer. Ela me respondeu que era sobre uma tontura. Pedi que me descrevesse a tontura. Ambas tentaram fazê-lo, mas quase não as compreendi. Cecília disse que era um tipo de tontura que "sobe e desce", que causa desequilíbrio. Entendi que estavam tentando me dizer que não se tratava de uma tontura que prejudicava a consciência, mas apenas o equilíbrio. Perguntei então se a tontura de alguma forma afetava sua vida cotidiana. Maria da Conceição respondeu que ela incomodava especialmente à noite, pois não podia andar durante esta parte do dia. Cecília acrescentou que à noite a tontura aumentava, não permitindo que a mãe saísse de casa. Disse que ela era constante, e que mesmo ao longo do dia era difícil para a mãe sair sozinha, pois anda sempre desequilibrada e pendendo para os lados. Além disso, Maria da Conceição não podia deixar água entrar no ouvido que a situação piorava. Por isso quando se banhava precisava tapá-los com algodão.

Questionei quando a tontura havia surgido. Maria da Conceição disse que três anos antes. A filha acrescentou que ela apareceu de repente. Indaguei o que havia sido feito na intenção de curar a tontura desde que ela surgira. Maria da Conceição disse que havia feito tomografia da cabeça e vários outros exames, além de ter ido a um médico otorrinolaringologista. Perguntei qual havia sido o primeiro destes exames. Cecília respondeu que o primeiro foi uma tomografia da cabeça realizada numa clínica. Segundo ela, este exame teria "especificado" o problema da mãe, constatando que ela possuiria "má circulação cerebral". O médico que realizou o exame teria afirmado que se Maria da Conceição fizesse um regime e emagrecesse cerca de dez quilos o problema desapareceria. Maria da

Conceição me contou que conseguiu emagrecer dez quilos, mas que o problema persistiu. Perguntei se além do regime tentou algum outro tipo de tratamento. Ela me respondeu que por muito tempo fez uso de medicamentos contra labirintite, mas que também não haviam resolvido seu problema, pois não tinha labirintite. Cecília disse que um médico otorrinolaringologista havia descoberto que a mãe possui um tímpano perfurado, e suspeitado que a tontura estivesse ligada a este fato. Falou também que ela estava realizando vários exames no Hospital de Base, e que tentaria marcar um "retorno" para entregar os exames a este otorrinolaringologista. Maria da Conceição acrescentou que os resultados dos exames estavam prontos, mas que não conseguia marcar o "retorno". O Hospital de Base não estava marcando consultas nesta especialidade naquele dia. Havia a previsão de que três dias depois elas passassem a ser agendadas, de modo que na semana seguinte precisariam telefonar para o Hospital para tentar marcá-la. Questionei quais exames haviam sido realizados. Cecília disse que no Hospital de Base a mãe havia feito exames do ouvido, raio-x do tórax, coleta de sangue e um outro do coração. Num "centro radiológico" de Ceilândia (Região Administrativa do Distrito Federal) a mãe havia feito também uma ecografia do tórax. Compreendi que os resultados da maior parte destes exames estavam sendo levados para a consulta que realizaria naquele dia, que se daria no setor de clínica geral. Cecília me disse que a médica com quem a mãe iria se consultar é que havia pedido estes exames. Ficaria faltando entregá-la apenas os exames do ouvido, pois não havia conseguido marcar o "retorno" com o otorrinolaringologista. Segundo ela, infelizmente o exame principal não seria apresentado à médica.

Insisti perguntando a Maria da Conceição se além das consultas nunca havia tentado fazer alguma coisa por conta própria para tentar solucionar o problema da tontura. Elas me responderam que faziam apenas os tratamentos médicos. Que Maria da Conceição havia feito uso de diversos medicamentos, mas que nenhum deles havia resolvido o problema.

Questionei qual era a opinião delas sobre a causa da tontura. Cecília me disse que achava que poderia ser o tímpano furado. Maria da Conceição falou que um médico havia lhe dito que poderia se tratar de uma seqüela do fato de que até dezesseis anos antes ela consumia bebidas alcoólicas em demasia. Achava então que poderia ter ficado com algum problema da época em que bebia. Mas as duas disseram que estavam fazendo os exames para tentarem descobrir qual era o problema, pois este ainda não era conhecido. Cecília disse que na consulta que havia sido realizada com o otorrinolaringologista ele não havia dito qual era o problema, e que esperava que através dos exames que tinha em mãos a médica com quem a mãe iria se encontrar naquele dia pudesse informá-las algo. No entanto, achava que ela não conseguiria descobrir definitivamente a causa da tontura porque para fazê-lo precisaria do resultado do exame de ouvido, exatamente aquele que não estava pronto. Disse também que a mãe possuía uma consulta já marcada para o mês seguinte com um médico neurologista, e que este também descobriria a causa. Acreditava que os exames de ouvido e os pedidos pelo neurologista é que seriam mais "exatos" para a descoberta de porque a mãe sentia tonturas constantes.

Ao perguntar sobre o futuro do tratamento, ouvi de Maria da Conceição que ela estava realizando todos os exames pedidos pelos médicos para que eles pudessem então receitar os medicamentos adequados para ela consumir. Cecília disse que achava que quando os médicos descobrissem qual era o problema da mãe conseguiriam tratá-la. Somente com os "resultados corretos" dos exames eles poderiam indicar os medicamentos corretos. Por enquanto isso não seria possível. A mãe havia utilizado diversos medicamentos para labirintite no passado, mas nenhum havia funcionado porque este não era seu problema. Segundo ela, quando o médico prescrevesse o medicamento correto o problema seria solucionado.

Indaguei a elas o que julgavam ser mais importante na história da tontura de Maria da Conceição. A filha respondeu que este era um problema incômodo tanto para a mãe quanto para ela e para as outras pessoas que a acompanhavam. Refiz a pergunta para Maria da Conceição. Ela me disse que a tontura a incomodava, mas que também sofria de surdez, o que era igualmente ruim, já que às vezes ficava envergonhada de precisar pedir às pessoas que repetissem o que haviam dito ou que

falassem mais alto. Além disso, acrescentou que durante o dia conseguia fazer mais coisas sozinha, mas que de noite sentia um grande peso na cabeça, não conseguindo sequer andar.

Diante da novidade da surdez, sobre a qual não haviam falado antes, perguntei se haviam narrado para os médicos a história que me contaram. Maria da Conceição respondeu que havia contado para a médica com quem iria consultar naquele dia. A filha, por outro lado, disse que havia feito isso com todos os médicos, uma vez que esta era uma obrigação do paciente. Mas Maria da Conceição replicou que apenas para aquela médica havia dito que quando jovem ingeria bebidas alcoólicas. Achava que os médicos precisariam saber disso para descobrirem qual era seu problema, mas sentia vergonha de explicitá-lo. Contou que o fato da médica ser uma mulher e ser mais atenciosa do que os outros médicos – tendo em vista que estes sequer olhavam para ela – a teria encorajado a contar sua história de alcoolismo. Maria da Conceição disse que depois que fez isso a médica a encaminhou para um neurologista, atitude que ela aprovou, já que julgou que ele examinaria sua cabeça e poderia descobrir algo diferente. E Cecília novamente disse que, na verdade, teriam falado sobre isso com diversos outros médicos, quando a mãe fez tratamento para outros problemas de saúde no Hospital de Base e em outras instituições.

Ficou claro para mim que mãe e filha possuíam visões diferentes acerca da tontura de Maria da Conceição. Mais além, também os médicos a enfrentaram de modos distintos. E o fato de nenhum deles ter conseguido resolver o problema contribuía para a coexistência das diversas interpretações.

O Hospital de Base acumula acerca de seus pacientes uma série de informações que são julgadas relevantes do ponto de vista dos tratamentos médicos. Registra dados diversos por meio de cadastros e fichas que servem como instrumentos de identificação antes mesmo que o paciente receba algum tipo de atenção. Mas é com o prontuário médico que estas informações são agregadas de forma mais sistemática. O prontuário constitui um documento de destacada importância, que permanece arquivado durante certo tempo pela instituição. Intenta-se por meio dele conseguir controlar as mudanças ocorridas nas condições de saúde do paciente, pondo-as em perspectiva com as medidas terapêuticas adotadas. Teoricamente, nele seriam registradas todas as informações que de alguma forma pudessem contribuir para que a qualquer momento a história do paciente consiga ser recuperada, sendo assim possível avaliar eventuais erros ou acertos cometidos. Porém, nem todos os dados são armazenados, muitos são utilizados momentaneamente e posteriormente descartados, outros são registrados de forma dispersa e se perdem antes de serem agregados etc. Há assim um déficit entre a quantidade de informações produzidas e as sistematicamente armazenadas. No entanto, ainda assim é possível perceber que há um intenso exercício de produção de informações sobre os pacientes.

Embora estes documentos sejam produzidos na linguagem médica, são de domínio público, e poderiam ser acionados pelos pacientes sempre que desejassem. Mas os pacientes quase nunca o fazem, ou quando têm contanto com eles não os compreendem, o que na prática significa que não tiveram acesso às informações que continham. Isso fica claro quando

notamos o modo como se relacionam com seus exames. Muitos empreendem grandes esforços para conseguirem realizá-los e, ao fazê-los, acreditam fortemente que trarão informações importantes sobre seus estados de saúde. Não obstante, quando têm diante de si seus resultados impressos em papel quase sempre não conseguem interpretá-los – por vezes nem mesmo lê-los. Acontece de precisarem aguardar semanas ou até meses para que numa consulta médica sejam esclarecidos do que aquele papel dizia, vivenciando uma espera que comumente gera ansiedade e expectativa. O entendimento destes resultados nem sempre envolve a posse de profundos conhecimentos especializados. Mas, ainda assim, certa competência lingüística é travestida em competência na capacidade do paciente de entender sua própria condição de saúde. Ele pode precisar esperar um tempo considerável para ser informado de que "está tudo bem", de que seus exames indicaram que sua condição de saúde está dentro dos padrões de normalidade estabelecidos, ou de que "nada foi encontrado". Outro tipo de ocorrência comum é que os resultados dos exames não sejam entregues aos pacientes, ficando armazenados pelo Hospital de Base até que um médico os solicite a propósito de uma consulta. O suposto é que de nada adiantaria confiá-los aos pacientes. O encaminhamento direto para o médico seria pensado, portanto, como um conforto a mais para o paciente e como uma medida preventiva para com possíveis extravios.

O nível de produção de informações sobre os pacientes não seria, por conseguinte, equivalente ao patamar de informações absorvidas por eles. Num certo sentido, poderíamos conceber que esta defasagem é institucionalmente organizada. Não há um interesse por parte dos médicos ou da instituição em esclarecer os termos dos tratamentos médicos aos quais os pacientes são submetidos. De forma associada, muito pouco se tenta traduzir as informações produzidas para uma linguagem inteligível aos pacientes. Note-se que os registros das passagens dos pacientes pelo Hospital de Base são sempre estruturados numa perspectiva médica, especialmente através dos prontuários. Suas experiências, sentimentos ou pontos de vista não fazem parte deles.

O que os pacientes podem fazer diante deste contexto é confiar que os profissionais saberão lidar de forma eficiente com estas informações, que as produzirão, interpretarão e utilizarão de um modo que lhes seja benéfico. Ademais, tentarão absorver, ainda que precariamente, aquelas informações que lhes forem transmitidas, trocarão idéias com outros pacientes e pessoas conhecidas acerca do que está acontecendo com eles e imaginarão possíveis relações, eventos, efeitos etc. Mas estarão sempre dispostos a abandonar estas conjecturas quando assim um médico lhes solicitar, ou quando alguma espécie de ação médica lhes sugira que elas estavam erradas.

No limite, poderíamos falar então de uma gestão institucional consciente das incertezas dos pacientes. Não é que os profissionais do Hospital de Base não saibam que seus pacientes estão sempre convivendo com elas. Também não existem dúvidas de que muitas delas poderiam ser eliminadas por meio de medidas simples de tradução ou de descentralização e publicização das informações. Boa parte das incertezas dos pacientes não deriva tão somente de suas faltas de conhecimentos especializados, mas principalmente do modo como o Hospital de Base organiza sua estrutura de prestação de serviços médicos. O que existe é um desinteresse para com a resolução delas, tendo em vista que seriam irrelevantes no que tange aos tratamentos. E nunca é demais lembrar que Goffman (1961) alertou que uma das características das instituições totais é não apenas restringir as transmissões de informações entre o seu mundo interior e o exterior, mas também limitar o acesso dos internados aos planos e deliberações dos dirigentes, não permitindo que aqueles conheçam seus destinos. Esta postura concederia aos dirigentes uma distância e uma medida de controle dos internados.

A face mais perversa destas incertezas é a impossibilidade dos pacientes de avaliarem seus tratamentos médicos. O que inclui a privação de instrumentos de constatação de eventuais erros cometidos. Obviamente, quando, por exemplo, algum instrumento cirúrgico é esquecido dentro do paciente por ocasião de uma operação, ou então quando certo diagnóstico é fortemente desmentido em momentos posteriores da busca por tratamento, o paciente pode imaginar que foi alvo de um equívoco. Entretanto, ainda assim pode nutrir dúvidas de que no fundo este “erro” pudesse ter sido causado pela falta de algum equipamento, pela fase em que sua doença se encontrava, ou simplesmente por um ponto de vista diferente, mas igualmente legítimo. Afora estes casos paroxísticos, a maior parte dos erros são diluídos e obscurecidos pelo fluxo dos tratamentos. O paciente busca por tratamento em outra instituição, outro médico assume seu tratamento e o reinicia, os medicamentos são substituídos, o tempo passa e seu organismo se recupera, o paciente é curado etc. Desse modo, ainda que o paciente por alguma razão suspeite da existência de um erro, as incertezas com relação a ele fazem com que continue a se submeter ao tratamento. Quando isso não acontece, no máximo ele continuará sua busca por tratamento em outro lugar ou com outro médico. Dupuy & Karsenty também haviam argumentado que os pacientes ignorariam como poderiam, mudando de médico, encontrar um outro melhor do que o anterior; e acrescentaram que o único dispositivo de controle da qualidade dos atos médicos seria a posse do diploma universitário (1974: 134; 142).

Por outro lado, vigora entre muitos pacientes do Hospital de Base a concepção de que como os médicos são especializados em determinadas partes do corpo ou problemas de saúde, seria natural e justificável que vez ou outra se equivocassem em suas ações. Eles não teriam a obrigação de acertarem em suas atitudes quando estivesse em jogo questões com relação às quais não são peritos. Seriam igualmente desculpabilizados quando a "falta de recursos" ou de "estrutura" dificultasse seus trabalhos.

Quadro 17
Anônima

Fazia entrevistas no Ambulatório do Hospital de Base quando decidi sentar-me um pouco num de seus muitos bancos colados nas paredes dos corredores para anotar algumas observações. Minutos depois, ainda sentado, resolvi aproveitar a oportunidade de abordar uma mulher que estava ao meu lado e que não me parecia muito apressada, posto que calmamente tomava um sorvete. Apresentei-me e lhe perguntei se me concederia a entrevista, mas ela me respondeu negativamente sem dizer nada, usando somente o balançar da cabeça de um lado para o outro. Achei que seria indelicado me afastar dela logo após nosso contato, e permaneci sentado onde estava. Foi quando percebi que do meu outro lado havia outra mulher sentada, e imaginei que ela poderia aceitar conversar comigo sobre seu problema de saúde. Mais uma vez arrisquei-me e a abordei. Para minha surpresa, ela me disse que estava ali apenas acompanhando sua irmã, justamente a pessoa que eu acabara de abordar. Um pouco embaraçado, agradeci pela atenção e lhe disse que estava realizando entrevistas apenas com os pacientes. E novamente avaliei que seria mal-educado se imediatamente me levantasse e fosse embora.

Permaneci sentado por alguns segundos, mas logo a irmã da paciente se dirige a mim questionando quais perguntas eu teria a fazer, pois talvez pudesse responder. Fico satisfeito com sua iniciativa e, como sempre fazia, perguntei se poderia gravar nossa conversa. Infelizmente, ela se mostrou receosa acerca de quem iria ouvir a gravação e não permitiu que eu a fizesse. Também não quis dizer seu nome nem o de sua irmã. Não insisti, e passei a anotar o que de mais importante ia me narrando. Ela me contou a história de sua irmã, que sempre enfrentou dificuldades para falar, e que teria perdido totalmente a fala depois que teve um tumor no céu da boca. Problema, aliás, que a havia levado ao Hospital de Base naquele dia. Conversamos durante alguns minutos, ao final dos quais dei a entrevista por terminada.

Já havíamos nos despedido e eu arrumava minhas coisas para me afastar quando ela me disse que também tinha uma história complicada, pois haviam esquecido uma gaze dentro dela durante uma cirurgia. Assustou-me aquela declaração repentina, mas imediatamente a perguntei se poderia me contar como isso havia acontecido. Ela concordou, todavia, mais uma vez não permitiu que eu gravasse a conversa.

Disse-me que o fato teria acontecido cinco anos antes. Teria ficado grávida e perdido o bebê sem ter consciência de nenhuma das duas coisas. Somente quando passou mal e procurou o Hospital Regional de Sobradinho (localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal) foi avisada de que estava grávida há cerca de três meses e de que o feto deveria estar morto dentro dela há uma semana. Passou então por um procedimento de retirada do bebê e por uma curetagem. Por causa desta precisou permanecer internada em observação por um ou dois dias. Neste período teve febre e nenhum medicamento conseguiu controlá-la. Os médicos decidiram então fazer uma cirurgia para verificar se alguma infecção no seu ventre estava causando a febre. Ela foi avisada de que se tratava de um procedimento de alto risco. Algumas enfermeiras chegaram a dizê-la que não sobreviveria. A operação foi feita, e nela descobriram que seu útero estava infeccionado e, por isso, o retiraram. A

entrevistada me disse que não havia sido avisada de que isso poderia acontecer, que quando despertou da anestesia foi surpreendida com a notícia de que não mais possuía o útero. Recuperou-se da cirurgia e recebeu alta.

No entanto, nos dias seguintes seu estado de saúde piorou consideravelmente. Começou a emagrecer e a sentir muita dor na região abdominal. Quando se deitava sentia como se houvesse um bolo em sua barriga, podendo até ouvir alguns barulhos. Na tentativa de resolver o problema, tomou chás caseiros e medicamentos que ela mesma escolheu. Na época, chateou-se muito porque o seu emagrecimento súbito e acentuado – que fez com chegasse a pesar quarenta quilos – teria feito com que algumas pessoas cogitassem que estava infectada com o vírus HIV. Esse boato a teria abalado muito, pois todos, inclusive ela, acharam que sua saúde iria melhorar com a cirurgia, mas, ao contrário, estava piorando.

Decidiu retornar ao hospital para fazer exames por meio dos quais fosse possível descobrir o que estava acontecendo consigo. Passou por uma consulta, na qual o médico lhe prescreveu medicamentos antibióticos. Ela os consumiu, mas não surtiram efeito algum. Contudo, o médico havia solicitado que fizesse uma ecografia. Como teve dificuldade em fazê-la próximo à sua casa, acabou realizando-a em Taguatinga (Região Administrativa do Distrito Federal). A pessoa que executou o exame lhe disse que havia identificado um "corpo estranho" em seu abdome. Sem demora retornou ao Hospital Regional de Sobradinho, e decepcionou-se ao ser informada de que o médico com o qual havia consultado não estava mais lá. Além disso, teria que esperar trinta dias por uma próxima consulta, uma vez que o hospital estava sendo reformado.

Sabendo disso, alguém lhe indicou um médico da rede particular que atendia em Brasilinha (bairro da cidade de Planaltina de Goiás, próxima ao Distrito Federal). Foi até ele, fez a consulta e apresentou o resultado da ecografia. O médico avaliou que precisava ser submetida a outra cirurgia imediatamente. Um mês e meio depois da primeira cirurgia ela passou por esta segunda. Nesta foi encontrada uma gaze em seu ventre. Como havia ficado dentro de seu corpo durante todo este tempo, a gaze já estava colada a uma de suas costelas e havia destruído parte da parede de seu intestino. Logo que despertou depois da cirurgia deparou-se com o médico, que ali estava para avisá-la de que estava usando uma bolsa coleostomia. Mais uma vez despertava de uma cirurgia para receber uma grave notícia. Precisaria utilizar a bolsa durante pouco mais de um mês, ao final do qual seria verificado se necessitaria ficar com ela para sempre ou se poderia ser retirada. Permaneceu internada por quinze dias. Um mês e meio depois passou por nova cirurgia, na qual a bolsa foi extraída.

Segundo ela, o médico que fez a retirada da gaze a entregou guardada num pequeno pote. Perguntei se ainda a tinha, mas ela disse que a havia jogado fora. O médico de Brasilinha a aconselhou a não processar juridicamente o médico que havia esquecido a gaze dentro dela durante a primeira cirurgia. Ela então resolveu não executar o processo e "entregar para Deus".

Os problemas que envolveram a realização de três cirurgias haviam se passado ao longo de cinco meses. Nos cinco anos posteriores ela não fez mais nenhum tratamento. Entretanto, sempre sentiu dores e engordou progressivamente. Além disso, desde as cirurgias que não tinha mais sensibilidade no lado esquerdo da barriga.

Ela me disse que acreditava que tudo isso havia acontecido por alguma razão divina que desconhecia. Estava certa de que havia perdido o filho porque enquanto esteve grávida tomou muitos chás amargos (sena, barbatimão etc.). Sua menstruação estava atrasada e tentou fazer com que ela chegasse por meio da ingestão dos chás. Segundo ela, o consumo dos chás era costumeiro e acionado sempre que sua menstruação não acontecia de acordo com o ciclo normal. Citou que quando ficou grávida de seu segundo filho teria ficado menstruada até o quarto mês de gravidez. Mas nos acontecimentos de cinco anos atrás teria avaliado que o fato de que sua barriga estava crescendo não seria sinal de uma nova gravidez. Tomou muitos chás, e estava certa de que eles teriam matado o bebê. Achava que poderia ter procurado um médico ao invés de utilizar os chás, o que teria sido a causa de todos os problemas posteriores.

Sentia-se ansiosa e preocupada desde que viveu este problema. Diz-se estressada e atormentada por ter engordado e por não mais ter o útero. Antes dos fatos ocorridos se sentia plena, mas não tinha mais este sentimento. Depois das três cirurgias sua vida teria mudado completamente. Não se sentia bem com seu corpo e nem com sua vida. Sua personalidade teria mudado, ficando mais fechada e amargurada. Contou-me que se envergonhava e não aceitava o fato de não ter o útero. Sentia-se incompleta. Muitas pessoas haviam lhe dito que diversas mulheres não têm o útero e conseguem viver normalmente, que algumas até omitiam isso de seus companheiros, mas ela não considerava isso correto e não conseguia aceitar a situação na qual se encontrava.

Perguntei o que mais a havia marcado. Ela me respondeu que sempre foi o sentimento de culpa pelo aborto, a crença de que foi a ingestão dos chás que causou o falecimento da criança. Nenhum médico havia lhe dito qual teria sido a causa da morte. Chegaram a examinar o feto, mas não souberam lhe dizer se os chás foram a causa do falecimento. Era casada na época e seu marido a culpou pelos acontecimentos. Outras pessoas próximas também teriam feito o mesmo. Logo depois da cirurgia se divorciou, e disse que nunca mais se interessou em ter outro relacionamento. Enfim, acreditava que a origem de todos os acontecimentos – inclusive o erro do médico que deixou uma gaze dentro dela – era sua culpa pela morte do filho.

Estava comovido com seu relato, e ainda fiquei mais emocionado quando, ao terminar de narrar sua história, ela disse que havia sido bom conversar comigo, ter tido alguém para ouvi-la. Contou que nem para os médicos havia se aberto tanto como fizera comigo. Somente as pessoas mais íntimas e que acompanharam o processo enquanto ele acontecia sabiam o que ela havia vivenciado.

Estávamos já conversando sobre outros assuntos quando alguém gritou o nome de sua irmã no corredor do Ambulatório. Elas precisaram se retirar com pressa e entraram para um dos consultórios. Mal nos despedimos. Pensei em esperar o término da consulta para novamente conversarmos. Queria ouvi-la mais e saber mais detalhes de sua história. Mas decidi respeitar sua privacidade e fui-me embora.

Se entendermos que a problemática das incertezas possuídas pelos pacientes do Hospital de Base ao longo de seus tratamentos médicos não deriva de características imanentes a eles, mas da relação que estabelecem com os médicos e seus saberes, teremos então que nos voltarmos para esta relação se quisermos compreender com mais profundidade como estes pacientes vivenciam suas incertezas. Fazendo isso, a primeira e mais geral constatação a que chegaremos é que na relação entre médicos e pacientes não existe uma troca de saberes, experiências ou perspectivas. Na verdade, o que existe é um tipo específico de transmissão unilateral de pontos de vista. O contato entre eles é dominado pelos médicos, enquanto os pacientes permanecem na condição passiva daqueles que observam e aprendem.

No entanto, este “aprendizado” ocorrido na relação dos pacientes com os médicos possui características muito particulares. Discutindo a questão a partir de pesquisas sobre o contexto francês, Boltanski (2004) afirmou que o ponto central desta relação é que seus elementos podem ser originados de classes sociais diferentes e terem trajetórias sociais distintas. Em sua maior parte os médicos seriam membros de classes economicamente privilegiadas, enquanto a maioria dos pacientes integraria as classes populares. Quando uns e outros se encontram, os médicos tenderiam a adotar um modo simplificado de expressão. Mas

ainda assim os pacientes teriam dificuldades para apreenderem o discurso médico. Eles não estudaram nas mesmas escolas, passaram por experiências formativas diferentes, não freqüentam outros ambientes em comum etc. – enfim, uma infinidade de aspectos que tornam praticamente impossível aos pacientes apropriarem as taxonomias médicas, embora elas sejam as socialmente legitimadas. Para Boltanski, o que os pacientes fariam seria tomarem partes fragmentadas do discurso médico – especialmente aqueles termos mais próximos de outros já conhecidos – e as ressignificarem de acordo com suas experiências e saberes. Aconteceria, nesse sentido, um processo precário e parcial de reinterpretação e ressignificação que Boltanski chamou de "reduções analógicas".

Por sua vez, Machado (2003) destacou a possibilidade da conversão de distinções sociais em distinções de saber e, posteriormente, em elementos de legitimação da distância entre pacientes e médicos. As diferenças de classe, cor e linguajar seriam percebidas pelos médicos como marcadores de diferenças sociais. Estas, por seu turno, seriam identificadas como índices da ausência ou posse de saberes especializados. A separação hierarquizada entre médicos e pacientes encontraria, portanto, apoio em certa percepção sobre diferenças sociais. Já Oliveira (1998) chamou atenção para a apropriação de termos médicos por parte dos pacientes ao longo do convívio que mantêm com os médicos como forma de diminuir a distância existente para com eles.

Não acompanhei de perto o relacionamento entre os pacientes do Hospital de Base e seus médicos. Entretanto, observando seus itinerários terapêuticos foi possível perceber que no decorrer de seus tratamentos aprendem muito pouco da perspectiva dos médicos, ao mesmo tempo em que quase nada lhes ensinam. A comunicação entre eles é bastante restrita, praticamente se resumindo a avisos, explicações, ordens ou solicitações formuladas pelos médicos. Os pacientes percebem uma porção muito maior de ações às quais devem ser submetidos do que de diálogos acerca destas mesmas ações. Por isso, apreendem – no sentido do processo descrito por Boltanski – de forma precária o que lhes é transmitido, e agregam a estes entendimentos parciais conjuntos de incertezas referentes às outras esferas de seus tratamentos. Desse modo, o contato entre médicos e pacientes do Hospital de Base contribui muito pouco para que as incertezas destes últimos sejam sanadas.

Davis (1960), que enfrentou mais diretamente a problemática das incertezas na relação entre médicos e pacientes – focando-se na questão dos prognósticos oferecidos pelos médicos – também afirmou que em certos casos elas não derivam do nível de conhecimento da medicina, mas do modo como este relacionamento está contextualmente estruturado. Ele formulou reflexões a partir de pesquisa desenvolvida com famílias que tinham crianças em

tratamento para poliomielite numa cidade estadunidense, durante a qual teriam sido realizadas entrevistas com estas famílias e com as equipes de profissionais responsáveis pelos tratamentos. O objetivo do estudo era acompanhar o modo como os pais das crianças adquiriam informações sobre a doença e a condição de seus filhos, e comparar o patamar de informações que eles agregavam com aquelas possuídas pelos profissionais. Posto que os médicos sabiam mais sobre a doença do que os pais, a questão era saber quanto de informação eles transmitiam às famílias, como elas eram comunicadas e como estas informações influenciavam as expectativas dos pais acerca de seus filhos, da doença deles e de suas chances de recuperação.

O autor afirma que a poliomielite seria uma doença cujo início não deixaria muita margem para o estabelecimento de previsões. Desse modo, nesta fase o médico poderia dizer muito pouco sobre o seu desenvolvimento para família, já que nem ele mesmo saberia o que iria acontecer. Contudo, a partir da sexta semana de tratamento as incertezas dos médicos seriam bastante reduzidas, quando não totalmente eliminadas. E o que teria sido observado é que neste segundo momento, no qual há um ganho de compreensão por parte dos médicos, nem sempre os pais da criança doente também dão um salto em seus entendimentos. As famílias das crianças muitas vezes permaneceriam sem receberem esclarecimentos mais precisos. Diante de questionamentos, as respostas dos médicos em geral assumiriam um caráter técnico e evasivo que manteria as famílias sem o mesmo patamar de informações possuído por eles. Os médicos não alimentariam falsas expectativas, mas ao mesmo tempo não tentariam conseguir com que as famílias pudessem fazer julgamentos tão esclarecidos quanto os deles. A justificativa para essa omissão seria que as famílias deveriam descobrir as coisas “naturalmente”. Todavia, esse modo “natural” representaria esperas dolorosas e prolongadas para os pais. Determinadas informações apenas seriam conhecidas muito tempo depois de que os médicos já as possuíssem. Ademais, acrescenta Davis, esse aprendizado tardio por vezes também se daria de modo distorcido.

Sob este prisma, a questão importante do caso em questão seria que as incertezas existentes do ponto de vista médico no início dos tratamentos, e que desapareceriam num segundo momento, passariam a ocupar – nas palavras do autor – uma função “administrativa”, na medida em que certas informações não seriam transmitidas às famílias. A manutenção destas incertezas serviria como instrumento de redução de gastos adicionais com tempo e esforço por parte dos médicos através da evitação do estabelecimento de relações francas e esclarecidas com as famílias. Sendo assim, a conclusão de Davis é de que as incertezas clínicas dos médicos não seriam os fatores definidores da quantidade de

informações comunicadas aos pacientes e às famílias. Outros elementos, interesses e circunstâncias participariam da conformação do prognóstico oferecido pelos médicos. Sendo assim, o que é exposto ao paciente como certo pode na verdade ser incerto para o médico, e o que é apresentado como problemático pode no fundo não o ser.

Com base nesta constatação, Davis forjou o seguinte quadro esquemático, que pretende sintetizar a discrepância entre aquilo que os médicos sabem e o que dizem aos pacientes (1960: 46):

	Certeza	Incerteza
Prognóstico é oferecido ao paciente	1 Comunicação	2 Dissimulação
Prognóstico não é oferecido ao paciente	3 Evasão	4 Admissão da incerteza

Na situação 1, o médico pode – de acordo com o estado presente do conhecimento médico e com sua própria habilidade – oferecer um prognóstico razoavelmente definitivo ao paciente de modo suficientemente compreensível e, de fato, o faz. Este seria o modelo ideal de relação entre médicos e pacientes. Na situação 2, o médico oferece ao paciente um prognóstico que não possui fundamento de acordo com seus próprios conhecimentos. Davis argumenta que não seria uma atitude rara, especialmente entre alguns profissionais que conceberiam que este é um artifício válido quando se pretende gerar algum tipo de alívio psicológico em casos não muito graves. A situação 3 corresponderia justamente àquela encontrada com as famílias pesquisadas. Nela, embora o médico possua um prognóstico razoável, não o transmite ao paciente. De acordo com o autor, a institucionalização informal desta prática estaria relacionada com uma estratégia de determinados profissionais que objetivaria eliminar questões “secundárias” de seus escopos de ação. Estratégia que seria fertilizada pela complexificação e especialização existentes nos grandes hospitais. Por fim, na situação 4 o médico não oferece qualquer prognóstico porque reconhece que nenhum é clinicamente justificável.

Davis não deixa de ponderar que seu esquema não pretende esgotar todas as possibilidades de relação entre médico e paciente, além de admitir que a postura do médico possa, em momentos diferentes, migrar de uma posição para outra dentro de um mesmo contexto. Talvez fosse, portanto, desnecessário tentar encaixar a realidade dos pacientes do Hospital de Base numa destas quatro situações ideais. Não obstante, vale ressaltar que se fôssemos levar adiante este projeto – e assim simplificarmos a realidade que viemos discutindo – certamente notaríamos que a postura dos médicos com os quais os pacientes do

Hospital de Base se deparam está mais próxima da “evasão” do que de qualquer outra alternativa. Não saberia afirmar se estes médicos de fato não possuem prognósticos formulados ou se apenas não os transmitem. Porém, o certo é que os pacientes não recebem estes prognósticos, precisando conviver a todo tempo com incertezas acerca do futuro. Além disso, muito raramente alguma dificuldade na análise da situação dos pacientes é admitida pelos médicos, o que nos leva a crer que a opção 3 provavelmente seja a que melhor represente a realidade dos pacientes do Hospital de Base. E para além deste rasteiro esforço de enquadramento, as idéias de Davis nos auxiliam a perceber que as incertezas dos pacientes com relação aos seus tratamentos e suas prováveis condições de saúde futuras podem não ser equivalentes ao conhecimento ou desconhecimento dos médicos. A gestão destas incertezas pode estar mais relacionada com expectativas e demandas estabelecidas na dinâmica da relação entre médico e paciente do que com a capacidade do profissional de formular previsões com base em seus conhecimentos.

Muitos dos pacientes internados no Hospital de Base dirigem boa parte de suas expectativas para a possibilidade de que em uma de suas visitas os médicos lhes digam ou informem algo acerca de suas situações. Eles não esperam somente pelo momento em que os médicos descobrirão alguma coisa, mas também pela ocasião em que, adquirindo este conhecimento, se disponibilizem a compartilhá-lo. Os pacientes aguardam estas circunstâncias não apenas porque desejam conhecer as opiniões dos profissionais que cuidam de seus tratamentos, mas sobretudo porque desejam conhecer mais profundamente suas próprias situações. As incertezas dos pacientes não se referem apenas aos seus tratamentos, às práticas médicas a que se submetem, mas também – e mais amplamente – ao modo como se relacionam com a experiência da doença. O que os pacientes sabem ou desconhecem sobre suas doenças é o que os médicos lhes informaram ou não.

Ocorre dos pacientes (estejam ou não internados) sequer saberem quais doenças possuem, quais são suas conseqüências, suas possibilidades de cura etc. Concebem que estes são assuntos médicos e que, por isso, são eles que devem formular estas respostas. Desconhecem aspectos centrais de suas experiências até que em certa oportunidade sejam esclarecidos pelos médicos acerca deles. E a partir daí a posição médica passa a constituir a experiência do paciente. Sua percepção da origem da doença é aquela informada pelo profissional, as características da doença percebidas são as apontadas por ele, as esperanças quanto ao futuro são pautadas pelo prognóstico médico etc. Em determinados contatos que estabeleci com pacientes do Hospital de Base me surpreendi ao perceber que para alguns o conjunto dos exames realizados comporia o relato da história de seus problemas de saúde. A

fé deles nos exames era tão grande que acreditavam que eles transportavam verdades que tornavam insignificantes suas idéias, sentimentos etc.

Por ter em tão alta conta os saberes dos médicos, o paciente também se dispõe a fazer sem discutir o que quer que eles sugiram, entendendo que tudo será para o seu bem-estar. Ainda que não compreenda exatamente para que servem e porque foram escolhidos dentre os outros possíveis, o paciente realiza exames, consome medicamentos, faz dietas, deixa de praticar atividades físicas etc. Executa as sugestões dos médicos confiando na capacidade deles de definirem ações que contribuirão para sua cura.

Nesse sentido, as generalizadas incertezas dos pacientes e suas atitudes subordinadas diante das prescrições dos médicos, além das posturas distanciadas assumidas por estes, mantêm íntimas relações com certa posição dominadora ocupada pela medicina no universo das experiências destas pessoas. É possível percebermos a proeminência de sua condição hierárquica nas pequenas ações dos atores envolvidos. Médicos visitam em grupo pacientes internados, conversam entre si acerca dos pacientes, mas não conversam com eles[17]. Médicos examinam pacientes e não compartilham suas impressões, apenas entregam prescrições. Médicos executam consultas com pacientes (internados ou não) e sequer se apresentam. Os pacientes internados devem parar qualquer coisa que estiverem fazendo e ficarem totalmente à disposição dos médicos que os visitam. Médicos não abrem mão de vestir jalecos brancos e pacientes precisam ficar despidos na frente de estranhos. Pacientes e médicos não se olham nos olhos quando se encontram – uns por vergonha, outros por desinteresse. E assim por diante. Apenas porque a única função do paciente é cooperar com seu tratamento suas incertezas não precisam ser eliminadas. Não se espera que ele compreenda o que se passa, mas somente que execute as ordens que recebe. O paciente se encontra na condição de alguém que não sabe nem mesmo o que está acontecendo com seu próprio corpo, e que, portanto, carece de ajuda. E a idéia de que ele necessita desta ajuda justifica qualquer ação daquele que a oferece. Justifica seus erros, sua arrogância, sua pressa etc. Coletivamente (ou socialmente), esta idéia se desdobrará na organização de serviços e práticas de saúde erigidos com base

[17] Goffman discutiu esta questão relacionando-a ao que chamou de "tratamento de não-pessoa". Diz ele: "A solução de não-pessoa parece muito eficiente quando o médico que faz o exame está acompanhado por colegas e subordinados - por exemplo, quando faz 'visitas' no hospital - pois nesse caso terá participantes para uma conversa técnica a respeito do caso. Essa maneira de suprimir a presença social do paciente é tão eficiente que seu destino pode ser abertamente discutido à sua cabeceira, sem que os debatedores sintam uma preocupação desnecessária; um vocabulário técnico, presumivelmente desconhecido pelo paciente, ajuda a criar essa situação" (1961: 278). Outra abordagem possível poderia ser encontrada em Elias (1939) em sua discussão sobre a menor pressão exercida nos indíviduos para com o controle de seus impulsos quando eles se vêem diante de outros de classes sociais inferiores comparada àquela existente quando se deparam com seus pares.

numa divisão entre um grupo de pessoas que *não sabem* e outro formado por aquelas que *sabem*. Os pacientes do Hospital de Base estando entre as primeiras.

Não obstante, ainda se poderia questionar como a existência destas incertezas não inviabiliza ou, pelo menos, não atrapalha a permanência dos pacientes nos seus tratamentos médicos. Mais do que isto, se poderia interrogar em que medida eles teriam uma atitude consciente diante das incertezas. Neste campo de reflexões o que se percebe é que os pacientes do Hospital de Base não possuem uma postura eminentemente racionalista, teórica ou abstrata diante de suas incertezas. Seus engajamentos com relação a esta problemática em particular – mas também ao longo de seus itinerários terapêuticos – são práticos, não exigindo uma consciência absoluta de todas as questões envolvidas. Eles não visam a adequação de suas realidades a regras constantes e abstratas, mas a manipulação razoavelmente coerente de relações e resultados em situações específicas.

Diante de suas incertezas, os pacientes do Hospital de Base não se vêem estagnados até que elas sejam resolvidas, eles fazem o que julgam possível de ser feito no momento no sentido da resolução de seus problemas de saúde. Não trazem suas incertezas à consciência e lucubram em torno delas, mas as vivem imersas nas ações que empreendem e nas de outrem. Isso porque a ação prática não necessita ser acompanhada de uma consciência translúcida de todos os fatores envolvidos. Os pacientes não precisam ter uma compreensão teórica absoluta de todas as implicações de seus tratamentos para deles participarem. Suas preocupações se dirigem para as ações possíveis e não para as explicações irrefutáveis[18].

Nesse sentido, os pacientes não expressam discursos sobre suas experiências de adoecimento, tratamento e cura que derivassem de sistemas abstratos e transcendentes. Eles somente têm ciência do que fizeram e das motivações práticas e contextuais que os levaram a agir de tal ou qual modo. Olhando para trás, mapeiam a arena de atores dispostos em cada cenário, bem como as ações possíveis, mas se recordam de que em cada momento apenas fizeram o que acharam que melhor deveria ser feito. E, nas suas experiências, o mais adequado não é refletir intelectualmente, mas buscar tratamento. Após se caracterizarem doentes, estas pessoas buscam o serviço público de saúde e, a partir daí, se entregam ao domínio dos médicos sobre seus tratamentos. Durante este período não se deterão em preocupações com suas incertezas, mas procurarão conseguir o maior sucesso possível em

[18] Esse tipo de engajamento prático no fluxo da vida não é característico apenas dos pacientes do Hospital de Base e tampouco se refere somente ao relacionamento que estabelecem com seus tratamentos. Constitui, num certo sentido, um aspecto da ação prática de modo geral. Para mais detalhes, ver Bourdieu (1980).

suas buscas por tratamento dentro das possibilidades dadas, até que os médicos lhes digam que estão curadas.

No decorrer deste processo, contudo, os pacientes têm internalizada a distância hierarquizada que separa suas perspectivas daquelas possuídas pelos médicos. Não suspeitam de que a realidade poderia ser diferente. Não percebem outros tipos de procedimento e consideram sem sentido o questionamento do existente. No máximo questionam as condições institucionais de sua efetivação. Os pacientes não acreditam que as coisas teriam sido sempre assim; mais do que isto, vêem a condição presente como melhor que a pretérita, pois imaginam que antes as pessoas não tinham acesso a médicos e sistemas públicos de saúde com os quais pudessem obter ajuda. São relembrados então de que devem desacreditar nas outras práticas, nas outras visões, e inibidos de possuí-las.

Os pacientes do Hospital de Base não formulam reflexões gerais sobre suas práticas de saúde; eles tentam resolver dificuldades imediatas apresentados por problemas de saúde. Evans-Pritchard (1937), Young (1976) e Bourdieu (1980) já haviam alertado para o modo como a preocupação prática com a resolução de problemas particulares possibilita que eventos isolados corroborem ou sejam justificados pelos sistemas de pensamento e ação mais gerais no interior dos quais ocorreram. A atenção prática para com ocorrências específicas impediria que dúvidas, erros ou refutações afetassem estes sistemas. Dessa forma, as incertezas e dificuldades enfrentadas pelos pacientes do Hospital de Base em seus itinerários terapêuticos são vividas como fatos isolados no interior de um esquema no qual se supõe que eles têm doenças, enquanto os médicos têm os saberes necessários à promoção de suas curas. Consequentemente, suas experiências negativas são tragadas pela concepção de que a medicina é seguramente o melhor modo de se lidar com as questões de saúde e doença.

Isto posto, ao final de seus itinerários terapêuticos os pacientes do Hospital de Base não enriqueceram suas possíveis noções próprias em torno de suas doenças, suas vidas, seus corpos, suas mortes etc. Seus itinerários terapêuticos não serviram de impulso ao desenvolvimento de práticas autônomas, mas de aprendizado precário acerca das perspectivas médicas e de aprimoramento de suas habilidades de como se servirem delas nos serviços públicos de saúde. Não sendo agentes críticos e ativos de experiências pessoais e autônomas, eles se fazem meros cooperadores, executores de prescrições que tentam não atrapalhar o bem que o saber médico pode lhes proporcionar.

Quadro 18
Helena

Helena nasceu numa família pobre do interior da Bahia. Foi a nona de treze irmãos. Teve uma infância difícil, repleta de privações. Trabalhou desde jovem, aprendeu os ofícios domésticos e assim que pôde enfrentou a lavoura. Com menos de vinte anos casou-se e saiu da casa dos pais.

Sempre gostou do marido, mas sofreu muito ao seu lado. Ele era alcoólatra, e muito do minguado dinheiro que ganhavam era consumido por suas bebedeiras. Nos poucos dias em que permanecia sóbrio trabalhava e trazia algo para a família. Nos outros, os filhos chegavam a passar fome. Negligenciava a família em favor da cachaça. O pai de Helena por diversas vezes levou alimentos em segredo para os netos, representando sempre uma ajuda importante. As pessoas próximas o aconselhavam a abandonar o vício, mas logo que o faziam ele passava a considerá-las inimigas. Helena avaliava que apesar de tudo era melhor tê-lo perto de si, pois era um amparo econômico – ainda que pequeno – e uma figura paterna para seus filhos. E permaneceu assim até que em 1980 ele a abandonou, deixando Helena grávida e com outros três filhos a serem criados. O mais velho tinha dez anos de idade, a do meio nove e a caçula dois.

Sem ter condições de cuidar dos filhos sozinha, Helena retornou para a casa do pai. Mesmo grávida, não parou de trabalhar. Certa noite, ao chegar em casa retornando do trabalho percebeu um corrimento vaginal diferente. Não sabendo o que era, não se importou e nem fez alarde. Por volta da meia-noite sentiu uma forte dor na barriga e pediu socorro ao pai. Ele lhe perguntou se poderia suportar a dor até a manhã do dia seguinte, uma vez que seria difícil conseguir um veículo àquela hora da noite. Estavam no meio de uma zona rural e afastados de outras habitações. Helena teve vergonha do pai e disse-lhe que agüentaria esperar algumas horas. Logo pela manhã ele cavalgou até uma fazenda vizinha e alugou um carro. Foram então a uma cidade próxima e imediatamente dirigiram-se para um hospital.

Pouco tempo depois Helena deu a luz, mas a criança estava morta. O médico que a atendeu informou que sua quarta filha havia falecido cerca de três dias antes. Helena procurou não sofrer em demasia. O período da gravidez já possuíra sofrimentos suficientes. Acordava cedo, ia trabalhar longe, fazia muita força. Como não agüentava plantar abacaxi como as outras mulheres porque não conseguia ficar abaixada, trabalhava com a enxada junto aos homens. Suportava as angústias apenas porque precisava cuidar de seus filhos pequenos. A morte do feto não era um desfecho estranho aos eventos que o precederam. Sua última lembrança do bebê é a caixa de papelão na qual seu pai o levou do hospital para ser sepultado. Helena ainda permaneceu internada alguns dias.

Um ano depois concluiu que precisava fazer algo diferente com sua vida. Não desejava incomodar o pai ainda mais. Decidiu retornar para a cidade onde vivera casada. Lá procurou alugar uma casa para morar e um emprego como doméstica. Vendo que seus ganhos trabalhando em casas de família não eram suficientes para sustentar a família, foi trabalhar nas lavouras de café, onde a lida era mais dura, porém mais rendosa. Labutava longas horas na chuva, no sol, no frio, no calor. Enquanto isso os filhos maiores também tinham seus empregos, por meio dos quais contribuíam para o orçamento doméstico.

Passados sete anos ela se casa uma nova vez. Tem outro filho com o segundo marido. A quinta gravidez não é menos problemática. Encontrou enormes obstáculos para arranjar trabalho e a todo momento temia perder a casa onde morava, visto que não conseguia pagar o aluguel. Alimentava-se mal, dormia pouco, chorava muito. Felizmente, a criança nasceu saudável, e Helena prosseguiu sua vida. Alguns anos depois se separou do marido. Com dois dos filhos já estando mais velhos suas responsabilidades eram menores, mas a vida não menos árdua.

Em meados de 2006 passa por uma consulta médica em sua cidade. A médica que a examinou lhe disse que possuía tão somente um problema com vermes intestinais. Prescreveu-lhe alguns medicamentos e sugeriu que Helena tivesse cuidado com sua alimentação. Que ingerisse muitas frutas e legumes, que comprasse comidas saudáveis e as comesse em horários determinados.

Entretanto, nos primeiros meses do ano seguinte ela começou a sentir constantes dores de cabeça. Conviveu com elas até que em julho se tornaram mais acentuadas e deixaram preocupadas

Helena e as pessoas próximas. As dores se espalharam para a gengiva e em seguida teve uma inflamação na garganta. Não mais conseguiu morder alimentos duros, pois não conseguia abrir a boca. Os problemas foram se somando e, sabendo disso, seus filhos que moravam na cidade de Luis Eduardo pediram que ela fosse buscar tratamento por lá. Luis Eduardo era uma cidade próxima àquela onde Helena estava, mas era maior, assim como suas instituições de saúde. Helena inicialmente se recusou a atender ao chamado dos filhos. Optou por utilizar todos os chás que as pessoas lhe diziam que seriam benéficos para suas dores e inflamações. No entanto, antes mesmo de descobrir se eles produziriam algum efeito benéfico, procurou ajuda médica em sua cidade.

Acabou realizando mais de uma consulta. Nelas os médicos lhe prescreviam medicamentos variados e diziam que iriam verificar o que estaria acontecendo. Certa vez lhe anunciaram que estaria com sinusite. Helena fez uso de todos os medicamentos que indicaram, mas nenhum deles resolveu seu problema. Passou cerca de três semanas com dor de cabeça e febre ininterruptas. Acreditava que algum problema de saúde do passado havia retornado para afligi-la.

Finalmente cedeu às pressões dos filhos e foi buscar tratamento em Luis Eduardo. Avaliou que numa cidade maior teria mais chances de conseguir a resolução de seu problema. Antes de partir solicitou à médica que a vinha atendendo que lhe prescrevesse um calmante para a viagem. Em Luis Eduardo passou por nova consulta médica na qual outros medicamentos lhe foram prescritos. Helena retornou para sua casa e alternou dias de melhora e piora. Como não se recuperasse, sua filha resolveu marcar mais uma consulta para ela na cidade de Luis Eduardo.

Nesta época Helena chegou a cogitar de ir até Barreiras – a maior cidade da região – buscar tratamento. Contudo, temia passar mal durante a viagem, uma vez que, estando num carro, bastava que sua velocidade aumentasse um pouco para que começasse a sentir fortes dores de cabeça. Deliberou insistir no tratamento em Luis Eduardo. Antes de partir para sua segunda consulta novamente pediu um calmante para a médica de sua cidade. Só que esta alegou que não poderia atender seu pedido porque Helena havia ingerido apenas quatro dos comprimidos que ela lhe prescrevera. Segundo a médica, não poderia cruzar o consumo dos calmantes com a ingestão incompleta das doses adequadas dos medicamentos anteriormente indicados. Na verdade, quando da prescrição Helena havia entendido que os comprimidos aos quais a médica se referia eram para serem consumidos somente quando sua dor de cabeça estivesse bastante acentuada – o que aconteceu apenas quatro vezes.

Nos dias que antecederam sua segunda consulta em Luis Eduardo as dores de cabeça estiveram menores, mas haviam se acentuado as dores na região da barriga e as tonturas. Ela se sentia fraca e não conseguia comer nada, ingerindo apenas água. As dores na barriga, que há anos não sentia, fizeram com que acreditasse que teria adquirido gastrite devido ao consumo dos medicamentos nas semanas pretéritas. Além disso, Helena amiúde sentia seu coração acelerado. Bastava se movimentar mais rapidamente ou fazer um pouco mais de força para que ele disparasse. Quando isso acontecia usava do artifício de tomar água para que ele diminuísse o ritmo.

Na consulta, o médico – tal como os anteriores – não diz a Helena do que padecia. Prescreve alguns medicamentos e solicita a realização de um eletrocardiograma. No dia posterior a esta consulta seu estado piora consideravelmente, mas ela opta por não procurar ajuda, posto que seu exame estava marcado para o dia seguinte. Passado este tempo dirigiu-se ao hospital, mas antes de fazer o exame passou por um setor de atendimento para o preenchimento de uma ficha. A pessoa que a recebeu neste setor avaliou que sua condição era grave, e a encaminhou imediatamente para o médico, pedindo às pessoas que já se encontravam aguardando que cedessem lugar a Helena. O médico a examinou e não disse qual era seu problema, mas avisou a ela e à família que sua situação era delicada, e que deveria ser levada imediatamente para Barreiras, pois nada poderia fazer por ela ali. Eram já dezessete horas, e seus filhos iniciam uma tentativa desesperada de conseguir um transporte que pudesse levar a mãe até a outra cidade. A filha consegue que um veículo da Secretaria de Saúde do município leve a mãe até Barreiras, onde chega tarde da noite.

No dia seguinte Helena passa por uma consulta numa clínica privada. O médico que a atende a encaminha pessoalmente para um amigo que era médico infectologista e que trabalhava num hospital

público da cidade. Este outro médico solicita que ela faça um exame de sangue e através dele diagnostica que possuía leucemia. Helena é internada em Barreiras, mas logo é avisada de que deveria ser transferida para Salvador, pois apenas lá haveria um médico hematologista que poderia cuidar adequadamente de seu caso. No entanto, sua transferência não acontece por falta de vagas e ela fica internada por treze dias aguardando o surgimento de alguma.

Durante a internação recebeu diversos medicamentos que visavam combater uma infecção sanguínea que havia adquirido. Achava que o problema era sério, pois sentia que seu corpo estava com um odor fétido, que era mais nitidamente percebido quando extraíam seu sangue para a realização de exames. Além disso, passou por cinco transfusões de sangue. Estas fizeram com que por oito dias Helena ficasse febril e com um braço inchado e dolorido. Estas aflições quase não a deixavam dormir. Disseram-lhe que a febre estava sendo gerada pela infecção sanguínea, mas ela achava que na verdade sua origem era o problema no braço. E, posteriormente, julgou que estava mesmo certa, pois a febre desapareceu assim que seu braço melhorou.

Como os dias iam se sucedendo e a vaga para a transferência de Helena não surgia, sua filha tomou a iniciativa de conversar com a assistente social do hospital para verificar o que poderia ser feito. Esta lhe diz que como a condição de sua mãe estava piorando e não havia previsão do surgimento de vaga em Salvador, recomendava que se a família tivesse condições econômicas deveria levá-la para Brasília. E assim os filhos decidiram fazer. Helena e uma filha partem então para Brasília.

Em seis de setembro chegam ao Ambulatório do Hospital de Base. A médica que a atende solicita novo exame de sangue. O diagnóstico de leucemia é confirmado e com ele a médica encaminha Helena para a Internação. Em sua permanência no setor alternou altos e baixos, mas a primeira dificuldade que encontrou logo ao chegar foi a necessidade da realização de um exame que o Hospital de Base não oferecia. Somente com ele seria possível identificar qual o seu tipo de leucemia, e assim poder tratá-la mais corretamente. Nenhuma instituição pública o realizava, de modo que o caminho mais rápido seria fazê-lo na rede privada. Mas como sua condição econômica não permitia que arcasse com os custos do acionamento do serviço privado, sua filha antes tentou conseguir seu pagamento através de solicitação dirigida ao Ministério da Saúde. Entretanto, a resposta do Ministério não foi imediata, e a perspectiva era de que fosse dada depois de dois ou três meses. Helena então paga oitocentos reais pelo exame e descobre qual era o seu tipo de leucemia.

Com esta informação seus médicos avançam em seu tratamento. E, como era de se esperar, esse ainda se estende por muito tempo, durante o qual Helena enfrenta todas as dificuldades que a leucemia e seu tratamento envolvem. Perde os cabelos, emagrece, fica vulnerável a possíveis infecções, enfraquece, tem febres constantes, é atacada por outras doenças etc. No tempo que passa internada no Hospital de Base conhece outros pacientes com a mesma doença e em condições mais ou menos graves que a sua. Acompanha a morte de algumas pessoas e a recuperação de outras. E este convívio com os outros doentes a ajuda a estabelecer conjecturas sobre sua situação e seu futuro.

Seu tratamento transcorre sem que ela saiba o que teria causado a leucemia. Tampouco tinha ciência de como os outros problemas – tais como a infecção sanguínea ou a tosse incessante que a acompanhava – estavam relacionados com ela. No cotidiano da internação esperava sempre que os médicos descobrissem mais coisas sobre sua condição e que pudessem transmiti-la estas informações. Imaginava que, assim, pouco a pouco aprenderia sobre o processo que vivenciava. Quando algum incômodo surgia Helena não sabia o que fazer. Desconhecia, por exemplo, como conseguir noites de sono mais reconfortantes ou como parar sua tosse. Diante disso, depositava sua confiança nos medicamentos que lhe eram entregues várias vezes ao dia.

Seu maior desejo era o de melhorar e poder retornar para sua vida anterior à doença. Teve de abandonar tudo para se tratar. Inclusive a filha paralisara seus estudos para acompanhá-la. Várias vezes se entristecia, sendo então consolada pela filha que tentava reanimá-la, dizendo-lhe que não valeria a pena se desesperar e que o melhor a fazer era aceitar a realidade. Escondida pelo lençol do leito e solitariamente, chorava em silêncio durante a noite. Ficou mais de dois meses no Hospital de Base, e queria ir embora dele, rever seu filho pequeno, voltar para sua casa. Mas estava consciente de

que o tratamento seria longo. Sua esperança era de poder voltar para casa nos intervalos entre as sessões de quimioterapia. Mas não sabia se isso seria possível. Esteve sempre aguardando algum posicionamento dos médicos.

Seu maior pesar com relação à doença era que, depois de uma vida composta por tantos sofrimentos, esperava algo menos doloroso para si. Conseguira criar seus filhos, que estavam maiores e mais independentes. Achava que depois de tudo ganharia maior tranqüilidade, porém, ao contrário, recebera uma grave doença. Todavia, tinha fé de que poderia ser curada. Primeiro por Deus. Segundo pelos médicos.

ARREMATE

> *The specific efficacy of subversive action consists in the power to bring to consciousness, and so modify, the categories of thought which help to orient individual and collective practices and in particular the categories through which distribution are perceived and appreciated.*
>
> Pierre Bourdieu

Os dezenove quadros espalhados por esta dissertação contam itinerários terapêuticos que envolvem, em cada caso, o cruzamento de elementos diversos formadores de tramas únicas. Estas histórias dos pacientes do Hospital de Base apresentam vivências que têm nas perturbações corporais e nos trânsitos pelas instituições de saúde aspectos importantes, mas que invariavelmente vão além deles. Acidentes, pobrezas, paixões e viagens são alguns dentre os muitos ingredientes que as compõem. Nesse sentido, porque estas histórias não se fazem agregados de peças independentes e invariáveis, mas experiências vividas, é que não devem ser reunidas nem tampouco fragmentadas. Somente encontramos os sentidos que portam quando as tomamos enquanto totalidades singulares.

Por outro lado, é o elemento temporal presente em todas as histórias que oferece liga aos múltiplos fatos que vão se sobrepondo no decorrer delas. O fator tempo é que concede sentido aos acontecimentos, de modo que desvinculá-las dele significaria retirar-lhes justamente a característica de experiência vivida que procurava ao utilizar a idéia de itinerário terapêutico como estratégia analítica. Apenas olhando estes itinerários terapêuticos sob o prisma do tempo somos capazes de compreender como as ações se constituem, quais são suas motivações, como seus desfechos se combinam com expectativas pretéritas e futuras, quais coerções estiveram em jogo, quais impactos os efeitos dos medicamentos geram etc. Fazendo isso nos resguardamos do risco de imaginarmos que os fenômenos de doença residem estritamente nos planos físico/corporal ou intelectual/cultural.

Cada itinerário terapêutico tem, no limite, um caráter particular. Ao longo da dissertação procurei apresentar quatro eixos de reflexão por meio dos quais julgo que se possa lançar luz nestas experiências. A intenção subjacente a esta empreitada foi a de alargar nosso campo de compreensão dos itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base, e não esgotá-lo. Desse modo, não paradoxalmente, a proposta era analisar todos eles sem pretender dar conta da infinidade de problemáticas trazidas por qualquer um especificamente. Por esta razão, é possível encontrar em suas descrições questões que não enfrentei, ou mesmo ocorrências que se mostrem dissonantes para com meus argumentos. E foi por ter consciência da impossibilidade de construir reflexões que conseguissem elucidar tudo o que os itinerários terapêuticos envolvem que optei por expô-los de forma completa preservando a apresentação da totalidade dos fatos que me foram narrados. Mais do que isto, o conhecimento da multiplicidade das experiências através do contato com itinerários terapêuticos diversos permite que o leitor avalie com mais propriedade o que nelas há de mais específico ou de compartilhado.

Na elaboração dos quadros procurei ser fiel aos depoimentos que os pacientes me confiaram. Contudo, ao mesmo tempo, tinha ciência de que qualquer modo de "transcrição" ou "citação" seria também uma "tradução". Admitindo isso, decidi contá-los a meu modo. A leitura da simples transcrição das conversas gravadas implicaria num dispêndio desnecessário de energia do leitor e num empecilho a mais para sua compreensão. Ao reescrever as histórias omiti as partes dos diálogos que julguei irrelevantes do ponto de vista do debate que procurei empreender na dissertação, e organizei os fatos de maneira que tivessem certa coerência enquanto textos escritos. Inicialmente, as estruturações das histórias que conheci tinham suas coerências enquanto diálogos. Para preservar minimamente o sentido primário que possuíam transformei o modo com que se apresentam nos quadros; ou seja, foi para preservar seus sentidos que transformei suas formas de apresentação. Num certo sentido, narrar a totalidade das histórias fez-se assim uma tentativa de devolver a elas o aspecto temporal.

Ao levarmos em conta o tempo e a totalidade dos itinerários terapêuticos estamos fazendo com que incertezas, estratégias, expectativas, intenções etc. não sejam obliteradas nas ações dos pacientes. Estamos evitando crer que eles agem aleatoriamente ou que ajam apenas seguindo modelos de ação abstratos e imutáveis. Conseguir tal efeito é uma dificuldade enfrentada por todos os trabalhos antropológicos, na medida em que não acessamos diretamente a experiência das pessoas, mas apenas relatos que são produzidos de acordo com perspectivas particulares. Além disso, esses relatos não funcionam como fotografias realistas do passado e do presente, podendo mesmo constituírem ações no presente que não raro têm

pretensões de gerar efeitos no futuro. Ademais, é preciso ter em mente que nossas interpretações destas experiências também são realizadas de forma perspectivada. O artifício etnográfico é justamente uma tentativa de possibilitar a reintrodução dos sentidos originais das vivências nativas nos textos antropológicos. Nesse sentido, as experiências do antropólogo em campo aparecem como um recurso que ajuda a fazer essa reconstituição. E, como anuncia Good (1994b), essa problemática é ainda mais intensa nos estudos sobre questões de saúde e doença. Nestes casos os relatos – tal como ocorreu em minha pesquisa – em geral são colhidos quando as vivências das pessoas ainda estão em decurso. Suas concepções têm um especial caráter contextual e provisório ainda mais acentuado, suas idéias podendo ser modificadas posteriormente, já que as vivências relatadas ainda não estão finalizadas. Daí a necessidade de estarmos atentos ao modo como as histórias são estruturadas em suas narrativas pelos pacientes e à maneira como apontam para a abertura de múltiplas possibilidades de ação. Nesse sentido, este se fez um motivo a mais pelo qual optei por tentar conservar a integralidade das histórias dos pacientes do Hospital de Base com base na maneira como as conheci.

Isto posto, o exame dos variados itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital de Base me levou a crer que quatro aspectos basilares atuam na constituição dos mesmos. Procurei discuti-los nos capítulos precedentes. Inicialmente, a busca por tratamento que empreendem pelo serviço público de saúde, em seguida as experiências ocorridas no interior do Hospital de Base, depois o consumo de medicamentos e, por fim, a convivência com inúmeras incertezas. Atravessando todas estas questões, esteve sempre presente certa proeminência da medicina sobre as vivências destas pessoas. Em seus itinerários terapêuticos elas não fazem uso de sistemas de práticas relativas à saúde e doença que não as oferecidas pelos médicos, e tampouco desenvolvem atitudes plenamente autônomas. Quando estas outras práticas são utilizadas não surgem tendo um caráter sistêmico – e muito menos competem com as da medicina. Além disso, retrospectivamente, elas muitas vezes são negativamente significadas. São as perspectivas médicas que a todo momento vão regulando seus itinerários terapêuticos, pautando seus sentimentos, noções etc., com o tratamento médico constituindo sua espinha dorsal. Nesse sentido, os médicos aparecem possuindo um papel de absoluto destaque. São eles os detentores das verdades anunciadas e dos poderes de definição dos rumos a serem tomados. É pelo ponto de vista destes profissionais que os pacientes têm seus itinerários terapêuticos definidos. O espaço no qual eles assumem a possibilidade de um relativo controle sobre suas experiências se restringe ao modo como buscam tratamento. De suas atitudes neste âmbito depende o sucesso em conseguir atendimento médico e, mais além,

em conseguir o melhor e mais eficiente tratamento possível de ser alcançado dentro do serviço de saúde a que têm acesso. Desse modo, eles não transitam entre sistemas culturais relativamente independentes concernentes à doença e saúde. Ao se perceberem doentes, se engajam numa busca por tratamento médico, e seus movimentos se darão no interior do sistema público de saúde. Os pacientes não possuem e concomitantemente não acreditam em outras possibilidades. Não desejam obter tratamentos fundamentados em outras bases, mas conseguir o melhor tratamento médico disponível. Suas perspectivas para com suas doenças não derivam de saberes que não os médicos. Elas vão sendo adquiridas de forma precária ao longo dos tratamentos, como reduções dos enunciados médicos ou como incertezas. Nesse sentido, elas não compõem atualizações de fórmulas culturais duradouras e independentes possuídas anteriormente à busca por tratamento.

Todavia, é imperativo reconhecer que diversos autores advogaram por conclusões diferentes. Machado, por exemplo, explicitou que os pacientes de outro hospital de Brasília além de entrarem em conflito com os profissionais quando não são atendidos e de buscarem atendimento em outras instituições, "disputam ainda saberes e diagnósticos com os médicos" (2003: 6). Segundo ela, seu modelo de análise de circulação de dons desiguais de prestígio seria capaz de abarcar as tensões presentes no ambiente hospitalar sem se restringir a uma idéia de imposição unidirecionada, posto que os pacientes insistiriam em seus saberes mesmo diante do descrédito expresso pelos médicos em torno deles. Poderíamos citar também o trabalho de Mogensen (2005), que discutiu a idéia de que a expansão da medicina para áreas onde antes não se fizesse presente viria acompanhada da instauração de processos de individualização e descontextualização. A partir de pesquisa sobre o uso da medicina pela população de Uganda, a autora conclui que ao observarmos a experiência cotidiana das pessoas perceberíamos que a escolha pela medicina se insere em dinâmicas sociais mais amplas relativas à negociação de responsabilidades, à definição da causa das ações e do que deve ser feito. O uso da medicina seria, portanto, apenas uma dentre as opções possuídas pelas pessoas no sentido da regulação das questões de responsabilização presentes em suas vidas. Desse modo, a utilização da medicina não faria com que seus compromissos ontológicos reverberassem em modelos de ação individualizantes e descontextualizantes; ao contrário, os diferentes contextos sociais é que regulariam a inserção da medicina na vida das pessoas. No entanto, creio que pontos de vista como os de Machado e de Mogensen não estão em sintonia com a realidade que viemos discutindo. Os itinerários terapêuticos dos pacientes do Hospital, insisto, não nos permitem vislumbrar esta autonomia de saberes para com a

medicina, tampouco entrever que sua utilização represente apenas uma escolha dentre alternativas possíveis.

Mas é preciso dar um passo adiante com relação às constatações de que as noções de saúde e doença dos pacientes são subalternas para com as médicas, e de que não existem sistemas culturais também relativos à saúde e doença em operação que não o médico. Tal como explicitei no Preâmbulo, a principal problemática que motivou a realização deste trabalho foi certo incômodo gerado por uma suposta idéia de que pessoas como os pacientes do Hospital de Base seriam homogêneas na medida em que não pertenceriam e/ou fariam uso de outros sistemas culturais. Nesse momento podemos concordar que, de fato, elas não são heterogêneas no que tange ao pertencimento a totalidades culturais amplas. Por outro lado, ao mesmo tempo é necessário perceber que a inexistência desta modalidade de heterogeneidade não faz com que estas pessoas sejam plenamente homogêneas. O que está em questão são heterogeneidades que atuam em outros registros. Note-se que com os itinerários terapêuticos pudemos enxergar diferentes compreensões dos fenômenos, diferentes possibilidades de ação, diferentes motivações etc. O que nos faz crer que as diferenças e similitudes postas entre os pacientes do Hospital de Base não residem no pertencimento a entidades culturais macroscópicas e transcendentes. Neste contexto, são as relações hierárquicas de poder os principais fatores a atuar na caracterização e constituição da diversidade. São sobretudo as assimetrias de poder que engendram as marcações de distinção. Há hierarquizações de pessoas, de saberes, de chances de ação, de capacidades de influenciação, de legitimidades de concepções etc. Com estas assimetrias percebemos diferenças aparentemente mais fluidas, menos rígidas e perenes. Nesse sentido, se as análises sobre experiências de saúde e doença que têm como ponto de partida totalidades culturais transcendentes por vezes olvidam a problemática das relações de poder estabelecidas – dando ênfase ao confronto de conceitos abstratos ou às ações de sujeitos que racionalmente fazem escolhas entre alternativas calculando seus pressupostos e conseqüências –, no caso aqui em questão não podemos deixar de trazê-las à baila.

Porém, esta é uma constatação inicial que precisa ser mais bem qualificada. Não se trata, como se poderia pensar, de resumir a questão a uma cisão entre dominantes e dominados, mas de reconhecer a assimetria de forças existente na composição de determinadas relações e de, a partir disso, perceber como diferentes experiências de saúde e doença são constituídas. Não pretendo sugerir que a heterogeneidade existente entre os pacientes do Hospital de Base reste na posse ou na privação de poder, tendendo a crer que ele seja algo como uma propriedade ou um bem. O interessante é percebermos como as relações

de poder são diferentemente estruturadas em cada contexto, e assim somos levados a discutir as associações que as questões de poder no âmbito da saúde mantêm com outros aspectos da vida. Fazendo isso não caímos num mecanicismo ou simplismo que poderia substituir as grandes totalidades culturais por outras concebidas com base em dinâmicas de poder – tais como, por exemplo, idéias mais rasteiras de "classe social", de "incluídos e excluídos" etc. Se sugiro o deslocamento do registro da diferença da coexistência de culturas transcendentes para o estabelecimento de relações de poder contextuais, é porque entendo que podemos de uma só vez fazer este deslocamento e matizar os seus termos. Para que a diferença exista não é imprescindível que ela se situe em planos universalistas ou particularistas. Em seus itinerários terapêuticos, os pacientes do Hospital de Base não transitam por diferentes "sistemas de concepções e práticas de saúde e doença" transcendentes, nem agem aleatoriamente como se suas ações não fossem estruturadas e compartilhassem aspectos estruturantes com outras. Suas atitudes são estruturadas a partir das relações de poder já estabelecidas, mas podem ser motivadas de acordo com novas experiências e, mais do que isso, se dirigem a situações particulares, definindo-se de forma prática. No âmbito das experiências dos pacientes do Hospital de Base, o que está em jogo não são regras e pertencimentos constantes e conscientes a entidades culturais macroscópicas, mas esquemas práticos de ação estruturados por relações de poder para funcionarem de acordo com a lógica de cada situação. É na composição destes esquemas que se localiza a heterogeneidade que procurava, e não na atualização de totalidades culturais que têm limites claramente definidos.

Esta espécie específica de heterogeneidade presente nas experiências dos pacientes do Hospital de Base coexiste, por conseguinte, com a proeminência da medicina na definição da correlação de forças que estrutura seus itinerários terapêuticos. As hierarquizações de poder que produzem as diferenças neste cenário encontram nos fatores médicos (seus profissionais, seus medicamentos, suas noções de saúde, suas noções de causalidade, suas associações com o Estado etc.) seus principais elementos de constituição. Ao atingirmos esta constatação, não podemos deixar de afirmar a necessidade de que esta demasiada assimetria seja combatida. E não apenas no que se refere a estes pacientes, mas a quaisquer outros que vivenciam contextos semelhantes.

Para fazê-lo, antes de mais nada é preciso termos em conta que a supremacia da medicina sobre as práticas de seus pacientes, somada à inexistência de alternativas, não representa inevitáveis ganhos no domínio da saúde individual ou coletiva. Autores como Illich (sem data), Queiroz (1986) e Adam & Herzlich (1994) mostraram que a elevação dos níveis de saúde populacionais de determinadas coletividades (aumento da expectativa de vida,

diminuição da mortalidade infantil etc.) ocorrida no período de expansão da medicina não se deveu somente a ela, mas principalmente a outros fatores, em especial às melhorias nas condições alimentares e na salubridade ambiental. Nessa mesma linha de pensamento, argumentaram também que o aumento dos gastos em saúde implementado em determinados países a partir de certo patamar deixou de elevar os níveis de saúde de suas populações. De forma semelhante, em diversos casos teria sido constatado que estratégias de ação em saúde coletiva estabelecidas com fundamentos médicos seriam mais dispendiosas economicamente e menos eficientes que outras concebidas em outras bases. Outro fator a advogar por esta tese seria a incapacidade da medicina de lidar com doenças que não se encaixam em seus modelos unicausais, tais como as degenerativas ou psiquiátricas, ou com aquelas que remetem a questões sociais ou comportamentais, tais como as infecciosas. Isso sem falar em todos os males à saúde gerados pela prática da medicina, danos que se apresentam não apenas em erros isolados que afligem indivíduos, mas também em processos sociais que definem experiências de saúde e doença coletivamente compartilhadas. Poderíamos observar também o argumento de Dupuy & Karsenty (1974) de que os patamares de consumo dos serviços médicos dependeriam do progresso técnico da medicina e não das más condições de saúde ou dos níveis de doenças daqueles que deles fazem uso. Segundo eles, quanto maior o progresso técnico, maior seria o consumo, pois as pessoas passariam a ter menos resistência em buscar tratamento médico, cada vida salva aumentaria as possibilidades de ocorrências de intervenções médicas e, por último, a melhoria da técnica geraria a identificação de um número maior de doentes, produzindo novos motivos para consumo. Se, de forma mais geral, como fez Illich (sem data), definimos saúde como uma capacidade dos indivíduos de lidarem com suas próprias experiências, então o quadro se torna ainda mais grave. Tal como pudemos observar no contexto do Hospital de Base, o recurso à medicina é – adotada esta definição de saúde – alienante e, consequentemente, maléfico.

Entretanto, obviamente, a medicina também representa ganhos enormes para a saúde das pessoas. Há mesmo resultados positivos que apenas ela se mostrou capaz de encontrar. O alerta imprescindível neste âmbito é que nem todos os benefícios à saúde podem ser alcançados por meio da medicina. Assim como qualquer outra forma de conhecimento, ela igualmente possui limites e falhas. E se num primeiro momento esta assertiva pode parecer um truísmo, ao nos atentarmos para realidades como a dos pacientes do Hospital de Base, notamos que ela não reverbera em experiências mais plurais e autônomas. Nestas situações, a presença da medicina equivale à absorção por parte dela das experiências de seus pacientes. Não deve, nem é preciso que seja assim. O uso da medicina não necessita representar seu

monopólio. Boa parte das questões de saúde e doença cobertas por ela poderia ser vivenciada de forma mais autônoma por parte dos indivíduos ou dos grupos sociais, ou então serem reguladas por outros sistemas diferentemente erigidos. Isso não significaria inevitáveis prejuízos à saúde – muito ao contrário, poderia gerar ganhos consideráveis. Mas ainda que produzissem perdas, seria bom que as pessoas pudessem escolher se desejariam ou repudiariam estes caminhos. Não está em pauta a possibilidade de que todos se transformem em médicos, mas de que, mesmo não o sendo, o sujeito possa formular algum tipo de perspectiva independente e, concomitantemente, vivenciar experiências livres e enriquecedoras para suas próprias concepções, deixando assim de ser mero cooperador e aprendiz de pontos de vista que lhe parecem exóticos. Desse modo indivíduos e grupos teriam alargadas suas possibilidades de ação, suas margens de avaliação, decisão e escolha que, como fica demonstrado pela experiência dos pacientes do Hospital de Base, podem ser bastante reduzidas. Em outras palavras, é preciso, fazendo coro com Illich (sem data), incrementar as produções autônomas e reduzir as heteronômicas. Para tanto, esta autonomia deve ser buscada de uma só vez nos espaços mais localizados e nos mais universalistas. A elaboração das políticas públicas de saúde deve levar em conta este imperativo, grupos sociais devem pluralizar pressupostos, terapêuticas etc., ao mesmo tempo em que cada doente deve forjar suas próprias verdades. Somente desta forma será possível tornar mais horizontais as estruturas de poder em atuação.

Afirmei no Preâmbulo desta dissertação que iniciei a pesquisa da qual ela é o resultado por causa de uma "coceira" gerada pela impressão de que certo silêncio com relação à necessidade de diversificação dos serviços médicos oferecidos às populações não-etnicamente diferenciadas implicaria no esquecimento de uma suposta (por mim) dissonância entre as concepções de saúde e doença existentes entre os profissionais da medicina e seus pacientes num primeiro plano, e entre eles mesmos num segundo. Deixo este trabalho com minha "coceira" solucionada. Ao que tudo indica, nos termos inicialmente postos, esta dissonância de fato não existe. Pessoas não-etnicamente diferenciadas, tais como os pacientes do Hospital de Base, não participam de sistemas culturais heterogêneos e relativamente fechados referentes à saúde e doença. Não obstante, isso não as torna homogêneas. Elas se diferenciam entre si e para com seus médicos através do modo como se inserem em estruturas assimétricas de poder. Iatrogenicamente, não pude deixar de constatar esta assimetria sem me ver atacado por uma "tosse" que parece não ter data para terminar.

Quadro 19

Um conselho

Puxe uma cadeira, sente-se aí. O que você quer saber? Bem, meu nome é Frederico, tenho quarenta e dois anos, sou de Cristalina, no estado de Goiás, e resido na Cidade Ocidental, também em Goiás. Meu problema é que eu bebi muito e durante muitos anos. Com isso constataram que meu fígado já não agüenta mais. Estou com cirrose hepática e com mais alguns agravantes que a aguardente contribuiu para criar. Comecei a beber com doze anos de idade. Na maioria das vezes a chamada "pinguinha brasileira"; de vez em quando bebia cerveja, uísque quase nunca. Todos os dias bebia uma média de duzentos "mLs". Sete meses atrás isso começou a gerar problema. Comecei a me sentir desanimado, meio mole, fraqueza, náusea. Estava bem baqueado mesmo. Não tomava medicamento nenhum, porque não tinha orientação médica. Bebi uns chás, mas eles não tiveram resultado nenhum. Eu não sabia o que tinha de doença, e tomar remédio assim sem prescrição médica eu não fazia. O que me falavam que era bom eu tomava, mas medicação por conta própria não. Até marquei uma consulta no hospital, pois vi que não estava bem. A moça lá marcou para um mês depois. Eu falei para ela que não conseguia esperar esse tempo todo. Mas logo em seguida, mais ou menos cinco dias depois, passei mal. Tive fraqueza e uma série de coisas. Tanto que nem dei conta de dirigir, tive que chamar a SAMU. Eles me socorreram até Luziânia[19], mas como eles não tinham recurso, de lá me levaram para o hospital do Gama[20], onde fiquei sessenta dias internado. Lá peguei uma doença hospitalar, uma bactéria, que precisou de vinte dias para ser curada. Foi até muito dolorido, porque eu perdi muito peso, comendo só na sonda, vinha só papinha mesmo, até que eu vim a me alimentar normalmente, o que demorou. Depois fui transferido para cá de ambulância para avaliação e já fiquei aqui. Vim há um mês atrás e estou aqui. O hospital do Gama atende muito bem, mas aqui eu tenho mais conforto, menos barulho. Além disso, aqui os médicos são especialistas em cada caso. Lá, por exemplo, não tem gastroenterologista; já aqui tem, e é por isso que eu estou aqui nesse setor. Estou sendo medicado para ver se me recupero ou se vai haver um transplante ou algo nesse sentido. Estou aqui até eles me darem alta, até verem se vão me dar uma alta provisória para que marque uma cirurgia ou coisa semelhante. Estou ainda num processo de exames. São muitos os exames que estou fazendo. Estou fazendo quatro seringas, quatro tubos para colher sangue que fazem parte do tratamento, para análise laboratorial. Isso vai detectar o por quê da doença. Porque ela afetou até mesmo os olhos. Você pode ver que estão amarelados. Essa doença nos olhos se chama "terissa" – segundo os médicos, porque eu nem sei[21]. Como está demorando para curar eles vão fazer uma bateria de exames para saber o que está havendo. Fizemos ontem um exame do coração. Parece que deu uma alteração. Já colheram novos exames para ver se reverte. Porque se der igual não tem jeito, é isso mesmo. Aqui estou tomando muitos medicamentos, e como o fígado já está comprometido, estou, como se diz, à base deles. No começo eu pensei que o problema era de rins, mas acabou que foi no fígado mesmo. A solução do problema é mesmo o transplante. Pode ser que ele venha a crescer, porque é um órgão que cresce. Dependendo do que estiver afetado no fígado é transplante mesmo a solução. Às vezes ele está tão ruim que não cresce, só diminui. Eu estou vivendo às custas dos remédios. Não posso ver nem cheirar álcool, porque senão tem que abrir a vala primeiro. Estamos aí nessa luta. Eles sabem como meu fígado está, mas aí vai complicando. Do fígado passa para o coração, aí tem que tratar isso aí. Vai abalando a estrutura de outros órgãos. Eles vão descobrindo, vão fazendo exames e descobrindo mais algumas coisas. Estou sendo muito bem acompanhado pelos médicos, bem alimentado, bem medicado, e estamos lutando para que dê tudo certo. O que mais me marcou? É estar aqui. É o sofrimento do hospital. Não posso estar em casa, não posso mexer com uma coisinha que eu gosto de fazer que é na construção. Eu tenho um lote para construir e não posso. Estou impedido. Hospital é muito ruim, maltrata muito a estrutura, não só a minha, mas a de todo mundo que

[19] Cidade goiana do Entorno do Distrito Federal.
[20] Hospital Regional do Gama, localizado numa das Regiões Administrativas do Distrito Federal.
[21] O nome correto da doença é "icterícia".

está aqui. É muito sofrimento, tanto o meu quanto o dos outros que a gente vai vendo. São muitas as privações que a gente passa dentro do hospital. Não posso estar andando, não posso ir lá embaixo carregando um suporte de soro pesado desse. Às vezes a gente não tem acompanhante para ajudar a locomover. São coisinhas que geram uma certa dificuldade. É terrível, é uma luta pela vida mesmo. Estou lutando e esperando chegar bem no final. Arrependido de ter perdido parte da minha vida, às vezes até por falta de informação. Porque o cigarro você sabe que faz mal. O governo investe na propaganda. Mas, e o álcool? O álcool eles fazem é colocar propaganda a favor. Eu sabia que tudo que é droga faz mal, mas pensava que o álcool demoraria a fazer. Como estou com quarenta e dois anos, estou novo para ter problemas, mas ele me pegou nessa idade. Foi falta de orientação, às vezes. O vício acaba com a vida de qualquer um. No caso do alcoolismo ele tira a moral da pessoa, não só perante a sociedade, como também até em casa. A gente fica até desmoralizado. Estou nessa e espero sair, mudar de ares, mudar de vida. Crescer novamente. Ainda não sei o que vou fazer quando sair daqui, mas vou procurar algo que me satisfaça e que me renda algum dinheiro. Meu negócio é estar de bem com a vida. Quero curtir coisas que o vício não permitiu que eu curtisse. Viajei para São Paulo, Minas, Salvador, Fortaleza, mas sempre bebendo, então eu acho que deixei de curtir lá o que poderia ter curtido. A gente não pode prever, mas a gente tem que recomeçar. É vida nova! E para recomeçar não é fácil, mas também não é impossível. Eu peço a Deus que me ilumine para que eu vá por um caminho que realmente dê certo. Porque com saúde a gente pode batalhar muitas coisas boas. Tenho duas filhas, uma com quatorze outra com quinze. Eu não dei e não tenho tido condições de dar um apoio a elas. Doente a gente fica impossibilitado de fazer uma série de coisas. Estou em cima de uma cama de hospital aguardando para poder retomar uma vida normal. O resto das coisas que eu poderia lhe contar sobre mim geralmente são coisas boas que aconteceram, tanto profissionalmente quanto na família. Mas eu acabei perdendo tudo por causa do vício. Quem bebe todo dia sabe que está viciado, e eu sabia. Tem uns que falam que não faz mal, que faz parte, mas isso não condiz com a verdade. Estou sentindo na pele o resultado. Vamos ver daqui para frente o que de melhor possa acontecer. Estou sendo bem apoiado pelos familiares, pela esposa e pelos amigos. Vamos tocar a bola para frente. A minha história é curta e comprida ao mesmo tempo. Para finalizar, agradeço a sua presença. É sempre bom a gente estar abrindo o coração para pessoas que estão aí começando. Que você possa ter tirado algum proveito para que isso sirva de lição para você colocar em prática na função que escolher.

POSFÁCIO

Em 08 de março de 2008 “recebi alta”. Carla Costa Teixeira, do Departamento de Antropologia da UnB e minha orientadora, Roque de Barros Laraia, também do Departamento de Antropologia da UnB e Ximena Pamela Díaz Bermúdez, do Departamento de Saúde Coletiva da UnB, compuseram a banca examinadora que avaliou este trabalho. Agradeço profundamente a eles por suas inestimáveis contribuições, por me ajudarem a enxergar o que estava submerso pelas incertezas e por me fazerem crer que todo o “tratamento” valeu a pena.

BIBLIOGRAFIA CITADA

ADAM, Philippe & HERZLICH, Claudine. 1994. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru: EDUSC.

AGUIAR, Dayse Santos de. 1998. *A "Saúde da Família" no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma*? Dissertação de mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz / Mestrado em Saúde Pública.

ALVES, Paulo César B.; RABELO, Miriam Cristina M. 1999. "Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade". In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, I. M. 1999. "Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico". In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B. ; SOUZA, I. M. A. (orgs.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BOLTANSKI, Luc. 2004. *As classes sociais e o corpo*. São Paulo: Paz e Terra.

BORGES, Zulmira. N. 2001. "A Construção Social da Doença: um estudo das representações sobre o transplante renal". In: LEAL, Ondina Fachel (org) *Corpo e Significado*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS.

BOURDIEU, Pierre. 1980. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford, California: Stanford University Press.

BUCHILLET, Dominique. 1991. “A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde”. In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

COELHO, Vera Schattan P. 1998. “Interesses e instituições na política de saúde”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. N.37.

CORREIO BRASILIENSE. 1999. Reportagem de 22 de novembro: “Algo se perdeu na saúde da família”.

_____. 2001. Reportagem de 11 de junho: “Exportação de doentes”.

_____. 2006. Reportagem de 26 de junho: “SOS para a Saúde”.

COSTA, Lúcio. 1991. *Relatório do Plano Piloto de Brasília*. (elaborado pelo ArPDF, CODEPLAN, DePHA). Brasília: GDF.

CSORDAS, Thomas J.; KLEINMAN, Arthur. 1996. “The Therapeutic Process”. In: SARGENT, Carolyn Fishel & JOHNSON, Thomas Malcolm. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger.

DAVIS, Fred. 1960. “Uncertainty in Medical Prognosis Clinical and Functional”. *American Journal of Sociology*. LXVI.

DINIZ, Débora. 1997. “O que é isso que chamamos antropologia da saúde no Brasil?”. *Revista Múltipla*, Brasília, 2(2): 41-64, Julho.

DUPUY, Jean-Pierre & KARSENTY, Serge. 1974. *A Invasão Farmacêutica*. Rio de Janeiro: Graal.

DURKHEIM, Émile. 1895. (2001). “Regras relativas à distinção entre o normal e o patológico”. *As Regras do Método Sociológico*. São Paulo: Editora Martin Claret.

ELIAS, Norbert. 1939. (1994). *O Processo Civilizador (vol.1: Uma História dos Costumes)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

EVANS- PRITCHARD, Edward Evans. 1937. (2005). *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

_____. 1940. (2005). *Os Nuer*. São Paulo: Ed. Perspectiva.

FERREIRA, Ignez Costa Barbosa. 1985. “O processo de urbanização e a produção do espaço metropolitano de Brasília”. In: PAVIANI, Aldo. (org.). *Brasília, ideologia e realidade. Espaço urbano em questão*. São Paulo: Projeto.

FERREIRA, Jaqueline. 1998. “Cuidados do Corpo em Vila de Classe Popular”. In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

FOSTER, George M.; ANDERSON, Bárbara Gallatin. 1978a. “Illness Behavior”. *Medical Anthropology*. New York, Chinchester, Brisbane, Toronto: John Wiley & Sons.

_____. 1978b. “Hospitals: Behavioral Science Views”. *Medical Anthropology*. New York, Chinchester, Brisbane, Toronto: John Wiley & Sons.

FOUCAULT, Michel. 1979a. (2004). "O Nascimento do Hospital". *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 1979b. (2004). “A política da saúde no século XVIII”. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 1979c. (2004). “O nascimento da medicina social”. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____. 1997. “1977-1978. Segurança, território e população”; “1978-1979. Nascimento da biopolítica”. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

_____. 1999. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. 1980. (2004). *O Nascimento da Clínica*. Forense Universitária.

FREYRE, Gilberto. 1967. (2004). *Sociologia da Medicina*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

GEERTZ, Clifford. 1989. “O Impacto do Conceito de Cultura sobre o Conceito de Homem”. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A..

GERHARDT, Tatiana Engel. 2006. “Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade”. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 22, no.11, p. 2449-2463.

GERSCHMAN, Silvia & SANTOS, Maria Angélica Borges dos. 2006. “O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. N.61.

GOFFMAN, Erving. 1961. (2005). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Ed. Perspectiva.

GOOD, B. 1994a. “Medical anthropology and the problem of belief”. *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press.

_____. 1994b. “The narrative representation of illness”. *Medicine, Rationality and Experience*. Cambridge University Press.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. 1985. *Brasília 57-85 (do plano-piloto ao Plano Piloto)*. Brasília: Convênio SVO/DAU – TERRACAP/DITEC.

GUIMARÃES, Reinaldo. 1979. *Saúde e Medicina no Brasil: contribuições para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.

HERRERA, Xoxhitl. 1991. "Medicina tradicional y medicina institucional: el promotor de salud investiga los puntos de conflicto". In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

HOCHMAN, Gilberto. 1998. *A Era do Saneamento – As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS.

HOLSTON, James. 1993. *A cidade modernista: uma crítica de Brasília e sua utopia*. São Paulo: Companhia das Letras.

ILLICH, Ivan. *sem data*. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

JORNAL DE BRASÍLIA. 2003. Reportagem de 11 de maio: "Médicos vão a 135 mil casas no DF".

_____. 2005. Reportagem de 19 de novembro: "Um quarto dos pacientes é de fora".

KLEINMAN, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Boderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

LANGDON, Esther Jean. 1991. "Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia". In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

_____. 1994. "Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana". In: SANTOS, Ricardo V. ; COIMBRA JR., Carlos E. A. (orgs.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

LAPLANTINE, François. 1986. (2004). *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes.

LAST, Murray. 1996. "The professionalization of indigenous healers". In: SARGENT, Carolyn Fishel & JOHNSON, Thomas Malcolm. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger.

LEACH, Edmund Ronald. 1954. (1996). *Sistemas Políticos da Alta Birmânia*. São Paulo: USP.

LEITE, Silvana Nair & VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. 2006. "Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar". *História ciência saúde – Manguinhos*. Vol.13, no.1, p.113-128.

LÉVI-STRAUSS, Claude. 1958. (2003). “O Feiticeiro e sua Magia”; “A Eficácia Simbólica”. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

LOBO-GUERREIRO, Miguel. 1991. “Incorporación del shaman indígena em los programas de salud: reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia”. In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

LOCK, Margareth; SCHEPER-HUGHES, Nancy. 1996. “A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent”. In: SARGENT, Carolyn Fishel & JOHNSON, Thomas Malcolm. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger.

LOYOLA, Maria Andréa. 1991. “Medicina tradicional e medicinas alternativas. Representações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo”. In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

LUZ, Madel F. 1979. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.* Rio de Janeiro: Graal.

MACHADO, Lia Zanotta. 2003. “Entre o inferno e o paraíso. Saúde, direitos e conflitualidades”. *Série Antropologia* nº342.

MALINOWSKI, Bronislaw. 1922. (1984). *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.

MAUSS, Marcel. 1921. (2005). “A Expressão Obrigatória dos Sentimentos (Rituais Orais Funerários Australianos)”. *Ensaios de Sociologia*. São Paulo: Perspectiva.

_____. 1924. (2003). “Efeito físico no indivíduo da idéia de morte sugerida pela coletividade (Austrália, Nova Zelândia)”. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif.

_____. 1934. (2003). “As Técnicas do Corpo”. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif.

MELLO, Henrique Bandeira de. Sem data. *Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília*. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Governo Federal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

_____. 2005. *Revista Brasileira Saúde da Família*. Brasília: Governo Federal. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

MOGENSEN, Hanne O. 2005. "Medicalized experience and the active use of biomedicine". In: STEFFEN, Vibeke; JENKINS, Richard; JESSEN, Hanne. *Managing Uncertainty: Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control*. Copenhagen: Museum Tusculanum Press.

MORSY, Soheir A. 1996. "Political Economy in Medical Anthropology". In: SARGENT, Carolyn Fishel & JOHNSON, Thomas Malcolm. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger.

OLIVEIRA, Francisco J. Arsego. 1998. "Concepções de Doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isto?". In: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel. *Doença, Sofrimento, Perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. 1985. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petropólis: Vozes.

PARSONS, Talcott. 1951. "Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice". *The Social System*. New York: The Free Press; London: Collier-Macmillan Limited.

PAVIANI, Aldo. 1985. "A metrópole terciária". In: _____. (org.). *Brasília, ideologia e realidade. Espaço urbano em questão*. São Paulo: Projeto.

PEIRANO, Mariza. 1995. *A favor da etnografia*. Relume-Dumará.

_____. 2006. *A Teoria Vivida: e outros ensaios de antropologia social.* São Paulo: Jorge Zahar.

QUEIROZ, Marcos de S. 1986. "O paradigma mecanicista da medicina, ocidental moderna: uma perspectiva antropológica". *Revista Saúde Pública*. São Paulo, 20: 309-17.

QUEIROZ, Marcos de S. 1994. "Farmacêuticos e Médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea". In: ALVES, Paulo Cesar; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

QUEIROZ, Marcos de S. & CANESQUI, A. M. 1986a. "Antropologia da medicina: uma revisão teórica". *Revista Saúde Pública*, São Paulo, 20: 152-64.

_____. 1986b. "Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil". *Revista Saúde Pública*. São Paulo, 20: 141-51.

RIVERS, W. H. R.. 1924. (2001). *Medicine, Magic, and Religion*. London, New York: Routledge.

RUBEL, Arthur J.; HASS, Michael R. 1996. "Ethnomedicine". In: SARGENT, Carolyn Fishel & JOHNSON, Thomas Malcolm. *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Praeger.

SAHLINS, Marshall. 2004. *Esperando Foucault, ainda*. São Paulo: Cosac Naify.

SILVEIRA, Denise Prudente de Fontes. 1999. *Contribuição para o entendimento das mudanças no planejamento territorial do Distrito Federal*. (dissertação de mestrado. Mestrado em Planejamento Urbano. Universidade de Brasília).

SILVEIRA, Fernando G.; OSORIO, Rafael G.; PIOLA, Sérgio F. 2002. "Os Gastos das Famílias com Saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4.

SINDZINGRE, N.; ZEMPLÉNI, A. 1981. "Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire". *Social Science and Medicine*. 15B.

SOARES, Carlos A. Caroso; DIAS, Noilton J.; OLIVEIRA, Neivalda F. 1991. "Cuidados de saúde nas doenças tropicais transmissíveis. Pluralismo médico no tratamento da leishmaniose". In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

SOARES, Diego. 2006. "O 'Sonho de Rose': políticas de saúde pública em assentamentos rurais". *Saúde e Sociedade*. V. 15, n°3.

SOUZA SANTOS, Antônio Maria de; MENDONÇA LIMA, Margarida Elizabeth de. 1991. "Medicina tradicional e ocidental no Alto Rio Negro. O papel do rezadores em São Gabriel da Cachoeira". In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Edições CEJUP.

TURNER, Victor. 1967. (2005). "A Medicina Lunda e o Tratamento das Doenças"; "Um Curandeiro Ndembu e sua Prática". *Floresta de Símbolos: aspectos do ritual Ndembu.* Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense.

VARGAS, Eduardo Viana. 2001. "Genealogia das "drogas". *Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de "drogas"*. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política.

YOUNG. Allan. 1976. "Some implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology". *American Anthropologist*, 78(1).

_____. 1982. “The anthropology of illness and sickness. *Ann. Review Anthropology*. V.11.

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo