



PUC RIO

MARIA DA GLÓRIA RIBEIRO DA SILVA

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO PROBLEMA DO PODER NA
RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

MESTRE EM PSICOLOGIA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

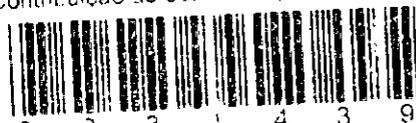
Rio de Janeiro, RJ, novembro de 1975.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea
CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil
<http://www.puc-rio.br>

N Chamada: 150 / S586c / TESE UC

Título: Contribuição ao estudo do problema do co



0 0 3 1 4 3 9 2258

Ex 1 CENTRAL

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO PROBLEMA DO PODER NA RELAÇÃO
MÉDICO-PACIENTE

por

Maria da Glória Ribeiro da Silva

Tese submetida como requisito parcial
para a obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA


Assinatura do orientador da Tese

Rio de Janeiro, RJ, novembro de 1975

§ Tese realizada com o auxílio do CNPq.



BE

31439

U 2

150

5580E

TESE UC

UC 19560-6

AA

S U M Á R I O

A autora faz uma contribuição ao estudo do problema do poder na relação médico-paciente. Inicia o trabalho com um levantamento do conceito através dos tempos e nas várias disciplinas. Após uma avaliação crítica, são relacionadas e brevemente comentadas algumas análises de instituições médicas e relação médico-paciente que usam o conceito de poder (psicoterapia institucional, comunidade terapêutica, anti-psiquiatria), especialmente na área da psiquiatria.

Considera a relação médico-paciente dentro de um quadro mais geral, o aparelho médico, definido como um conjunto de práticas, rituais, códigos, etc., cujas funções, na reprodução da ideologia dominante, são definidas como de submissão-qualificação e conservação-reparação.

Descreve a ideologia do aparelho médico como de assistência, de unidade, continuidade, objetividade, neutralidade, bem como a formação e atuação de seus operadores. São diferenciadas duas redes de assistência e o papel das normas é enfatizado. As resistências à qualificação-submissão são comentadas.

Expõe ainda e comenta as formulações de M. Balint, na sua contribuição ao estudo da relação médico-paciente.

Finalmente, tomando uma situação concreta, o diabetes, o paciente diabético, descreve os processos acima mencionados.

S U M M A R Y

The author makes a contribution to the problem of power in the medical-patient relationship. Starts the work with a screening of the concept through the times and in different disciplines. After a critical avaluation, relates and briefly comments some analysis of medical institutions and of medical-patient relationship that deal with the concept of power (institutional psychoterapy, therapeutic community, anti-psychiatry) chiefly in the psychiatric field.

Views medical-patient relationship inside a wider field, the medical aparatus, taken as a set of practices, rituals, codes, etc., which functions, in the reproduction of the dominant ideology, are said as submission-qualification and conservation-reparation. Describes the ideology of the aparatus, of assistance, of unity, continuity, objectivity, neutrality, as the formation and action of its operators. Differentiates the nets of assistance and the role of the rules is enphatised. The resistences towards qualification-submission are commented.

Also, exposes and comments Balint's formulations, and his contribution to the study of the medical-patient relationship.

Finally, taking a concrete situation, the diabetes, the diabetic patient, describes the process above mentioned.

Í N D I C E

| | | |
|-------------|---|----|
| INTRODUÇÃO | | 1 |
| CAPÍTULO 1. | - Conceito do Poder | 6 |
| 1.1. | - A importância do conceito | 6 |
| 1.2. | - As origens do conceito | 8 |
| 1.3. | - O conceito na sociologia, na antropologia e na psicologia social | 10 |
| 1.4. | - Elementos na análise de poder | 13 |
| 1.5. | - Características descritivas | 14 |
| 1.6. | - Alguns problemas | 17 |
| 1.7. | - Conflito | 21 |
| 1.8. | - Crítica ao conceito de poder | 24 |
| CAPÍTULO 2. | - Poder, instituições médicas e relação médico-paciente: algumas perspectivas | 34 |
| 2.1. | - A psicoterapia institucional | 34 |
| 2.2. | - A comunidade terapêutica | 39 |
| 2.3. | - A instituição em negação | 42 |
| 2.4. | - A psiquiatria em questão | 46 |
| CAPÍTULO 3. | - Os centros de poder e o poder médico | 51 |
| 3.1. | - A reprodução do ideológico - Os aparelhos ideológicos | 53 |
| 3.2. | - O aparelho médico | 56 |
| 3.3. | - A qualificação-submissão no A.M. | 60 |
| 3.4. | - A conservação-reparação | 61 |
| 3.5. | - A ideologia do aparelho médico | 62 |
| 3.6. | - Os operadores do aparelho médico | 70 |

| | | |
|--------------|--|-----|
| CAPÍTULO 4. | - A relação médico-paciente segundo Balint | 77 |
| CAPÍTULO 5. | - A relação médico-paciente no Diabetes | 92 |
| 5.1. | - O discurso ideológico no Diabetes | 93 |
| 5.2. | - A qualificação-submissão no Diabetes | 97 |
| 5.3. | - As normas | 103 |
| 5.4. | - As normas dietéticas | 107 |
| 5.5. | - O exercício físico | 109 |
| 5.6. | - A conservação-reparação | 110 |
| CAPÍTULO 6. | - As resistências ao aparelho médico no Diabetes | 113 |
| 6.1. | - As resistências vistas pela psicologia | 113 |
| 6.2. | - A principal forma de resistência: a resistência à disciplina | 116 |
| 6.2.1. | - Resistência à dieta | 116 |
| 6.2.2. | - Resistência à insulina | 118 |
| 6.2.3. | - Resistência aos testes | 120 |
| 6.2.4. | - Evasão do tratamento | 122 |
| 6.3. | - Teorizações e recurso a outros meios | 123 |
| 6.4. | - Outras formas | 127 |
| 6.5. | - Como o aparelho médico enfrenta as resistências | 129 |
| CONCLUSÃO | | 135 |
| BIBLIOGRAFIA | | 137 |

Introdução

Medicina, saúde, doença, médico, paciente são coisas que não se discute até que se entre em contato com elas como paciente ou como profissional.

Este nosso trabalho começou pois a existir bem antes de começar a ser escrito. Começou com as primeiras questões que se colocaram no início de nossa prática em hospital.

A formação do psicólogo hoje, no Rio pelo menos, não o prepara para um trabalho no que se convencionou chamar área de saúde. Os que se dirigem para esta área vêm de uma formação em geral clínica e são capazes de trabalhar desde que tenham uma sala para o "Serviço de Psicologia" onde possam diagnosticar, orientar, fazer terapia. Por outro lado, o campo se abre para o psicólogo e a demanda vem reforçar o tipo de oferta possível.

Assim, as primeiras solicitações que conhecemos foram: "os obesos não perdem peso, os problemas psicológicos interferem, vamos fazer grupos para tratar estes problemas"; "os diabéticos são rebeldes ao tratamento, precisam ser instruídos, vamos avaliá-los e torná-los mais receptivos ao tratamento"; "fulano é um paciente difícil, precisa de você"; "beltrano é retardado, precisa avaliar"; "com a mãe de sicrano é impossível, você pode conversar com ela?".

E surgem as primeiras perguntas... O problema existe, mas será exatamente como é formulado? Quem é o paciente difícil? 70% dos pacientes obesos abandona o tratamento. Que tratamento? Em que condições? Como é apresentado? Conduzido? Que objetivos tem? Quem o propõe? E o psicólogo, qual o seu papel nisto tudo?

Dramatizando uma consulta médica no Iº Curso sobre Diabetes para infanto-juvenis, C.V.S., 16 anos, que fazia o papel de médico, disse ao paciente: "Você precisa tomar insulina, fazer os testes e a dieta. Volte daqui a 15 dias."

C.R.V.C., 12 anos, foi internada oito vezes em dois anos. Na sua ficha: "transgressões", "não faz dieta", "não faz glicosúrias", "come balas", "não sabe quanto toma de insulina", "ficou uma semana sem insulina", "mãe oligoide". É considerada unanimemente no hospital como um "abacaxi".

Quem é C.R.V.C.? Por que se comporta assim? Por que os médicos respondem assim? Começa a surgir uma suspeita. Não é o paciente que é difícil, é a relação, cheia de tensão, de hostilidade. É uma verdadeira luta. Quem perde? Quem ganha?

É desta suspeita que vamos falar aqui. Não temos respostas absolutas. Não acreditamos tampouco que as situações sejam transparentes, que baste observá-las, que sejam visíveis a olho nú. As próprias questões só são levantadas se se pode começar a respondê-las.

A nossa suspeita é pois, inicialmente, de que se trata na "relação médico-paciente" de uma relação de poder, ou seja uma relação de dominação-submissão.

A revisão da literatura, no entanto, mostrou que poder, da maneira como vem sendo conceituado, não ajuda a conhecer o que pretendemos, uma vez que coloca o problema na esfera interpessoal, voluntarista, desvinculada de um contexto complexo, articulado. O nosso primeiro passo é então a crítica deste conceito e a colocação de poder como um efeito do conjunto dos níveis de uma estrutura sobre as relações entre classes sociais.

↓ No entanto, vários autores trabalharam e trabalham em tentativas de aplicar o conceito de poder à instituição médica e à relação médico-paciente, tanto para conhecê-las quanto para transformá-las, especialmente na psiquiatria. Assim, Oury, Tosquelles, Guattari (a psicoterapia institucional), M. Jones, F. Basaglia (a comunidade terapêutica), R. Laing, D. Cooper (a anti-psiquiatria) não podem ser esquecidos num estudo como este, mesmo que a título de modernizadores ou utópicos. Modernizadores na medida em que pretenderam adequar instituições e relações a novas conjunturas; utópicos na medida em que pretenderam analisar e modificar instituições e relações sem levar em conta a conjuntura com a qual estão articuladas.

Estas articulações é que procuramos descrever no Capítulo 3. É nos aparelhos ideológicos, encarregados de reproduzir as condições ideológicas necessárias à manutenção da estrutura, que estão materializadas estas re

lações de poder, ou de dominação-submissão, onde os sujeitos são interpelados.

O aparelho ideológico médico, como os demais aparelhos ideológicos, qualifica-submete dentro de seu quadro próprio e tem como função específica conservar-reparar a força de trabalho. Qualifica-submete através de rituais, normas, etc., que é preciso também preservar. Para isto ele mantém um discurso sobre si mesmo onde afirma sua unidade, objetividade, neutralidade, cientificidade.

Este aparelho tem seus operadores, os médicos, também controlados por administrações, planejamentos, etc., que atuam como representantes, exercendo portanto autoridade, do grupo dominante. Sua autoridade está ancorada na divisão trabalho manual e trabalho intelectual e no monopólio e segredo do saber.

No entanto, falar em relação médico-paciente supõe falar em M. Balint, que muito impulsionou seu estudo e que teve grande influência entre nós sobre aqueles que se preocupam com o assunto. Ainda que com um referencial simplista, a escuta, coloca questões importantes.

Colocadas as bases de nossas questões e de nossas respostas, tentamos finalmente analisar uma situação concreta, a que foi desencadeadora de nossas preocupações. Ou seja, como no caso do diabetes se coloca a ideologia dominante? Ela se coloca tentando desmarcar os lugares, dissolver as contradições, abstraindo as condições reais em que se dá. O diabetes torna-se então doença universal, de todas as raças e classes, tão antiga quanto a própria huma

nidade, etc..

Colocando-se como de assistência o aparelho médico vai "tratá-lo", ou seja, qualificar-submeter e conservar-reparar e seu grande instrumento serão as normas.

Mas a esta qualificação-submissão o paciente da rede de assistência de massa vai opor resistências. Resistências muitas vezes descaracterizadas pelos que procuram explicá-las e explicitadas sob a forma de resistências às disciplinas (à dieta, à insulina, aos testes, ao tratamento, às normas), do desenvolvimento de "teorias" próprias e do recurso a outros meios.

O aparelho médico no caso do diabetes deve enfrentar estas resistências e procura assim métodos ativos, de participação (cursos, informação, associações de pacientes) para manter a dominação ideológica.

1. Conceito do Poder

1.1. A importância do conceito

Tendo em vista uma análise do problema do poder na relação médico-paciente, a primeira tarefa que se impõe é da definição deste conceito.

Duas são, segundo Kaplan, as fontes de informação sobre poder: a especulação filosófica e a pesquisa em ciências do comportamento. Mas, evidentemente, num campo este conceito é figura central: a política. Diz Abraham Kaplan: "Devemos reconhecer que, ao discutir poder, aquilo de que estamos falando é de política"¹. Evidentemente, não de política como estudo de governos ou instituições governamentais, mas de política como estudo das questões sobre a aquisição e o exercício de poder. Aliás, o poder de que se fala em grupos, organizações ou relações interpessoais é, para Kaplan, o mesmo de que se fala em governos, relações entre Estados e entre Estado e seus sujeitos. Aliás, como se verá, as formas de conceituar poder são bem pouco identificadoras dos campos de que provêm, podendo-se encontrar na teoria política definições que encontramos na psicologia e que alguns chamariam de psicológicas e vice-versa.

Esta é também a posição de Dahl², cientista político para quem o estudo da política implica assumir que as relações de poder estão entre os aspectos mais signifi-

cantes de um sistema político. A análise do poder pode ser aplicada, segundo ele, a qualquer espécie de sistema político, internacional, nacional ou local, a associações, grupos, tais como a família, o hospital, a empresa, etc.

O problema que se coloca, para Dahl, é até que ponto na análise de poder propõe-se as relações de poder como uma das faces da política, entre outras, ou, como fazem Lasswell e Kaplan³, "... a ciência política, como uma disciplina empírica, ... o estudo das formas e da distribuição do poder". Em resumo, ciência política e estudo do poder aparecem muitas vezes como sinônimos.

Daí decorrem algumas questões: a primeira vem da idéia de que as diferenças entre sistemas políticos podem ser interpretadas em função de como o poder está dividido entre indivíduos, grupos, etc., levando a pesquisar se o poder é mais ou menos concentrado ou difuso, exercido por um ou mais indivíduos, strata, classes, grupos profissionais, étnicos, raciais em maior ou menor grau.

A segunda diz respeito à identificação de elites e lideranças, relações entre líderes e não líderes.

A terceira questão, que coloca a proposição da política como estudo das relações de poder, é muitas vezes a confusão com a postulação de que se procura poder como o mais alto valor. Isto, no entanto, é negado pela maioria dos analistas de poder, que consideram esta colocação como psicologicamente insustentável, embora possamos encontrar na psicologia algumas teorizações que aceitam a busca de poder como determinando as ações do homem,

como em Adler⁴, por exemplo, ou ainda como uma das dimensões básicas da personalidade humana, como lembra Kahn⁵.

Esta última questão leva a uma outra, a da moral e busca de poder. Jouvenel⁶, Lasswell e Kaplan³, Oppenheim⁷, são partidários da concepção de que uma análise de poder pode ser neutra por respeito aos valores envolvidos e o analista de poder pode trabalhar o assunto, não para mistificá-lo, mas para modificar o lugar que ocupa nas relações humanas e para aumentar as oportunidades de dignidade, respeito, liberdade, etc.

Para Dahl, alguma compreensão do poder é geralmente necessária para a avaliação moral ou ética dos sistemas políticos. Certamente desde Sócrates, provavelmente antes, tendeu-se a julgar a desejabilidade de diferentes tipos de sistemas políticos pelas relações de poder e autoridade nestes sistemas.

Além disso, a ação com vistas a um resultado num sistema político, como a promoção de mudança, por exemplo, requer conhecimento de como produzir ou causar estes resultados. As relações de poder podendo ser finalmente vistas como relações causais.

1.2. As origens do conceito

Como a literatura mostra, a tentativa de estudar e explicar a política analisando relações de poder é bem antiga. Para Aristóteles⁸, por exemplo, as diferenças na localização de poder e autoridade entre os cidadãos

de uma sociedade servia como critério de diferenciação entre constituições boas ou más. Para Platão, em A República⁹, a questão fundamental é da concórdia social, a qual só se pode obter quando há acordo acerca de quem deve reger o Estado (ou exercer o poder) e do lugar que corresponde a cada indivíduo e a cada grupo social.

Com poucas exceções, principalmente Hobbes¹⁰, os teóricos da política não levaram muito longe suas pesquisas sobre certos aspectos do poder. A maioria dos teóricos, como Aristóteles, por exemplo, considerou que termos chaves como poder, influência, autoridade e norma, que Dahl chama de power terms, não precisavam de grande elaboração, uma vez que o significado destes termos era claro para o senso comum.

Mesmo Maquiavel, que marca uma virada da teoria clássica normativa para a empírica moderna, não considera os termos políticos como um problema técnico. Ele prefere o concreto ao abstrato e no tratamento de relações de poder frequentemente descreve um acontecimento específico como exemplo de um princípio geral, o qual muitas vezes está apenas implícito ou aludido. Maquiavel¹¹ usa assim uma grande variedade de termos indefinidos, tais como: imperio, forza, potente e autoritã.

De Aristóteles a Hobbes, os teóricos se preocuparam com as relações de poder dentro de uma comunidade dada. Mas as relações externas, mais do que as internas, chamaram a atenção para as questões do poder relativo.

O surgimento das modernas nações-Estados

levou os teóricos a reconhecer a importância do poder na política, a interpretação do Estado em termos de poder abrindo caminho para novos desenvolvimentos na análise de poder. Max Weber é o grande representante desta tradição. Para ele, "poder (Macht) é a probabilidade que tem um ator dentro de um relacionamento social de estar numa posição de levar a frente seu próprio desejo, apesar da resistência, sem levar em conta a base em que se baseia esta probabilidade"¹².

Esta definição permitiu a Weber concluir que "o conceito de poder é altamente compreensivo do ponto de vista da sociologia. Todas as concebíveis ... combinações de circunstâncias podem colocá-lo (o ator) numa posição de impor sua vontade numa situação dada"¹³. Nas suas conhecidas tipologias e análises de sistemas políticos, no entanto, Weber estava menos preocupado com o poder em geral do que com um tipo especial que elevou a um grau de grande importância - poder legitimado ou autoridade.

Os teóricos que vieram a seguir, todos mais ou menos, direta ou indiretamente, influenciados por Weber, expandiram seus objetivos a fim de incluir uma gama mais ampla de relações de poder.

1.3. O conceito na sociologia, na antropologia e na psicologia

É assim, a partir de Weber, que Cazeneuve e Victoroff, definem poder, em La Sociologie (1970): "O po

der é a capacidade que tem um homem ou grupo de homens de obrigar outros indivíduos a fazer um ato determinado. O poder se distingue da influência porque denota a possibilidade de sanções"¹⁴. A autoridade, por sua vez, dizem eles, é frequentemente definida como um direito reconhecido ao poder.

Na antropologia política a marca de Weber é também encontrada. Para J. Beattie¹⁵, por exemplo, o poder é uma categoria particular das relações sociais e implica a possibilidade de coagir os outros, neste ou naquele sistema de relações entre indivíduos e entre grupos. Já M.G. Smith¹⁶ considera que o poder é a capacidade de agir efetivamente sobre as pessoas e sobre as coisas, recorrendo a uma gama de meios que vai da persuasão à coerção.

Georges Balandier, antes de definir poder, procura levantar algumas das premissas da antropologia política, dizendo: "O poder político é inerente a toda sociedade: ele provoca o respeito às regras que a fundam; ele a defende contra suas próprias imperfeições; ele limita, no seu interior, os efeitos da competição entre indivíduos e grupos"¹⁷. Assim, ele definirá poder "... como resultante, para toda sociedade, da necessidade de lutar contra a entropia que a ameaça de desordem"¹⁸. Neste marco, a antropologia política vai procurar estudar os problemas do abuso de poder, da adesão ao poder, da ambiguidade do poder, da competição pelo poder, da sacralidade do poder, das suas funções conservadoras e da sua legitimidade.

A definição utilizada pela psicologia social é, na maior parte dos casos, com variações, semelhante a de Dahl, que em artigo de 1957 expõe o seu conceito: "Minha intuitiva idéia de poder é algo assim: A tem poder sobre B na medida em que pode levar B a fazer algo que B de outra maneira não faria"¹⁹. É o que Kahn⁵ chama de habilidade de mudar comportamentos. Já antes, Russel²⁰, Lasswell e Kaplan³, Simon²¹ aceitavam poder como capacidade de influenciar outras pessoas. Mas o exemplo típico pode ser dado com Cartwright que diz: "O poder de A sobre B (com relação a determinada opinião) é igual à força máxima que A pode induzir em B menos a força máxima de resistência que B pode mobilizar na direção oposta"²². Como se pode ver, Weber não está longe destas definições e mesmo parece ser a raiz delas.

A base do poder interpessoal é definida então como a relação mais ou menos duradoura entre A e B, que permite o aparecimento do poder.

Lewin²³ também já definira poder como potencialidade para exercer influência e Festinger²⁴ vai segui-lo, neste ponto. Enquanto Lippit, Polansky, Redl e Rosen definem poder social como "(a) potencialidade (b) para induzir forças (c) em outras pessoas (d) para agirem ou mudarem em determinada direção"²⁵.

Não se deve estranhar, no entanto, a falta de fronteiras entre estas definições, bem como a permanência de Weber entre elas. Esta permanência, que até certo ponto explica a ausência de fronteiras, deve-se em

primeiro lugar a um enfoque metodológico compreensivo das ciências sociais e em segundo lugar a uma concepção das relações de poder, mesmo poder entre Estados (sociedades-agentes) como relações interpessoais, facilmente apropriável pela psicologia que se propõe psicologia do sujeito ou da consciência.

1.4. Elementos na análise de poder

Poder aparece então como cobrindo uma ampla categoria de relações humanas. O que parece é que muito esforço e ingenuidade entraram nos esquemas para classificar estas relações em vários tipos: influência, autoridade, persuasão, dissuasão, indução, coerção, compulsão, força e assim por diante, o que foi chamado de termos de poder. Por outro lado, a grande variedade e heterogeneidade destas relações pode, ainda, tornar impossível desenvolver teorias gerais sobre poder.

No nível mais geral, os termos de poder na ciência social moderna referem-se a contextos de relações entre unidades sociais, tais como os comportamentos de uma ou mais unidades (as unidades responsivas, R) que dependem em algumas circunstâncias de outras unidades (as unidades controladoras, C), na terminologia de Dahl.

Assim sendo, os termos de poder nas ciências sociais excluem relações com inanimados ou mesmo com objetos não humanos.

Se termos de poder incluem, portanto, to-

das as relações da espécie definida, então dizem respeito a todo domínio das relações humanas. Na prática, os analistas de poder, no entanto, geralmente dão atenção a contextos menores. Note-se além disto que não há consenso sobre as características comuns aos vários contextos, nem sobre diferentes rótulos aplicados com o mesmo significado por diferentes analistas.

Apesar da falta de acordo sobre como o conceito geral deve ser definido e delimitado, da variedade de contextos menores que os diferentes teóricos consideram interessantes ou importantes e da falta absoluta de uma nomenclatura ou esquema de classificação padronizados, pode-se notar uma unidade subjacente nas várias abordagens da análise de poder, como veremos posteriormente na parte crítica.

1.5. Características descritivas

Algumas das características que o analis-
ta de poder pretende explicar são, segundo Dahl², e
Kaplan¹, a magnitude do poder, como este poder é distri-
buído no sistema e o tipo e domínio de controle que dife-
rentes indivíduos ou atores têm, exercem, ou estão sujei-
tos a.

Magnitude - Os sistemas políticos são caracterizados ex-
plícita ou implicitamente pelas diferenças nas "quantida-
des" de poder exercidas por diferentes indivíduos, grupos,
etc. A magnitude do poder de C por respeito a R é consi-

derada mensurável. Comparar e medir diferentes magnitudes de poder coloca um grande problema, no entanto. Aceita-se a afirmação de praticamente todo teórico em política de que é possível falar significativamente de diferentes quantidades de poder. É uma questão típica a do poder altamente concentrado ou relativamente difuso.

Distribuição - Uma forma antiga e convencional de distinguir sistemas políticos é a que usa o critério de como o controle é dividido entre indivíduos ou grupos no sistema. Aristóteles, por exemplo, dizia: "A aplicação correta do termo 'democracia' é feita a uma constituição na qual os nascidos livres e pobres controlam o governo - sendo ao mesmo tempo a maioria; e assim, o termo 'oligarquia' é corretamente aplicado a uma constituição na qual os ricos e melhor nascidos controlam o governo - sendo ao mesmo tempo a minoria"⁸.

Assim, então, uma das tarefas do analista é classificar e descrever as mais comuns distribuições de poder e explicar seus diferentes padrões. Algumas das questões típicas seriam: quais as características de C e de R? Como comparar C e R em números? C e R vêm tipicamente de diferentes classes ou outros grupos? etc.

Tipos - Existe a possibilidade de que indivíduos ou grupos que são relativamente poderosos por respeito a uma espécie de atividade possam ser relativamente fracos por respeito a outras. O poder não precisa ser geral, ele pode ser especializado, ou melhor, a especialização é inevitável. Tal classe de atividades é, às vezes, chamada nível (range),

por exemplo por Cartwright²⁶, ou tipo (scope) de poder de C por Lasswell e Kaplan³.

Parece não haver um meio aceito de definir e classificar diferentes tipos de poder. As perguntas que o analista de poder coloca, seriam: O poder é generalizado ou é especializado? se especializado, quais as características de C, as elites, nos diferentes tipos de poder? O poder é especializado por indivíduos ou ainda por classes, profissões ou outras categorias?

Domínio - O poder de C será limitado a certos indivíduos. R sobre o qual C tem ou exerce poder constitui o que é chamado de domínio ou extensão do poder de C. Quem é R sobre o qual C tem poder? Quais as suas características? Quantos são? Como diferem em número e em características dos R que não estão sob o controle de C?

Dada a ausência de unidade padrão de medida de quantidades, distribuições, tipos, domínios e outros aspectos de poder, e da variedade de meios de descrever estas características não é surpreendente que haja uma multiplicidade de esquemas para classificar sistemas no que diz respeito às características de poder.

Classificados os diferentes sistemas a partir da magnitude, distribuição, tipo e domínio, como explicar as diferenças? Este é um problema antigo e altamente complexo, mas alguns fatores podem ser lembrados.

As diferenças nas estruturas de poder podem ser atribuídas à forma como os recursos são distribuídos entre os indivíduos ou grupos. Esta forma de explica

ção foi usada por Aristóteles, na Grécia, James Harrington, na Inglaterra, no século XVII, pelos pais da constituição americana, no século XVIII, por Marx e Engels, no século XIX e por muitos cientistas hoje.

A hipótese é a seguinte: quanto mais recursos mais poder. O problema estaria em encontrar uma forma de classificar recursos. Lasswell³ construiu um esquema de oito valores base (ou recursos) que são: poder (que pode ser a base de mais poder), respeito, retidão ou moral, afeição, bem-estar, saúde, experiência (ou habilidade) e esclarecimento.

Kahn⁵, no entanto, inverte os termos e coloca poder como instrumental para outros objetivos, porque significa controle de pessoas e através dele controle e acesso a recursos. Portanto, mais poder é igual a mais recursos.

Dois indivíduos com acesso a aproximadamente os mesmos recursos podem, no entanto, não exercer o mesmo grau de poder. Maquiavel apontou como importante na resposta a esta questão a habilidade política, mas apesar de suas tentativas de análise, bem como das atuais, habilidade política permaneceu um dos aspectos mais vagos da análise de poder.

1.6. Alguns problemas

A análise do poder está repleta de problemas. Em primeiro lugar vem o da relevância versus rigor.

Outros, mais específicos, estão apenas sendo identificados. A análise, no entanto, tem alguns objetivos atualmente: 1) clarificar os conceitos centrais, por exemplo, trabalhando a analogia entre relações de poder e relações causais; 2) especificar contextos particulares que sejam mais interessantes para a análise; 3) desenvolver métodos de medida e 4) realizar investigações empíricas de fenômenos concretos.

Para French e Raven, os problemas da análise do poder se colocam da seguinte forma: "Em nossa sociedade, os processos de poder são fugidios, complexos e frequentemente disfarçados. Assim, encontramos, na ciência política, na sociologia, na psicologia social, várias distinções entre diferentes tipos de poder social ou entre processos qualitativamente diferentes de influência social". Seu objetivo é então identificar os principais tipos e defini-los sistematicamente. Mas, mais adiante, eles colocam: "Os trabalhos experimentais recentes ... de mostram a necessidade de distinguir diferentes tipos de poder ... No entanto, sem dúvida, será necessário mais conhecimento empírico a fim de tomar decisões finais quanto às diferenciações necessárias, mas este conhecimento só será obtido por pesquisas baseadas em certas distinções teóricas preliminares"²⁷.

A análise de poder produziu grande quantidade de esquemas para classificar tipos de relações de poder. Entre estes esquemas podemos lembrar os de Parsons²⁸, Oppenheim, French e Raven, Cartwright.

Dahl², na sua análise do conceito de poder, classifica assim as características mais frequentemente levantadas nestes esquemas: 1) legitimidade, 2) natureza das sanções (positivas ou negativas, recompensa ou punição e privação), 3) magnitude das sanções (coerção severa até a não-sanção), 4) caminhos ou cadeias utilizadas. Estas e outras características podem ser combinadas para produzir vários tipos diferentes de relações de poder.

A crítica mais severa de Dahl, no entanto, diz respeito ao fato de que, não apenas não há prevalência de um sistema, como os nomes das várias categorias são tão pouco padronizados que o que é rotulado como poder num esquema pode ser chamado coerção ou influência no outro. O grande problema é que, retirados de teorias empíricas, estes esquemas são de valor duvidoso.

No entanto, certos contextos de relações de poder chamaram a atenção para problemas interessantes, como por exemplo, a diferença entre ter e exercer poder ou influência (Lasswell e Kaplan). A diferença é creditada à intenção. Exerce-se poder quando se tem intenção de fazê-lo. Podendo-se, portanto, ter poder e não exercê-lo. Esta constatação levou a que se procurasse analisar não apenas as percepções e respostas nas relações de poder, mas então também as intenções e ações.

Maior ainda do que o problema da definição dos termos de poder é o problema da sua medida. "Mais" ou "menos" poder são noções do senso comum ou da intuição. A partir de 1950 foram desenvolvidos esforços para concreti

zar medidas de poder sistemáticas. Algumas baseadas em fórmulas matemáticas, algumas em linguagem não matemática. De maneira geral, os vários critérios de medir poder podem ser classificados em três tipos: da teoria dos jogos, newtoniano e econômico.

O primeiro tipo, baseado no cálculo das probabilidades, foi muito aplicado ao cálculo de votos, mas sua aplicação é restrita aos casos em que persuasão, indução e coerção não entram em jogo.

O critério newtoniano baseia-se na analogia com a medida da força na mecânica clássica. O mais usado pela psicologia social, propõe medir poder pela quantidade de mudança em R atribuível a C. Quanto maior a mudança em R, tanto maior o poder de C. Medidas deste tipo foram as mais frequentemente propostas (Simon, Dahl, Cartwright e Oppenheim).

O critério econômico procura medir os 'custos' tanto para C quanto para R ao medir o poder de C. Harsanyi²⁹ coloca que a medida completa de poder inclui 1) os custos oportunos a C para influenciar R e 2) os custos oportunos a R para recusar seguir C. Esta medida não está limitada aos custos mais familiares aos economistas, podendo ser estendida aos custos psicológicos de todo tipo.

Um último problema se coloca: o da operacionalidade das definições. (Sobre isto, a pesquisa chamou a atenção para três espécies de problema: 1) a distância entre conceito e definição operacional é em geral muito

grande, tão grande que muitas vezes não é possível ver a relação existente entre as operações e a definição abstrata; 2) diferentes medidas operacionais não parecem correlacionar-se, o que sugere que dizem respeito a diferentes aspectos das relações de poder; 3) quase todas as medidas propostas engendraram controvérsias sobre sua validade.

1.7. Conflito

O estudo do problema do poder subentende ou levanta o problema de uma série de questões ligadas a esta noção (conflito, resistência, hostilidade, participação são as que mais nos interessam aqui).

Poder, pensado segundo a vertente que explora "a capacidade de influenciar", implica imediatamente em conflito.

Segundo Cazeneuve¹⁴, conflito seria "termo psicanalítico atualizado pela psicologia social no estudo dos papéis e status". Como a psicanálise define conflito? Para Laplanche e Pontalis³⁰, fala-se, em psicanálise, de conflito quando, no sujeito, se opõem exigências internas contrárias. O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, ou entre dois sentimentos contraditórios) ou latente, este podendo expressar-se de forma deformada no conflito manifesto e se traduzir principalmente na formação de sintomas. A psicanálise, para eles, considera o conflito como constitutivo do ser humano e isto em diversas perspectivas. Não só quando se

confrontam desejos contrários, mas quando também desejos confrontam-se com proibições. A noção de conflito é a noção central da teoria das neuroses.

Na psicologia social, por sua vez, conflito é definido como forças geradas por valores ou necessidades opostos. Para Kahn⁵, que adota esta posição, decorre daí que a magnitude de poder determine a magnitude do conflito. Para ele, poder inevitavelmente gera conflito em algum grau ou força, apenas o poder zero não o fazendo. A ausência de conflito sendo portanto impossível, o que garante o funcionamento das instituições ou relações seria a suficiência da estrutura de poder e uma autoridade bastante forte para superar ou deslocar os conflitos para áreas que não as afetem.

O que está subentendido nesta afirmação é o quanto poder é essencial para a existência de determinadas instituições ou relações, pois, segundo Kahn, a emergência de conflitos subverteria sua eficácia.

Conflito, uma vez analisável, é algo manejável, podendo ser assim considerado como essencial e aproveitável, até mesmo desejável. Já em 1947 em Bettel, Maine, com o Dr. Leland Bradford, no seu laboratório para estudo de grupos, iniciam-se as pesquisas sobre o manejo dos conflitos.

O grande objetivo a ser atingido parece ser reduzir os efeitos destrutivos do conflito, ou seja, permitir que haja conflito, mas sem hostilidade.

French³¹, a partir do que ele chama de

"necessidade de resolver problemas", vai colocar a noção de participação, que opõe à não-participação, como a forma de vencer o que ele chama de resistência à mudança.

Resistência à mudança ou oposição, como ele chama, parecem ser outros nomes de conflito, ou seja: resistência é "a reação de uma pessoa a uma influência que outra tenta exercer".

Como formas de participação - não-participação num experimento ele propõe três alternativas: 1) não-participação com informação; 2) participação por representação; 3) participação total. Por outro lado, ele distingue dois tipos de participação: a psicológica e a objetiva. Na primeira, trata-se da influência ou extensão desta, numa decisão, que o participante pensa que tem. Na segunda, trata-se da quantidade de influência que ele realmente tem.

As formas de manejar conflitos podem ainda ser classificadas em três tipos, segundo os métodos utilizados. Como métodos primitivos são colocados a supressão dos conflitos ou guerra total; como métodos modernos, a barganha ou guerra limitada e como método civilizado, a solução de problemas. Dentre estes métodos, o da supressão ou erradicação é considerado como utópico.

A criatividade é ainda outro método apontado como importante na solução de conflitos, como propõe Nevitt Sanford³².

Um ponto ainda é importante aqui. Para Kahn⁵ o conflito é maximizado quando o desejo de poder é

neurótico, ou seja, quando o poder se transforma em objetivo em si, e não é visto mais como meio, ganhando autonomia funcional. É onde entra a personalidade na questão do poder e conflito. Ela também tem papel importante na solução dos conflitos, pois, segundo French³¹, quando se pergunta até onde a participação é válida, a personalidade autoritária reage à participação negativamente, ao contrário da personalidade democrática que reage favoravelmente.

Alguns pontos de contato entre a teoria de Freud e a psicologia social podem ser encontrados no que diz respeito ao conflito. O conflito é sempre interno, nos dois casos existe relação entre conflito e resistência, e aquele é inevitável e necessário.

Evidentemente, não pretendemos aqui esgotar os conceitos ou noções de poder, conflito, hostilidade e participação, mas apenas delimitar o campo de onde, após um exame crítico, extrairemos nosso meio de trabalho.

1.8. Crítica ao conceito de poder

Para Poulantzas³³, que vai tentar uma crítica dos conceitos mais em uso e uma colocação dentro de outros referenciais, "o conceito de poder tem como lugar de constituição o campo das práticas de classe" ou das relações de classes. Para ele, portanto, as relações de classe é que podem ser chamadas de relações de poder. Na verdade, os dois conceitos (classe e poder) estão ligados na medida em que têm como lugar de constituição o campo cir-

cunscrito pelas relações sociais. Vale dizer que só se pode falar de poder quando se fala em classes. Isto não quer dizer, no entanto, que um conceito inaugure o outro, apenas o que se quer é enfatizar a homogeneidade de um campo.

Na verdade o que ocorre é que o conceito de poder especifica os efeitos do conjunto dos níveis da estrutura (econômico, político, ideológico) sobre as relações entre as classes; indica os efeitos da estrutura sobre as relações conflituais das práticas das diversas classes. Assim, o conceito de poder não pode ser aplicado a um nível da estrutura apenas, seja ele o político, o econômico ou o ideológico, mas sempre ao efeito do conjunto dos níveis. De que estrutura estamos falando? Da estrutura social concebida como modo de produção, ou seja, o processo de produção e reprodução sociais, definido ao mesmo tempo pela autonomia relativa de suas instâncias (econômica, política, ideológica) e por sua unidade, que é uma formação econômica-social concreta ³⁴.

Confusões desta ordem deram origem aos conceitos equívocos de "classes dirigentes" e de "desigualdade da distribuição de poder" numa sociedade, bem como a teorizações também equívocas sobre relações de poder entre "capitalistas" que impõem, por um "controle" dos meios, suas "decisões" aos "operários", nivelando a empresa à escala social.

Mas a crítica de Poulantzas vai mais longe; ele procura explicitar o equívoco de Weber que, desar

ticulando os diferentes níveis da estrutura, fala em classe do ponto de vista econômico, de um lado, e em relações políticas, que são relações de poder.

Assim, os grupos que participam das relações políticas (relações de poder) diferem, no seu estatuto teórico, das classes sociais-econômicas, cuja existência, no entanto, é admitida. Dentro desta concepção temos então os "grupos estatutários" de Weber, a "classe política" de Michels e as "elites no poder" de W. Mills, quando se discute relações de poder.

Qual é então o conceito de poder de Poulantzas? "A capacidade de uma classe social de realizar seus interesses objetivos específicos"³⁵. Esta não é uma definição simples; ela supõe ainda uma série de críticas a outras noções e se faz mais compreensível através destas.

A definição de Poulantzas se distingue, por exemplo, da de Lasswell³, para quem o poder é o fato de participar na tomada de decisões. Esta definição é, segundo Poulantzas, um exemplar da série de teorias sobre processo de tomada de decisões.

O principal problema desta definição é estar nela subentendida uma concepção voluntarista do processo de "decisões", que desconhece a eficácia das estruturas. Isto leva a uma dificuldade em localizar exatamente, sob as aparências, os verdadeiros centros de decisões no interior dos quais se dá a distribuição de poder. Esta definição tem ainda como princípio o "integracionismo"

da sociedade, do qual deriva a noção de "participação nas decisões".

A segunda definição criticada por Poulantzas é a de Weber. Para Weber³⁶ o poder (Herrschaft) é "a probabilidade de que uma certa ordem de conteúdo específico seja obedecida por um grupo determinado". Trata-se aqui, para Poulantzas, de uma definição derivada da noção de sociedade-sujeito, que é produto dos comportamentos normativos de sujeitos-agentes, o que funda a concepção da "probabilidade" e da "ordem específica". A ordem é exercida no interior de uma "associação autoritária", de onde o problema da legitimidade.

O que se percebe nas definições expostas e criticadas é a idéia de que a sociedade é algo integrado, cuja integração deve ser preservada. Isto as diferencia radicalmente do conceito de poder de Poulantzas, que tem como referência uma estrutura de relações com antagonismos.

O conceito de poder, para Poulantzas, diz respeito, portanto, a um tipo de relações sociais que é caracterizado pelo "conflito", ou seja, diz respeito a um campo onde a capacidade de uma classe realizar seus interesses próprios está em oposição à capacidade de que outra a faça.

Para Poulantzas, isto determina uma relação específica de dominação e subordinação, que ele caracteriza como relações de poder.

Weber, de certa forma, já levantara o pro

blema do conceito de poder ligado a uma relação específica caracterizada pela demarcação dos lugares de subordinação e dominação nas condições particulares de um "conflito". Esta relação é produtora de legitimidade capaz de originar relações de poder. Mas, segundo Poulantzas, o que Weber esquece é que o que demarca a relação de dominação-subordinação e situa o conflito, está originariamente num lugar externo a esta relação mesma; o conflito é delimitado pela estrutura.

Vale dizer, portanto, que relações de poder não se aplicam a relações interindividuais. A quase totalidade das colocações, quer na teoria política, na sociologia, na antropologia e na psicologia social, no entanto, situa poder como fenômeno interpessoal, colocações que vão de Dahl e Lewin, que se expressam através de definições do tipo "o poder de uma pessoa A sobre uma pessoa B é a capacidade de A obter que B faça alguma coisa que não faria sem a intervenção de A"¹⁹, à qual já nos referimos anteriormente. Portanto, relações de poder não servem para descrever relações de amizade, relações entre membros de associações, grupos, etc.

Para isto, Poulantzas propõe o termo força, uma vez que o termo poder implica uma força legítima, exercida no quadro referencial de um mínimo de consentimento da parte daqueles sobre os quais o poder é exercido.

Um ponto é ainda importante na discussão do conceito de poder. Poulantzas chama a atenção sobre a

concepção de poder soma zero de Wright Mills³⁷, implícita na maioria das teorias atuais de poder. Em que consiste o poder soma zero? Trata-se do poder considerado como uma quantidade dada. Todo grupo ou classe teria tanto poder quanto o outro não teria, o aumento do poder de um significando diminuição do poder do outro e vice-versa. Variando a divisão, no entanto, a quantidade é invariante.

Trata-se aqui de uma concepção funcionalista do todo social como composto de elementos equivalentes, que mantêm relações de equilíbrio, de integração, que desconhece o problema das estruturas. Na verdade, a diminuição da capacidade de um grupo realizar seus interesses não se traduz automaticamente num aumento da capacidade de um outro, a redistribuição eventual do poder dependendo das estruturas.

Além disto, esta concepção de poder soma zero, aplicada à escala global, desconhece a especificidade das diversas formas de poder nos diversos níveis. A perda de poder a um nível não significa perda nos outros níveis. Se a concepção é inadequada ao nível específico, mais ainda ao nível global.

O que decorre deste tipo de definição é que ao tratar de analisar um determinado tipo de relações de poder é preciso situá-las num todo social, ou estrutura, que supõe diferentes práticas que não devem ser isoladas, e um conflito de interesses que não deve ser esquecido ou negado, a menos que se queira cair em simplificações do tipo interpessoal, voluntarista, integracionista, etc.

A passagem à análise do nosso objeto supõe ainda dois pontos: em primeiro lugar, uma reflexão sobre o porquê das soluções encontradas pela psicologia social para as relações de poder e conflito dentro do marco anteriormente criticado e, em segundo lugar, a explicitação das mediações que utilizaremos entre o conceito de poder escolhido e o nosso objeto, ou seja, os centros ou aparelhos de poder e sua dinâmica.

Thomas Herbert pode dar aqui algumas indicações na tentativa de análise das colocações feitas pela psicologia social a respeito de poder e conflito.

Para ele as "ciências sociais" são vistas como "a aplicação de práticas técnicas particulares a uma ideologia das relações sociais, tendo por fim responder à ordem social no que concerne à adaptação-readaptação das relações sociais à prática social global, operando uma 'realização' do real psico-sociológico"³⁸.

É importante esclarecer aqui um pouco o que ele pretende com esta afirmação.

Uma prática técnica é uma prática que se define pelo fato de atuar com vistas a um produto, ou seja, vem preencher uma necessidade, uma falta, uma demanda, que se define fora da própria técnica. As práticas técnicas das "ciências sociais" são então aplicadas a uma representação que as ciências sociais têm do todo social. E é exatamente este todo organizado da prática social que é o lugar onde se define a falta, ou demanda.

Thomas Herbert dá exemplos com outras prá

ticas técnicas que podem tornar mais explícita esta colocação: as práticas técnicas da ferraria artesanal, por exemplo, respondem à demanda de uma prática social definida, a sociedade agrícola feudal; assim como as práticas da metalurgia atual respondem à demanda da sociedade industrial.

Quanto às ciências sociais, no que diz respeito ao problema da sua demanda social, vamos nos valer de um psicólogo social. Diz Le Ny: "Publica-se num determinado momento uma quantidade de obras cujo conteúdo é determinado pelos fatores mais diversos; mas do ponto de vista da utilização social que é feita, estes primeiros fatores são mais ou menos sem importância. O que conta é a adequação destas obras às 'necessidades ideológicas' de um grupo social ou de uma sociedade num momento dado; as obras mais capazes de satisfazer a estas necessidades são mantidas, as outras caem no esquecimento"³⁹.

Por sua vez a representação que as ciências sociais têm do todo social pode ser resumida assim: as relações sociais, interrelação de pontos subjetivos, são originalmente uma ordem racional transparente, que por alguma razão perde sua racionalidade e clareza, as quais devem ser reinstauradas através de uma volta à origem. É o que se poderia chamar de um todo orgânico ou funcional estável e permanente.

Esta forma de representação do todo social seria então aplicada a situações ou entidades sociais concretas, tais como organizações, empresas, instituições,

etc. O objetivo desta aplicação é colocado como sendo a transformação da ordem social. No entanto, esta transformação é apenas aparente uma vez que o verdadeiro objetivo seria a realização desta ordem, já que a prática social ou o todo social são considerados como invariantes do sistema.

A isto Thomas Herbert chama de "realização" do real, ou seja, a prática técnica se desenvolve espontaneamente por adequação progressiva de seus instrumentos ao "real" (no caso o seu campo, a prática social), provocando uma resposta do "real" a suas questões.

No seu estado atual, portanto, as "ciências sociais", como Thomas Herbert designa o grupo complexo da psicologia, da sociologia e da psicologia social, não produzem conhecimento científico, mas apenas uma ideologia expressiva da prática social global, ou seja, uma representação que lhe serve de espelho.

É importante ressaltar aqui que, com estas colocações, não pretendemos apenas uma recusa das análises feitas até então pela psicologia social, mas uma constatação crítica das bases em que se apoiam suas análises.

Aliás, todo nosso trabalho até o momento tem sido a tentativa de estabelecer bases para uma análise de relações de poder num campo específico (o da relação médico-paciente) que, como veremos mais tarde, tem sido bastante equivocado, em grande parte pela utilização de fundamentos não criticados.

A preocupação maior desta crítica, inclu-

sive, não pretende ser apenas a de uma denúncia de um uso institucional e das aplicações práticas destas ciências sociais, pois este tipo de crítica esquece seu alvo e cai numa forma de moralismo que não pretendemos. Como diz Saul Karsz⁴⁰: "As ciências sociais (que na verdade se ser vem aos fins citados) não se reduzem a seus produtos. Elas compreendem também pesquisas altamente coerentes para as quais se colocou dispositivos metodológicos apropri ados. Elas retêm, sob formas que é preciso desvendar, formas do teórico...". Ou, como dizia Thomas Herbert, se us conhecimentos criticados poderiam vir a ser matéria-prima de uma prática científica ou teórica.

2. Poder, instituições médicas e relação médico-paciente: algumas perspectivas

Várias tentativas foram realizadas de se pensar a relação médico-paciente como relação de poder, que não podem ser esquecidas aqui. França, Inglaterra, Itália, EUA foram sede de experiências que pretendiam subverter esta relação e reformular as instituições onde ela se trava. As mais conhecidas, na sua totalidade, no entanto, dizem respeito a instituições psiquiátricas e à relação psiquiatra-doente mental. Ainda que com teorizações e práticas bastante diferentes, com objetivos mais ou menos radicais e realizações hoje mais ou menos incorporadas, todas têm o grande mérito de ter chamado a atenção para um problema de grande importância.

2.1. A psicoterapia institucional

A origem da corrente de pensamento que levou às formulações atuais da psicoterapia institucional pode ser situada no período que precedeu a libertação na França, como historia Guattari⁴¹. Precedida pelas experiências da "terapêutica-ativa", de H. Simon e dos métodos de "no restraint" e "open door", na Inglaterra (George Bell estabeleceu em 1949 no Hospital Dingleton, Melrose, Escócia, o primeiro hospital de portas abertas), é verdade, a experiência do hospital psiquiátrico de Saint-Alban,

em Lozère, realizada pelas equipes sucessivas que se constituíram em torno de François Tosquelles, foi o passo inicial.

Ao sair de campos de prisioneiros e de campos de concentração, um certo número de enfermeiros e psiquiatras abordou os problemas do hospital psiquiátrico com outros olhos. Incapazes de suportar, pela própria experiência, as instituições concentracionárias, iniciaram a transformação coletiva dos serviços. Daí uma nova atitude, uma nova abordagem se desenvolveu a partir da contribuição de surrealistas, freudianos e marxistas. Esta nova abordagem era operada através dos clubes terapêuticos intra-hospitalares, que pretendiam reformular as idéias sobre agitação, cronicidade, etc., ao mesmo tempo em que se procurava estabelecer novas relações entre doentes e médicos, enfermeiros, e rever a concepção de cura individual, dando mais atenção ao contexto institucional. Jean Oury fala na sua experiência: "Por exemplo, o primeiro objetivo de Saint-Alban foi lutar para suprimir as células e enfermarias de agitados. Para isto ... foi necessário estruturar o meio, fazer reuniões, fazer uma espécie de psicoterapia coletiva. No plano estritamente material, das responsabilidades, reestruturar a hierarquia, a função dos enfermeiros, transformar os guardas em enfermeiros, etc."⁴².

Já na década de 50, La Borde é uma experiência, agora no âmbito privado, que se desenvolve na linha de Saint-Alban, também com Oury, tendo como objetivo modificações no universo concentracionário do tipo hospital

psiquiátrico. Em 1960 foi constituído o GTPSI (Grupo de Trabalho de Psicologia e Sociologia Institucional) e em 1965, a Sociedade de Psicoterapia Institucional.

O acesso ao indivíduo, a seus desejos mais fundamentais, coloca o problema da institucionalização. E Guattari pergunta: "Quem produz a instituição e articula seus subconjuntos? Há uma forma de dominar esta produção? A proliferação habitual das instituições na sociedade contemporânea só leva ao reforço da alienação do indivíduo: haverá a possibilidade de que uma transferência se opere e que ao burocratismo suceda uma criatividade institucional?"⁴¹. O objetivo é então não reificar o objeto de estudo, dar-lhe meios de se expressar, para evitar um efeito de miragem e projeções sobre o objeto estudado.

Quem é o psiquiatra? Sob determinação social, relacionado ao Estado deve se integrar numa situação que só lhe deixa como margem de intervenção a resultante entre as possibilidades objetivas da instituição e sua autodeterminação pessoal. Coloca-se então o problema da articulação de um grupo social à sociedade global.

E o doente quem é? Em primeiro lugar um cidadão, logo um indivíduo.

Mas, a alienação é uma dimensão geral da existência de todos, normais ou loucos. Além de suas raízes econômico-históricas, ela se aproveita das linhas traçadas por uma alienação mais fundamental, a que resulta do acesso ao Imaginário e a inscrita na linguagem. O psíquico assim sofre mais a alienação uma vez que, na maior

parte do tempo, é incapaz de aceder à palavra.

A alienação social, no entanto, comporta uma estrutura que desenvolve operadores: as instâncias do Estado, o aparelho familiar, as escolas, os hospitais, as prisões, etc. Mas, segundo Oury, face a esta dimensão opressiva, outros operadores criam funções de desalienação. Não se deve, no entanto, confundir a sociedade global com a prática micro-social, a fim de evitar um idealismo sociológico que na psiquiatria se manifestaria através da redução do psicopatológico a estruturas reacionais. A palavra de ordem seria manter a abordagem multidimensional da problemática psiquiátrica, a fim de garantir a heterogeneidade da estrutura, uma vez que os sistemas de estado de opressão e segregação obedecem a uma lógica de totalização: do universal e do particular, do todo e da parte, do geral e do particular. Isto faz com que o sujeito seja reduzido ao particular, dependendo da mecânica totalizadora. Para Oury, a prática psiquiátrica institucional daria oportunidade a diversificar, levar em conta um feixe maior de demandas.

Definida por seus agentes como uma instância crítica da psiquiatria, a psicoterapia institucional seria uma prática capaz de rearticular os vetores político-analíticos e psicopatológicos, a partir de coletivos de vida que Oury chama de "comunidade estrutural". Esta integraria na sua existência sócio-econômica original feixes de "relações elementares" cujo estudo e eficácia pedem um processo permanente de "análise generalizada". A

criação dos coletivos teria então como objetivo "desbloquear as energias congeladas nos sistemas de estado: crítica e prática de uma luta contra a segregação (crítica dos sistemas hierárquicos, dos organismos concentracionários...)"⁴². O material desta crítica seria um complexo sócio-econômico particular, fator daquilo que, enquanto "loucura", é considerado fora dos quadros das estruturas lógicas da sociedade.

Segundo Guattari, um de seus objetivos seria acabar com o médico enquanto indivíduo que se propõe a ser aquele que "fala por...", porta-voz do sujeito que poderia ser a instituição. Ele deve ser um elemento que se articula, numa relação de verdade a todos os que vêm ao encontro do que se fala ali. Aliás, Guattari traz uma contribuição muito sua à psicoterapia institucional: as noções de duas espécies de grupos (grupos sujeitos e grupos sujeitados), a oposição entre fantasias de grupo e fantasias individuais, a concepção de transversalidade. Ele pretende introduzir na instituição a função política militante, que não é nem a psicanálise, nem a prática de hospital, nem a dinâmica de grupo, mas uma máquina para produzir e enunciar o desejo. Guattari, aliás, prefere o nome de análise institucional ao de psicoterapia institucional.

Mas provavelmente a idéia mais importante e a que mais nos interessa aqui é da instituição como modelo, além da lei e do contrato. Na verdade, uma das posições principais da psicoterapia institucional é a cri

tica do chamado contrato liberal e da lei repressiva. Crítica que se faz em várias direções: organização piramidal dos grupos, sua subordinação, divisão hierárquica do trabalho.

2.2. A comunidade terapêutica

A Inglaterra parece possuir a tradição mais longa em matéria de renovação psiquiátrica. Conolly, em 1839, suprime os métodos de contenção para 800 pacientes em Hanwell e é considerado o pioneiro das tentativas que chegam a Maxwell Jones e às comunidades terapêuticas. Também a guerra teve grande importância nestas experiências. A passagem dos psiquiatras do mundo fechado dos hospitais e de seus estudos de psicoterapeutas para os campos de recrutamento, hospitais de campanha e unidades combatentes fez com que se tornassem conscientes da influência dos fatores sociais sobre os indivíduos. Isto, ao lado do aumento considerável de doentes e escassez de psiquiatras, fez com estes começassem a procurar outros caminhos. "Ficar doente" não é mais um problema de sintomas ou de classificações, passou a ser considerado como um recurso, em geral o último, de um indivíduo que perdeu o apoio social adequado e não consegue fazer nada para ajudar-se. Isto exige um outro psiquiatra, ou pelo menos um outro contexto de tratamento. Para Jones, mesmo o esquema psicanalítico, preocupado com os conflitos intrapessoais e dando ênfase a um tratamento bipessoal, não pode dar conta do

problema, que exige "uma compreensão bem mais ampla de dinâmica de grupo, teoria social e organização social em geral"⁴³. Mas não só o contexto deve ser discutido, o médico também é tema de discussão, por parte dos colegas e do próprio paciente.

Ao contrário do que acontece com a psicoterapia institucional e mesmo com a anti-psiquiatria, talvez em decorrência dos elementos filosóficos que as baseiam, pode-se distinguir com certa precisão os elementos que caracterizam tanto a ideologia quanto o funcionamento das comunidades. Liberdade de comunicação, análise em termos de dinâmica individual, principalmente interpessoal de tudo que ocorre na comunidade, destruição das relações de autoridade tradicionais, aproveitamento das ocasiões para reeducação social, são alguns destes elementos, que são postos em prática através de reuniões comunitárias, reuniões de equipe ou de avaliação, situações de aprendizagem ao vivo ou confronto, descritas pelo próprio Jones⁴⁴.

Rapoport⁴⁵ auxiliado por uma equipe de pesquisadores sociais, estudou o trabalho de Jones no Hospital Henderson e levantou, a partir de sua observação, quatro temas fundamentais: democratização, permissividade, comunidade de intenções e finalidades e confrontação com a realidade.

Vejamos como Jones chega a estas formulações e as articula. Diz ele: "Foi durante os doze anos que passei na seção de reabilitação social que meus colegas e eu desenvolvemos melhor o conceito de comunidade te

rapêutica. Princípios a compreender que, além dos esforços terapêuticos de uma equipe treinada, havia um potencial muito importante, para apoio e cura do paciente, nos tipos de relacionamento e atitudes que predominavam entre seus companheiros na seção e no hospital ... Assim nos convencemos de que se deve prestar atenção à organização hospitalar em geral, pois constitui, por assim dizer, o molde que possibilita ou frustra a comunicação e compreensão entre os membros da comunidade ... Os encontros diários da comunidade, com exame constante das iniciativas comunitárias, desempenharam papel essencial na interação entre equipe e pacientes e deram boa oportunidade a todos para aprenderem a partir do debate de problemas corriqueiros"⁴³. Aí estão, neste trecho, bastante bem resumidas as proposições de Jones, por ele mesmo.

Mas sobre o papel do médico e do paciente ele volta muitas vezes. De um papel passivo tradicional, Jones propõe a passagem a um esforço ativo não só do paciente como da família, amigos, etc. Ao lado disto, deve haver uma redistribuição do poder, da autoridade e capacidade de decisão, significando um papel mais responsável para o paciente, parentes, enfermagem e, de forma geral, "uma estrutura social mais democrática e igualitária". O líder único e poderoso da equipe deve ser substituído por uma equipe de líderes, o que torna possível integrar no tratamento considerações sociais, biológicas, educacionais e filosóficas, com vistas a ultrapassar o que ele considera um dos obstáculos ao progresso em medicina: "O quadro

bastante estreito que a profissão herdou do passado". Figura central no hospital, talvez até construído em torno de suas necessidades, o médico deve conhecer a sociedade em que vive o paciente, para poder continuar a desenvolver o papel de líder, uma vez que muitos dos problemas que se lhe apresentam são muito mais sociais do que psiquiátricos. Assim um número maior de pessoas está envolvido na função de tratar, não se tem mais duas pessoas, a que trata e a que é tratada, e todas devem estar disponíveis para tratar e serem tratadas. Isto significa eliminar a dependência e passividade de uns bem como certa perda de "status" de outros.

Em 1959, M. Jones vai aos EUA e lá fica durante 4 anos. Lá desenvolveram-se inúmeras experiências de CT. Uma delas é relatada de maneira pormenorizada por E. Rodrigue.⁴⁶

2.3. A instituição em negação

Em 1961, F. Basaglia impulsiona a nova direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia (Itália) a operar "uma brusca ruptura da solidariedade funcional" entre o pessoal, a desmarcação de uma vanguarda que se recusará a assumir por mais tempo o "mandato de cura e vigilância" confiado pela sociedade repressiva. Aos poucos, todos os serviços abertos, assembléias gerais, intensificação das comunicações, organização dos lazeres e da social-terapia.

Basaglia e um de seus colaboradores, Minguzzi, ao mesmo tempo procuram estudar experiências se

melhantes na França (psicoterapia institucional) e Inglaterra (comunidades terapêuticas). Vão assim estruturando suas próprias colocações. A comunidade terapêutica de M. Jones é criticada como reformista, as técnicas de procurar o consenso sendo consideradas como um novo método de reintegração do doente à sociedade baseado no que Lucio Shittar⁴⁷ chama de "ideal de panorganização da sociedade capitalista". A famosa "terceira revolução psiquiátrica" seria apenas "uma tardia adaptação das modalidades de controle social do comportamento patológico aos métodos de produção aperfeiçoados no decorrer dos últimos quarenta anos pelos sociólogos e os técnicos da comunicação de massa"⁴⁷.

Em 1965 a equipe que dirige Gorizia decide desenvolver mais a fundo a "cultura comunitária", uma vez que até então tratava-se de uma vanguarda que outorgava privilégios aos doentes, passando então a uma outra relação de forças.

Conforme o relato de Guattari⁴⁸, a equipe recusa qualquer política de melhoria e de consolidação dos hospitais, ao contrário da psicoterapia institucional. Mas, na Itália, a situação dos hospitais sendo, assim como a legislação, uma das mais arcaicas da Europa, estas ilusões não podiam ir longe. Ainda conforme Guattari, Basaglia não tem ilusões sobre a experiência de Gorizia, seu futuro está condenado. Na melhor das hipóteses, as coisas evoluirão, segundo ele, como nas comunidades terapêuticas de M. Jones em Digleton, na forma de "um engajamento didá

tico e terapêutico mais impulsionado ao nível do staff, mas que se fecha na esfera particular dos interesses institucionais"⁴⁹.

Superando uma escalada de dificuldades graves, sem vanguarda, o objetivo comum passou a ser a quebra institucional, a negação da instituição.

Basaglia passa assim a um dos primeiros representantes da anti-psiquiatria, ou seja, da crise da psiquiatria, que Foucault⁵⁰ caracteriza como marcada pela desconfiança de que o médico produzia a doença que descrevia. "Charcot produzia efetivamente a crise de histeria que descrevia", assim "como o médico transmitia as doenças que devia curar", como mostrou Pasteur. O que Foucault pretende demonstrar é que todas as crises que abalaram a psiquiatria desde o fim do século XIX basicamente colocaram em questão o poder do médico. Para ele, Basaglia exatamente questiona a maneira pela qual o poder do médico está implicado na verdade daquilo que ele diz e, por outro lado, a maneira como a verdade pode ser fabricada e comprometida pelo seu poder.

Em "Les Institutions de la Violence"⁵¹, Basaglia precede suas colocações com a descrição de cenas que ocorrem na escola, na família, etc., marcadas pela violência, para tirar a seguinte conclusão: "O que une, em todos os casos, as situações-limite que acabamos de citar, é a violência exercida pelos que estão do lado do sistema sobre aqueles que se encontram irremediavelmente colocados sob seu domínio. A família, a escola, a fábrica, a univer

cidade, o hospital são instituições baseadas numa clara distribuição de papéis: a divisão do trabalho (senhor e servo, professor e aluno, dirigente e dirigido). Isto significa que o mais característico de tais instituições é uma cortante separação entre os que detêm o poder e os que não detêm. Do que se pode também deduzir que a subdivisão dos papéis expressa uma relação de opressão e de violência entre poder e não-poder, que se transforma na exclusão do segundo pelo primeiro: a violência e a exclusão se acham na base de todas as relações suscetíveis de instaurar-se em nossa sociedade".

No entanto, cada experiência de psiquiatria desenvolveu uma estratégia diferente em relação a este jogo de poder institucional, e a estratégia de Basaglia em Gorizia parece ser a de ligar este jogo de poder a outras relações de poder que, do exterior do asilo, já determinam a segregação de um indivíduo como doente mental.

Assim, uma sociedade que se basearia na violência estende a concessão de poder aos técnicos que a gerirão em seu nome e criarão novos excluídos a partir da violência técnica. Ou seja, para Basaglia, o psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de empresa, o sociólogo industrial, os novos administradores da violência do poder, perpetuam a violência global ao aparar as arestas, dissolver as resistências, desfazer os conflitos nas instituições.

A resposta a esta situação seria, em lugar de procurar soluções fáceis, tomar consciência desta situa

ção, recusar o mandato social, negar as classificações no-
sográficas, recusar uma situação apresentada como dada,
acordar no paciente um sentimento de oposição ao poder, fa-
zer aparecer as contradições, assim evitando a cristaliza-
ção de papéis, informar o doente da natureza de sua doença
e do que fez a sociedade ao excluir.

2.4. A psiquiatria em questão

Situado na chamada corrente da anti-psiqui-
atria, Laing tem também sua estratégia face aos jogos de
poder. Sua experiência em Kingsley Hall (1965-1970) pare-
ce ter como objetivo o estabelecimento de um lugar privi-
legiado onde os jogos de poder devem estar suspensos e de-
vem ser recusados, se reconstituídos. Proporcionava-se às
pessoas, que de outro modo seriam consideradas gravemente
psicóticas a ponto de serem internadas, a possibilidade de
viver juntas num plano de igualdade com os que cuidavam
delas.

Por que esta experiência? Ainda que em
O Eu Dividido (1959) Laing ainda não tivesse rejeitado o
conceito de psicose, já colocava o papel do médico, do seu
poder, na formulação da doença. "O comportamento do paci-
ente é, até certo ponto, uma função do comportamento do
psiquiatra no mesmo campo comportamental. O paciente-padrão
de psiquiatria é uma função do psiquiatra-padrão e do mani-
cômio-padrão"⁵².

Mas já em 1969, The Politics of the Family⁵³,

para Laing a única diferença entre as pessoas tidas como esquizofrênicas e as outras estava nas exigências excessivas que, através das famílias, a vida lhes impunha e na reação que tiveram a estas exigências. Friedenberg⁵⁴, interpretando as idéias de Laing, considera que se poderia dizer que "a personalidade humana desenvolve-se em cada um de nós à medida que respondemos às situações particulares de poder em que nos encontramos".

A partir daí, o diagnóstico psiquiátrico é considerado um ato essencialmente político: "A 'esquizofrenia' não existe como 'condição', mas apenas como rótulo de um fato social e, como fato social, é um evento político"⁵⁵. A entrevista psiquiátrica, base para o encaminhamento à internação é uma "cerimônia de degradação", que inicia a pessoa em seu papel subhumano de paciente. A categoria de doença mental seria mesmo inventada pelos psiquiatras para aumentar seu "status" e poder. Assim, a psiquiatria seria mais repressiva, coerciva e política do que psicológica, já que é meio de controlar e excluir pessoas. "Esse evento político (o diagnóstico), ocorrendo na ordem cívica da sociedade, impõe definições e consequências à pessoa rotulada ... A pessoa rotulada é iniciada não só num papel, mas também numa carreira de paciente, pela ação combinada de uma coalizão (uma 'conspiração') de família, médico-assistente ... outros pacientes ... é rebaixada de seu pleno status existencial e legal como agente humano e pessoa responsável, despojada de sua própria definição de eu, impossibilitada de reter seus próprios bens, impedida

de exercer seu discernimento para decidir com quem se relaciona e o que quer fazer. Seu tempo já não lhe pertence e o espaço que ocupa não é de sua própria escolha..."⁵⁵. Como o diagnóstico, a entrevista e o tratamento são também manobras políticas.

Mas a antipsiquiatria de Laing e Cooper, como mostra muito bem C. Delacampagne⁵⁶, não é só um movimento de reação contra os erros ou abusos da psiquiatria oficial e da psicanálise, é também uma visão de mundo. A renovação dos métodos psiquiátricos não é seu único objetivo.

Cooper⁵⁷, através da sua estratégia de balizar as relações de poder uma a uma e destruí-las progressivamente dentro de uma instituição de tipo clássico (Pavilhão 21), assim como Laing, persegue outras consequências.

Ser nós mesmos, amar-se a si mesmo, viver totalmente são os seus três imperativos hipotéticos, colocados em La mort de la Famille⁵⁸. Amar a si mesmo é condição para amar o outro e se opõe a perder-se no outro. Viver totalmente seus desejos, viver plenamente o amor e a morte este seria o princípio e o fundamento de qualquer revolução para Cooper. Esta revolução passará por três etapas. A primeira é a revolução do amor, a segunda é a da loucura e a terceira a política propriamente. Ela se faz ainda em dois planos: um micropolítico, que diz respeito às relações de cada um consigo mesmo, as relações com os outros, pessoais dentro de pequenos grupos, relações pouco estruturadas. Um plano macropolítico, que implica

a ação revolucionária de massa, a começar pela resistência passiva. Esta por sua vez se justifica porque o poder é uma ilusão. O poder não deve ser tomado, deve ser deixado, aos paranóicos.

Procuramos aqui dar uma idéia, ainda que bastante geral, das principais análises de instituição médica e relação médico-paciente que levam em consideração o problema do poder. Sua utilidade para nossa análise, no entanto, é bastante restrita, dada a especificidade que guardam por respeito à psiquiatria e a doença mental, que colocam questões a nosso ver bastante diferentes das colocadas pela doença em geral, o hospital e o médico não ligados à psiquiatria.

Ora, por outro lado, a observação destas análises chama a atenção para algumas dificuldades que qualquer análise deste tipo coloca.

Em primeiro lugar a dificuldade de articular a instituição ou as relações analisadas ao restante do todo social. Em praticamente todas as análises, fala-se de um hospital ou de um psiquiatra que serve a uma sociedade de forma bastante generalizada e simplista. Em segundo lugar, a política ou o político, tantas vezes reclamados, permanecem também generalidades, uma vez que não articulados a outras instâncias num todo complexo. Além do que se tudo pode ser chamado de político, o político perde a capacidade de explicar ou diferenciar relações.

Esta confusão fica bem expressa nas afirmações de que a psiquiatria, por exemplo, entre outras coi

sas, é repressiva. Sabendo-se que, nas nossas formações sociais, os aparelhos repressivos são os exércitos e as polícias, percebe-se o quanto esta adjectivação serve apenas para confundir e não traz nenhum conhecimento novo sobre as instituições em estudo. Situar, estabelecer as diferenças, parece ser o grande problema e não ao contrário igualar, generalizar. A que vêm as instituições psiquiátricas, especificamente? Como realizam suas funções? Seriam questões a responder.

Não sendo assim, estas análises são apenas a análise de maus funcionamentos, ou maus usos de instituições, caindo fatalmente no moralismo, nas utopias.

3. Os centros de poder e o poder médico

Situado o marco conceitual dentro do qual tentaremos uma análise da "relação médico-paciente", através do levantamento das diferentes noções de poder e de sua crítica, bem como de algumas análises feitas sob este enfoque, chegamos a alguns pontos. Poder, ou relações de poder, dizem respeito não as relações interpessoais, mas à relações sociais, cuja análise não pode ser feita fora do todo social onde se travam. A abstração deste todo leva a uma simplificação das análises, a uma distorção, em prejuízo do conhecimento que se pretende.

D. Deleule⁵⁹ coloca isto inclusive como um dos problemas da psicologia e da sociologia. Para ele "é o psicólogo que, pelo exercício desta colocação entre parênteses (dos modelos sociais), cria o objeto da psicologia, a saber o comportamento individual".

Um exemplo disto, por outro lado pode ser encontrado em Bleger⁶⁰, que, trabalhando o que ele chama de Psicologia Institucional, pretende manter seu objeto abstraido do todo social. Diz ele: "Não nos interessa a origem e a estrutura das instituições em relação aos processos das instituições em relação aos processos básicos de produção, distribuição da riqueza e controle do comportamento dos seres humanos".

Por outro lado, a simples utilização de um conceito bem construído, que não ponha entre parênteses o todo social, não é suficiente para validar a análise. Não basta dizer que relações sociais são relações de poder para que se possa compreender a natureza destas relações, mesmo esvaziadas de seus conteúdos de interessoalidade, voluntarismo, etc. Aqui também se corre o risco da simplificação.

Assim é que, dando mais um passo, vamos procurar situar o que chamamos de "relação médico-paciente" como relação de poder. Onde isto se dá e como.

3.1. A reprodução do ideológico. Os aparelhos ideológicos

Dada uma formação social qualquer, sabe-se que as condições de sua sobrevivência estão na reprodução de suas condições de produção. Esta dada formação social deve portanto reproduzir suas forças produtivas e as relações de produção existentes.

No que diz respeito à reprodução das condições materiais não é difícil entender. No que diz respeito, no entanto, às forças produtivas, isto não é tão claro. Como se verá, isto se dá essencialmente fora da empresa e não diz respeito ao que se convencionou chamar, isoladamente, de econômico. A reprodução se faz através do salário, é verdade, que assegura condições materiais de sobrevivência, mas também da qualificação e da submissão às regras da ordem estabelecida. São portanto todos os níveis da estrutura que se reproduzem: o econômico, o político e o ideológico, e é deste último que nos ocuparemos.

Este ideológico, ou ideologia em geral, como nível ou instância da estrutura pode ser assim definido: sistema de representações indispensável a toda sociedade para formar homens, transformá-los e colocá-los em condições de responder às exigências de suas condições de existência. A ideologia em geral se distingue evidentemente das ideologias concretas, mas sem o seu conceito é impossível analisá-las. Como indispensável a toda sociedade, ela é sempre encontrada em qualquer formação social.

O ideológico, por outro lado, não deve ser

confundido com "belas mentiras" ou "racionalizações" de interesses econômicos e políticos. Não se trata de uma arma cínica para mistificar, como frequentemente se pretende. O ideológico deve ser incluído no real que se pretende analisar. Não se trata de procurar uma representação adequada do real, mas de explicar os mecanismos das diferentes formas de apropriação do real, sejam ideológicas ou outras formas teóricas e práticas. O problema está em ver a ideologia como representação imaginária das condições político-econômicas reais. Ela é, na verdade, a representação das relações, elas sim imaginárias, dos homens com as suas condições reais. Ela é, portanto, real, material e eficaz.

Como "cimento da sociedade" permite aos indivíduos aceitar as tarefas que lhes são efetivamente designadas, na medida em que fornece as normas, regras e conhecimentos necessários a suas condutas, ou seja, uma representação teórica e prática que "espontaneamente" torna necessárias e normais estas tarefas. É na e sob a ideologia que os indivíduos representam seu lugar, ela é a relação com o mundo no mundo, a "preparação para a vida". É ainda nela que os indivíduos vivem-suportam-resolvem os conflitos que decorrem da discrepância entre as representações que eles se fazem da sociedade e a posição que são efetivamente chamados a ocupar. Ela impregna todas as suas atividades, uma vez que é o homem dizendo ao mundo o que o mundo lhe parece ser. É neste sentido que ela é real.

Resta ainda esclarecer o que se entende aqui por imaginário. Não se trata de uma noção vinda da psicologia individual ou social, nem de caráter inconsciente ou consciente. Na verdade, esta relação (de imaginário) é produzida por um efeito de reconhecimento/desconhecimento, que tem como função manter a coesão social. Reconhecimento-desconhecimento são dois lados de um mesmo efeito.

Ligada ao real, a ideologia diz respeito sempre às condições de existência, possibilitando sua apreensão e a possibilidade de intervir sobre elas. Não sendo um produto da imaginação, há sempre um movimento de vai-e-vem ao real. Sua apreensão deste real, no entanto, se faz num movimento de reconhecimento que confirma as visões já existentes. Conhece-se o real para reconhecer (reencontrar) nossas próprias visões, de onde o efeito de desconhecimento, uma vez que sua função prático-social substitui uma função teórica ou de conhecimento. De onde aliás sua eficácia. Ela é, finalmente, o que os indivíduos pensam, já que ela é aquilo dentro de que eles pensam.

Definido no seu sentido geral, o ideológico no entanto assume sempre formas materiais, objetivas, concretas: as ideologias, que estão ligadas a atitudes, condutas, práticas reguladas por rituais, códigos, definidos estes por instituições. Estas atitudes, condutas, etc., compõem um quadro coerente e eficaz historicamente situado. Estes quadros ou conjuntos é que integram o que se convencionou chamar aparelhos ideológicos, ou seja, a realização da ideologia dominante. Estes sistemas, melhor

dizendo, asseguram, por meio de práticas, atitudes, comportamentos, códigos, discursos, rituais, instituições e formas organizacionais, a reprodução ideológica das relações de produção numa sociedade.

L. Althusser⁶¹ propõe uma lista provisória de aparelhos ideológicos encontrados nas sociedades capitalistas (o religioso, escolar, familiar, jurídico, político, sindical, de informação, cultural), lista esta que ele considera incompleta e a retificar.

A esta lista tentaremos acrescentar o aparelho médico e é dentro deste aparelho que analisaremos a "relação médico-paciente".

3.2. O aparelho médico

A pergunta primeira que se coloca é se se pode falar num aparelho médico. Na medida da definição antes exposta, a resposta parece ser afirmativa. Trata-se na verdade de um sistema que por meio de práticas (técnicas), atitudes, comportamentos, códigos (a ética médica, estatutos de regulamentação da profissão, etc.), rituais (o vestuário, a postura, etc.), discursos (um vocabulário técnico bastante especializado, um tipo de sequência de raciocínio e atuação, ou seja, uma forma própria de pensar, falar e atuar sobre os corpos), instituições (hospitais, ambulatórios, consultórios) e formas organizacionais, assegura a reprodução ideológica das relações de produção numa sociedade.

Como isto se dá é a nossa segunda questão, que requer no entanto uma reflexão sobre os aparelhos em geral. Os aparelhos ideológicos em geral, ao reproduzir o ideológico das relações de produção o fazem de duas maneiras, assim divididas para efeito didático: uma que é comum a todos e outra específica a cada um. Ou seja, algumas tarefas são comuns a todos os aparelhos, ou quase todos, ainda que desenvolvidas de forma específica, e outras são próprias a cada aparelho. Assim, podemos dizer que a qualificação e a submissão são asseguradas pelos aparelhos ideológicos na sua totalidade, enquanto a conservação e a reparação da força de trabalho são asseguradas pelo aparelho médico.

Que se entende por qualificação-submissão? Não se trata evidentemente de uma qualificação puramente técnica e profissional, que aparentemente só a escola produziria. Trata-se de uma qualificação social. O aparelho escolar, único já estudado detalhadamente⁶², pode nos dar um exemplo. Preparar-se para a profissão de engenheiro implica tanto a aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos, quanto a assimilação de um conjunto de condutas (saber falar aos operários para ser obedecido), regras morais e profissionais (culto da competência e dos especialistas), valores (superioridade do trabalho intelectual sobre o manual). Alguém se diploma em tudo isto ao mesmo tempo. Na família, na escola, na igreja, nos partidos, nos sindicatos, etc., prepara-se sempre alguém para alguma coisa, mas sobretudo para funções e papéis no sistema social. Assim

a reprodução da qualificação da força de trabalho corre ao lado da reprodução de um conjunto de normas, práticas e condutas. Este conjunto diz respeito sobretudo a uma representação socialmente determinada de seu lugar e funções. Isto quer dizer que a qualificação é reproduzida na sua submissão à ideologia dominante. Ou seja, qualificação-submissão é uma só e mesma operação técnico-social.

Portanto, também o aparelho médico qualifica-submete, senão no sentido estrito em que a escola e a família o fazem, ao menos no sentido amplo, reproduzindo as condições éticas, jurídicas, profissionais, culturais que mantêm e desenvolvem a qualificação-submissão.

Na verdade, se o aparelho escolar, com as suas duas redes (primário-profissional e secundário-superior) visa formar, com a primeira, proletários submetidos à ideologia dominante e, com a segunda, intérpretes ativos desta ideologia dominante, o aparelho médico vai manter através de seus mecanismos próprios estes lugares.

Esta qualificação-submissão se realiza no que se poderia chamar de formação de sujeitos. Não que alguém possa não ser sujeito e passe a sê-lo a um dado momento. Os indivíduos são sempre já sujeitos, uma vez que têm sempre critérios e princípios que lhes permitem ter um lugar nas relações de produção. Ao entrar no que se chama a vida profissional, o indivíduo possui já uma bagagem acumulada pela família desde antes de seu nascimento. Assim, as normas e condutas não se acrescentam a um sujeito, que já existiria e sofreria sua influência, não ocorre uma interior

rização de normas, porque o sujeito só existe como portador de normas e realizador de condutas. É nos aparelhos que os sujeitos são então constituídos, na família inicialmente, e continuam a se constituir. Chama-se de interpeção o mecanismo desta constituição.

Ser interpelado é ser chamado pelo nome que o aparelho familiar deu a um indivíduo que chamou a nascer para ocupar um lugar familiar-social preciso. Ser interpelado, portanto, marca já o permitido e o proibido, o normal e o anormal, na conformidade com as instituições e hierarquias. Assim, o indivíduo-sujeito é portador de normas, princípios, direitos e deveres que lhe permitem assumir seu papel como está previsto pela ideologia dominante no modo de produção. Na escola os indivíduos são interpeçados como sujeitos-alunos; são bons ou maus alunos, sérios ou problemáticos, conforme os critérios do aparelho escolar. No aparelho médico, eles são interpeçados como sujeitos-pacientes, bons ou difíceis, também segundo seus critérios. Estes critérios, por sua vez, não são nem arbitrários, nem irracionais, mas eficazes e dizem respeito não só a uma situação futura, mas também a uma situação atual. Não se trata apenas do que o indivíduo será, mas do que deve ser no presente: passivo e obdiente ou participante e criativo. É-se interpelado pelos aparelhos para contribuir a cada momento para a reprodução social.

3.3. A qualificação-submissão no aparelho médico

O aparelho médico realiza esta qualificação-submissão, através de sua própria interpelação, de uma forma que lhe é particular. Atribuindo-se, aliás como os demais aparelhos, não uma função de reprodução, mas uma função de "cura" ou "assistência" ao corpo (como aliás o aparelho religioso, que se atribui a "salvação" das almas), assegura uma qualificação-submissão-resignação, ou seja, a submissão levada a seus limites (como aliás também o aparelho religioso). Muitos autores levantaram esta proximidade. Gramsci⁶³, que se preocupou inicialmente com os aparelhos ideológicos, é um deles. "Para o estudo de uma categoria desses intelectuais, a mais importante, talvez, depois da 'eclesiástica', pelo prestígio e pela função social desenvolvida nas sociedades primitivas - a categoria dos médicos em sentido lato, isto é, de todos aqueles que 'lutam' ou parecem lutar contra a morte e a doença ... Recordê-se que houve conexão entre a religião e a medicina e que esta conexão continua a existir".

Mas o aparelho médico tem como função específica o que chamamos de conservação-reparação da força de trabalho, assim como o escolar aquilo que Establet chamou de distribuição material ou repartição dos indivíduos nos dois pólos da sociedade. Também a conservação-reparação se faz do efeito de sujeito quando e como classe e diz respeito não só à conservação-reparação técnicas, instrumentos agindo sobre corpos, mas à conservação e re-

paração de certa representação social. Assim como na escola não há aprendizagem de teoria ou de técnica sem aprendizagem de um certo "savoir-faire", também no aparelho médico não há conservação-reparação sem conservação deste "savoir-faire".

3.4. A conservação-reparação

Como aparelho ideológico do Estado, o aparelho médico mobiliza-se sempre de acordo com o estágio de desenvolvimento das forças produtivas e com as relações de produção que deve reproduzir. Isto é importante porque a compreensão do funcionamento do aparelho deve correr paralela à compreensão do modo de produção e da formação social de que se trata, uma vez que o aparelho é a materialização da ideologia em condições concretas. Assim, dado o estágio de desenvolvimento das forças produtivas, o aparelho pode funcionar como compensador e controlador das flutuações do exército industrial de reserva (os desempregados) funcionando menos como conservador-reparador da força de trabalho (Operário só tira férias quando adoece, diz um provérbio). Isto não deve, no entanto, ser confundido com um mau funcionamento do aparelho, mas sim entendido no quadro da formação social em questão. Assim, não deve ser vista como uma contradição, por exemplo, que num hospital universitário nesta cidade, um programa de hemodiálise e transplante renal que se propõe a tratar sujeitos com o propósito de reintegrá-los ao trabalho, faça seus pacientes

permanecerem no hospital durante três tardes por semana. A formação social brasileira pode ser considerada como, até bem pouco tempo pelo menos, num estágio de desenvolvimento de suas forças produtivas em que o aparelho médico talvez não esteja plenamente empenhado na recuperação-conservação, dado o excedente e o baixo custo desta força de trabalho. É como na escola, onde muitas vezes o aumento da escolaridade obrigatória na rede primária-profissional vem atender a uma necessidade desta ordem (o sursis do trabalhador).

T. Szasz⁶⁴ mostrou como isto se dá nos EUA na área da saúde mental. "... nos EUA a hospitalização mental serve a duas funções sócio-econômicas. Primeiro, definindo as pessoas nos hospitais mentais como incapazes para o trabalho ... o sistema de assistência de saúde mental serve para diminuir nosso índice nacional de desemprego; ... Segundo, criando uma vasta organização de hospitais psiquiátricos e instituições afins ... provê emprego".

No entanto, voltaremos a este assunto, quando comentarmos as reformas e modernizações do aparelho médico, que se fazem sempre em função, não é demais lembrar, das necessidades do aparelho de estado, que aliás é que traça as normas do aparelho médico via ministérios, secretarias de saúde, planejamentos e políticas de saúde, etc.

3.5. A ideologia do aparelho médico

Cabem agora aqui algumas considerações so-

bre como o aparelho médico se coloca, com a finalidade de melhor entender as relações que pretendemos analisar. Em primeiro lugar ele se coloca como de assistência. Seja a medicina preventiva ou curativa, suas práticas são hoje de assistência. É sempre uma equipe de saúde que orienta, informa, etc., uma população com vistas mesmo à prevenção. Aparelho de assistência, ele se apresenta espontaneamente sob a figura da unidade (como aliás também a escola). A "medicina" é uma só. A doença aliás também como veremos no caso do diabetes. Esta unidade não só é proclamada, como também é uma meta. O que quer dizer esta unidade? Ela quer dizer que apesar da diversidade e desigualdade de suas instituições - estabelecimentos de diferentes níveis e especialidades - o aparelho médico está organizado segundo um plano único. Todos os seus lugares trabalham por um objetivo único: dar assistência, curar, prevenir, etc. Ou seja, apesar da diversidade de assistências que o aparelho médico dispensa em lugares e a indivíduos diferentes, estas assistências constituem um todo. Há uma continuidade entre elas. Pelo menos deve haver.

Como esta imagem é uma imagem ideal ela precisa ser reafirmada e o é através de representações como a dos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária, que nada mais são do que a prevenção propriamente dita, a terapêutica e a reabilitação) e a dos níveis de assistência (o posto médico, o hospital rural, o hospital regional, o hospital universitário; pirâmide onde vai se sofisticando a assistência e na qual se ascende conforme a complexidade

do problema a ser tratado). As diferenças portanto existem, mas não comprometem o sistema, ao contrário, dão-lhe uma base natural, uma vez que as diferenças se atêm à complexidade maior ou menor da doença, aqui correlacionada com a maior ou menor sofisticação dos meios de tratamento. Não importa se todos não passam por todos os níveis quando necessário, isto se deve a outros fatores (recursos, por exemplo) e não dizem respeito ao aparelho em si.

A seu ver, o aparelho médico representa o lugar privilegiado, onde, diante da objetividade do saber, as diferenças devidas à origem familiar, profissional, etc. desaparecem ou devem desaparecer. Trata-se de um lugar neutro, porque técnico. Rever esta representação que o aparelho médico faz de si mesmo não significa encontrar as imperfeições da assistência, nem dizer que a unidade ainda não foi atingida. Supõe que se considere sua realidade contraditória não como imperfeição, restos do passado ou reação à modernização, mas como um conjunto de contradições necessárias que têm uma função histórica determinada e que se explicam pelas condições materiais de existência numa formação social.

Em continuidade com a escola, divisora e não unificadora, o aparelho médico é mantenedor desta divisão na medida em que tem suas próprias redes, a ser diferenciadas, onde a assistência se faz com objetivos e formas diferentes. Não se trata aqui de uma diferenciação entre rede pública ou particular, na verdade uma distinção sem grande significação, originária do direito. Na verdade o Esta-

do não intervêm onde o privado está apenas encarregado de desempenhar tarefas complementares a sua. Gramsci⁶⁵ chamou a atenção também para algo importante aqui. Fica mais perto do Estado aquilo que precisa ser mais vigiado: a escola primária, a assistência médica de massa.

Trata-se na verdade de uma divisão ao nível de uma assistência de massa e de outra não de massa. Bastaria lembrar que é com a socialização das forças produtivas, na era industrial, que com a valorização e a preocupação maior com os custos da força de trabalho e os custos dos soldados, quando se organizam os exércitos regulares, que vai haver a grande estruturação dos hospitais e o fortalecimento e reorganização do aparelho médico. M. Foucault⁶⁶, a partir do levantamento minucioso que fez das formas e instituições psiquiátricas, mostra com bastante clareza as transformações ocorridas. O grupo Recherches⁶⁷, seguindo a linha de trabalho de Foucault vai analisar o que eles chamam de "equipamentos médicos". Assim, por exemplo, é colocada a existência da assistência: "A assistência é coisa recente no Ocidente; foi necessário, para aparecer no fim do século XVIII, se desligar da pobreza. É desta quebra, desta dissociação da doença e da indigência, que surgiu o hospital - lugar de assistência".

Muita coisa haveria a dizer ainda aqui se este fosse um trabalho exclusivamente sobre o A.M.. Pretendemos, no entanto, apenas colocar marcos para a discussão da "relação médico-paciente".

Não se trata aqui de dizer, de forma sim-

plista, que existem formas diferentes de tratar o burguês e o proletário e sim de como as diferentes redes ao conservar-reparar o fazem ideologicamente de forma diferente, uma vez que se trata de reproduzir-manter lugares. Veremos mais tarde como isto se dá.

Como funciona então este aparelho médico? Escudado nas ilusões de objetividade, neutralidade, igualdade, unicidade, dadas pelo caráter técnico da assistência (que recalca o ideológico) o aparelho médico está à vontade para exercer seu papel na manutenção da representação social. Na medida em que interpela o sujeito-paciente a partir de seus critérios próprios é que o aparelho médico conserva-repara estes lugares e funções, inculcados na família e na escola. Trata-se agora do presente: como o sujeito-paciente contribui para a reprodução social?

Inculcada de forma diferente no aparelho escolar a ideologia dominante será cobrada de forma diferente no aparelho médico. Trata-se de manter na burguesia intérpretes ativos da ideologia burguesa, através de uma assistência não de massa, onde o ritual, as posturas, o discurso, o vocabulário, a instituição são adequados ao reforço deste papel ativo. Ao mesmo tempo trata-se, na assistência de massa, de manter a submissão a uma ideologia dominante através de condutas e práticas que reforcem este papel passivo. (Aceitação-resignação).

Em outras formações sociais podemos encontrar exemplos de como isto se dá. Polack descreve a situação na formação social grega nestes termos: "... esta me-

dicina difere já e não somente em sua prática, segundo a origem social do paciente. Os escravos não podem receber cuidados dos esculápios instruídos em Cós, Cnide, Cyrene ou Sicília. Na maioria das vezes confiam seus sofrimentos a empíricos, antigos escravos de médicos. A relação verbal reduzida a quase nada, deixa lugar a uma terapêutica intuitiva e estereotipada, centrada no marco da norma, do modelo natural, da 'physis' ... a medicina dos homens livres e ricos (é) um sistema complexo, implicando ao mesmo tempo processos pedagógicos, ... sugestão psicagógica e sobretudo a individualização biográfica do tratamento".

Jã Caro⁶⁹ mostra isto em nossos dias. "Na consulta ou na visita matutina no hospital, desenvolveram uma medicina rápida; muito distantes, às vezes davam a impressão de desprezar o doente. Em seu consultório particular, à tarde, se os via muito amáveis".

Nesta tarefa tem enorme importância o papel que se atribui o aparelho médico de colocador de normas. Trata-se o tempo todo do que é ou não normal ou patológico, ou seja de uma assistência normativa. O núcleo de idéias que constitui a assistência normativa, por sua vez, é sempre socialmente determinado, ou seja histórico, transitório, característico de uma formação social, e expressa o ponto de vista de uma só classe, ou seja não tem nada de científico, sendo estritamente ideológico.

É importante lembrar aqui Canguilhem⁷⁰, no seu estudo sobre o normal e patológico. Ele mostra que a identificação entre o ideal e a média, sob o nome de nor

ma, data do início do século XIX, data capital na dominação da burguesia. Antes desta época nenhum médico ou pedagogo raciocinava ou dirigia sua prática nestes termos.

É no contexto do normativo inclusive que se dá todo um recalçamento. O aparelho médico, por exemplo, quando traça as normas do que é uma vida sadia (alimentação, repouso, trabalho, hábitos, atividades) o faz no discurso da ideologia dominante, ou seja, num discurso que para o proletário não fala nem dele, nem de suas condições materiais de existência, nem de sua experiência do dia-a-dia. Trata-se de um discurso ainda que, ao recalcar os problemas reais, tem um efeito de infantilização.

No entanto, o aparelho médico não pode ser descrito em termos de sistema, como uma máquina bem azeitada, com lógica própria e perfeitamente adaptado ao conjunto do sistema econômico e social, mas sim como uma prótese, destinada a garantir bem ou mal a dominação contra um adversário. Na verdade, ainda que recalçada, existe uma ideologia proletária que se opõe à dominante. Disto se seguem duas consequências: o aparelho encontra resistência e deve promover reformas. As resistências, como no aparelho escolar, se encontram sob as mais diversas formas que vão desde a indisciplina ou resistências à disciplina (não seguir prescrições médicas por exemplo), à evasão (abandono de tratamento), questionamento, recusa na utilização dos discursos ou termos próprios do aparelho ou na aceitação da sequência exigida pelo raciocínio (falar de suas queixas em termos vagos e próprios, contar sua história sem seguir

o esquema da anamnese, apesar de instado a isto), até o insulto ou mesmo a violência. Estas resistências encontram hoje grande ressonância entre intelectuais, que inclusive se fazem seus porta-vozes. I. Illich⁷¹ é um exemplo disto, quando analisa a instituição médica como ineficaz e mesmo condenável, assumindo uma posição classificada como de antimedicina.

As reformas decorrem da necessidade de uma atualização constante em relação ao desenvolvimento das forças de produção e da necessidade de fazer frente às resistências e se expressam em novos planejamentos de saúde, em novas formas de manipulação (praticar métodos ativos que façam o paciente participar, métodos hoje em moda, já aplicados nas empresas americanas na década de 40, em função das necessidades do aparelho econômico nesta formação social).

Aqui a psicologia teve e tem um papel importante. O conflito visto como destruidor, ameaçador das instituições, leva à necessidade de eliminá-lo. E participação é a chave mágica desta solução desejada. Allport⁷², um dos mais importantes psicólogos americanos contemporâneos, dá sua contribuição ao problema distinguindo "atividade" de "participação" e tirando suas conclusões. "A atividade só não é a participação. A maior parte de nossos concidadãos gira em círculos no sistema sem engajar seus próprios egos mesmo nas atividades vitais que lhes concernem em primeiro lugar.

Quando o ego não está efetivamente engajado.

do, o indivíduo reage. Ele vive uma vida de incômodo protesto, encontrando saída nas queixas, nas greves e sobretudo no bode expiatório"...

Já vimos, no capítulo 2, o papel que tiveram as concepções e experiências que se valem da participação. M. Jones⁴⁴ talvez seja, dentre os citados, o que mais valoriza esta possibilidade.

H.S. Sullivan⁷³, na psicanálise, levantou também o problema da participação e veio a influenciar bastante as concepções do próprio Laing. Para Sullivan, o processo essencial da terapia é o que ele chama de "validação consensual". Por este processo o terapeuta torna-se um observador participante e deixa de ser um mero observador distante.

3.6. Os operadores do aparelho médico

Este mecanismo, no entanto, não funciona sozinho; ele implica em que opere uma força de trabalho especializada que, no aparelho médico, são os médicos, que servem junto ao aparelho. Isto não quer dizer que sejam eles que fundam o aparelho. Como aparelho ideológico do Estado, o aparelho médico, ou melhor seu funcionamento, é regulado e controlado ao nível do próprio aparelho de Estado. Acima dos médicos está todo o pessoal da administração de saúde (diretores de hospitais, ambulatorios, etc., chefes de serviços, etc.) e toda a administração do Ministério da Saúde nacional e o próprio governo que decide a

orientação da "política" de saúde e controla sua aplicação.

Os médicos são a última peça desta cadeia e por esta posição têm ao mesmo tempo uma condição subordinada e privilegiada. Seu trabalho está inscrito em estreitos limites e é controlado para que seja apenas a aplicação das diretrizes que regulam o funcionamento do aparelho. Mas ele é controlado porque é a seu nível que se dá o trabalho ideológico.

Temos ainda aqui alguns elementos que compõem o aparelho e que devem ser mencionados: pessoal ligado a serviços de saúde (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, serventes, técnicos), aparelhagens e medicamentos, edifícios. Todos estes elementos mediam e configuram a "relação médico-paciente".

Cabe agora um esclarecimento: falar e colocar como centro esta relação, que até agora colocamos entre aspas, equivale a uma estratégia para falar da complexidade do aparelho, uma vez que nesta relação temos o operador do aparelho (o médico) e os que são qualificados-submetidos por ele (os pacientes). No entanto, esta expressão foi utilizada na maior parte das vezes como forma de não levar em conta ou mesmo de esconder as contradições do aparelho.

Não se trata portanto de um discurso moral, para culpar ou desculpar os médicos, mas de saber o que condiciona na nossa sociedade sua maneira de preencher sua função. Uma outra forma de discurso, que em última instância acaba sendo moral, é aquela que já apontamos quando nos referimos à antipsiquiatria. Trata-se do discurso que, na

falta de um quadro mais complexo, simplifica a questão acusando os médicos de repressores, etc. É o caso de Deleuze⁷⁴, que num debate com M. Foucault afirma: "Todas as espécies de categorias profissionais vão ser chamadas a exercer funções policiais cada vez mais precisas: professores, psiquiatras, educadores...".

Quem é então este médico? Caracterizado, ou melhor, enquadrado como um profissional liberal dentro das categorias sócio-profissionais, ou seja, como um grupo social diferenciado, relativamente estável da sociedade capitalista moderna, é no entanto por respeito às relações de produção nesta sociedade que nos interessa caracterizá-lo. Dentro deste marco teórico que lugar ele ocupa? Como membro da pequena burguesia seu lugar é definido a partir de três questões, a saber, a oposição trabalho manual x trabalho intelectual, a do monopólio e segredo do saber, e do exercício do poder.

Entende-se aqui por oposição entre trabalho manual e intelectual o fato de que enquanto o processo de trabalho foi puramente individual, ele reuniu funções que depois se separaram, ou seja, o processo de trabalho que reunia o trabalho intelectual e o manual, no trabalho coletivo, vai vê-los se separarem numa contradição antagônica. Este antagonismo se situa na socialização capitalista do trabalho, e da máquinas, e está diretamente ligado à questão do trabalho parcelar. Separado dos meios de produção, o trabalhador não decide mais intelectualmente sobre o trabalho global.

O trabalho intelectual passa a ser então atribuição da pequena burguesia (engenheiros, técnicos), que funciona então como representante da burguesia.

Esta divisão está então diretamente ligada ao monopólio do saber, forma de apropriação capitalista dos conhecimentos científicos e de reprodução das relações ideológicas de dominação-subordinação, pela permanente exclusão dos que não sabem ou não devem saber. Por sua vez, é no monopólio do saber, ou ainda no segredo do saber, que os médicos sempre defenderam de forma particularmente eficiente, que se ancora o exercício da autoridade. Esta articulação é importante para que "saber é poder" não seja apenas uma frase. Esta fração de pequena burguesia — funcionários da ideologia ou operadores do aparelho, no caso o médico, ainda que subordinados, na medida em que operadores — detêm, em relação aos que lhe são submetidos, uma parcela deste segredo do saber que legitima a parcela de autoridade delegada que exerce.

Recrutado na pequena burguesia, através de uma escolaridade da rede secundário-superior, o médico vai operar então como sujeito do aparelho médico. É do aparelho escolar, portanto, que ele traz o lugar, o papel, os rituais que vai reproduzir e através dos quais vai manter as relações ideológicas.

Seria interessante por isso ver alguma coisa sobre a formação médica. Evidentemente, ela se coloca como uma formação técnico-científica. Mas, também, evidentemente, ela é mais do que isto. Não são apenas as matérias

do currículo que são ensinadas e mesmo este currículo é bastante esclarecedor. Desde o início tudo conspira para que se tenha a idéia de que doença e paciente são algo abstrato, fora de condições materiais reais. Assim no currículo de uma das escolas médicas desta cidade, em 1140 horas-aula do 1º ano, encontramos 120 apenas que de longe diriam respeito a estas condições (Fundamentos de Saúde da Comunidade e Ciências do Comportamento Humano), na 2.^a e 3.^a séries, nada, e nos anos seguintes já as especialidades. O currículo completo é o seguinte: 1.^a série - Metodologia Científica, Genética, Biologia Celular, Fundamentos de Saúde da Comunidade, Anatomia I, Biofísica, Bioquímica, Anatomia II, Histologia e Embriologia, Ciências do Comportamento Humano; 2.^a série - Microbiologia I, Parasitologia, Patologia e Fisiopatologia I e II, Fisiologia I e II; 3.^a série - Clínica Médica, Psicologia e Psicopatologia, Anatomia e Fisiologia Patológicas, Microbiologia II; 4.^a série - Pediatria e Puericultura, Higiene, Medicina Preventiva e do Trabalho, Cardiologia, Tisiologia e Pneumologia, Psiquiatria, Farmacologia, Doenças Infecciosas, Dermatologia e Sifilografia; 5.^a série - Clínica Cirúrgica, Medicina Legal, Ginecologia, Urologia, Obstetrícia, Anestesia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia, Neurocirurgia, Neurologia; 6.^a série - Estágio e Internato⁷⁵.

Este currículo, ministrado em horário integral num hospital-escola, faz parte do esforço de abstração da doença e do paciente de um contexto. Normal e patológico, logo, serão os parâmetros de avaliar a realidade e a

isto, quando percebido, se dá o nome de deformação profissional.

Passados os dois primeiros anos de matérias básicas, "teóricas", entra-se na prática. É o contato com a realidade. Os pacientes nas enfermarias. E o trabalho continua. Aprende-se a fazer o exame clínico, também chamado segmentar. Cabeça e pescoço, tórax e assim por diante. Entramos no segundo nível de abstração que vai se sofisticar ainda mais com a especialização. A especialização, com a conseqüente visualização de um órgão ou sistema orgânico, representa a abstração não apenas do "paciente como um todo" ou do "paciente integral", mas a caricatura máxima da abstração do paciente de suas condições reais.

Isto não se faz sem resistências e é destas resistências que decorrem propostas modernizadoras de tratamento do paciente integral, como ser "bio-psico-social", onde se procura basicamente é uma maior eficácia do aparelho, mantidas as suas condições. Assim a Medicina Psicosomática coloca como seu objetivo, nas palavras de Alexander⁷⁰ "o doente enquanto ser humano com suas inquietações, suas angústias, suas esperanças e suas desesperanças, enquanto um todo indivisível - e não unicamente, como portador de órgãos". Se se pode tratar apenas o coração do paciente, com a maior razão pode-se tratá-lo "integralmente", mantendo a abstração, sem caricaturá-la, ou seja, mantendo a neutralidade, a objetividade, na ausência de um conhecimento dos lugares e das condições materiais.

Mas aprende-se outras coisas, o tempo todo.

Aprende-se com o professor, dentro de uma relação de autoridade que se estabelece na própria formação e que está na mística do saber, ou seja, na valorização ideológica do trabalho intelectual, no culto da competência e dos especialistas. Aprende-se, em suma, a ser como o professor.

Para isto todo material está disponível: formas rituais (visitas médicas ao pé do leito do paciente, o professor a frente), vestimentas (em nome sempre de uma justificação técnica), instrumentos, etc. No 3º ano aprende-se Semiologia e Clínica Médica, mas aprende-se soretudo a como se comportar com o paciente. Nas seções clínicas, aprende-se a objetividade (como apresentar um caso como se fosse uma aula teórica sobre uma doença), o culto da tecnologia (os exames mais sofisticados ao lado de uma história onde os chamados dados sociais resumem-se a se o paciente tomou banho de rio (esquistossomose?) ou conhece o barbeiro (doença de Chagas?). E depois de oito anos tem-se um médico, capaz de exercer corretamente o seu papel.

4. A relação médico-paciente segundo M. Balint

Qualquer estudo sobre relação médico-paciente, no entanto, não poderia deixar de mencionar M. Balint. Psicanalista inglês, organizou na Tavistock Clinic, no início da década de 50, seminários dos quais participaram 14 clínicos gerais e um psiquiatra, que tinham como objetivo estudar as implicações psicológicas na prática da medicina geral, cujos resultados foram publicados no seu livro O médico, seu doente e a doença⁷⁷, em 1957, já traduzido em várias línguas. Balint tem hoje muitos seguidores, em quase todos os países, que retomaram a experiência feita e descrita por ele, hoje já chamada de "grupos Balint". Os participantes destes grupos se reúnem em encontros internacionais, onde discutem a experiência.

No Brasil, D. Perestrelo, a partir de 1958 iniciou experiência semelhante quando organizou um Setor de Psicossomática na então I Cátedra de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil, com sede na Santa Casa de Misericórdia. O próprio Balint presidiu seminários nesta clínica em 1961. A maior parte dos médicos brasileiros preocupados com a relação médico-paciente foram aí despertados para ela e sofreram mais ou menos indiretamente a influência de Balint.

O trabalho de Balint é num certo sentido um trabalho pioneiro, num certo sentido porque, apesar de se mover dentro do quadro teórico da psicanálise, sobretudo

com a noção de transferência, é ele quem levanta uma série de problemas que mais tarde servirão de marcos para um estudo da prática médica. Dotado de grande sensibilidade e perspicácia, Balint foi capaz de extrair muitas questões de sua observação e de sua experiência, sem no entanto ter formulado um quadro teórico onde elas pudessem encontrar respostas. Trata-se na verdade de um trabalho mais de questões do que de respostas, o que não o diminui, pelo contrário, uma vez que estas questões serão matéria-prima para desenvolvimentos teóricos mais precisos. Aliás, é ele próprio que ao fim de cada capítulo ou de cada abordagem de um novo tema coloca a necessidade de pesquisas mais profundas e extensas e propõe que outros as façam.

Assim, um primeiro problema é colocado por Balint logo no início do livro, a partir da observação de alguns casos. Algo que ele mesmo teme que surpreenda alguns colegas: "Pensamos que certas pessoas que, por uma ou outra razão, não podem afrontar os problemas de sua vida, resolvem isto caindo doentes" (p. 26). Trata-se aqui da doença como dificuldade de afrontar a vida, mas sobretudo de afirmar que não é apenas (se assim se pode dizer, dada a sua complexidade) com a doença, na sua objetividade aparente, que o médico vai ter que lidar, mas com todo um quadro onde ela se dá ou onde ela encobre outras queixas, outras insatisfações. A que, portanto, está sendo chamado o médico?

Os demais participantes do seminário levantaram então estas questões: "Que espera o doente de seu mé-

dico e que obtém de fato? O que é que ele não pode obter de seu médico de maneira que é obrigado a voltar continuamente? O que o médico dá ao doente e este não quer ou não tem necessidade?" (p. 28).

Mas Balint vai mais longe dentro desta preocupação: "Se é verdade, como a literatura médica repetiu muitas vezes, que pelo menos um terço do trabalho clínico geral é consagrado ao tratamento dos neuróticos..." (p.64). E ainda: "Admite-se geralmente que pelo menos de um quarto a um terço do trabalho do clínico geral consiste em psicoterapia pura e simples. Segundo alguns pesquisadores, trata-se mesmo da metade e mais ainda..." (p.118).

O que todas estas afirmações de Balint parecem querer mostrar, embora com limitações que veremos de pois, é que, na verdade, o médico não só é chamado, como intervém sobre áreas bastante mais extensas do que ele parece se propor. Ou seja, sua intervenção não é uma intervenção puramente técnica, de instrumentos sobre corpos. É a partir daí inclusive que se estrutura o seu trabalho. Sobre o que o médico está intervindo? Com que instrumentos? Como? Concomitantemente, Balint percebe o quantum de poder em que implica esta intervenção que não é só técnica e preocupa-se com isto, com a utilização deste poder.

O médico então intervém "sobre as dificuldades de afrontar a vida", com um instrumento ou medicamento que é ele próprio e sobre cuja ação ele conhece muito pouco. Diz Balint, a propósito da farmacologia deste medicamento essencial que é o próprio médico: "... é mais in-

quietante ainda constatar a ausência completa de literatura sobre os riscos possíveis de uma tal medicação..." (p.9). Terrificante, desastroso, são outros adjetivos utilizados para caracterizar o problema. Além disto, não há indicação de doses, nem de qual a forma ou frequência com que o remédio deve ser prescrito, apesar de se saber que dele podem resultar "reações alérgicas individuais" ou "efeitos secundários indesejáveis". Ou seja, Balint se dá conta de que os médicos têm nas mãos um poder que, ao ser avaliada a sua magnitude, chega a assustar e que exige que se pergunte pela sua utilização.

Mas, infelizmente, as boas intenções e os problemas de consciência não podem levar por si sós a uma análise correta da situação e parece que no caso é com isto que se conta para proceder à análise.

Assim, as perguntas são importantes e interessantes, mas ficam perdidas: "Por que apesar de esforços sérios de parte a parte, a relação entre doente e médico é tão frequentemente insuficiente, mesmo infeliz?... Por que o remédio médico não age como se desejaria, apesar de uma prescrição aparentemente conscienciosa?" (p. 13).

O que chama a atenção logo é a falta de recursos para situar esta relação tanto num quadro teórico mais amplo, quanto na conjuntura atual. Assim, uma suspeita importante não consegue ganhar corpo: "Ocorrem muito mais coisas entre o doente e o médico do que se diz nos manuais clássicos" (p.11)... "que causam aos médicos muito trabalho inútil e a seus doentes muita irritação e sofrimentos

também inúteis" (p. 15). A relação médico-paciente não é só uma relação técnica, mas será ela técnico-psicológica apenas? A introdução deste outro elemento pode dar conta de toda a sua complexidade? Será este outro elemento da ordem do interpessoal? É o que nos perguntamos.

O que parece é que a falta de um quadro mais amplo, social, histórico, vai deixar ainda muitas perguntas sem respostas. Ou seja, as condições reais em que se travam estas relações; a Inglaterra, ou a formação social inglesa no atual estágio de desenvolvimento de suas forças produtivas e relações de produção, a situação de classe dos agentes em questão, seus papéis no todo social e no sistema de assistência, etc., descritos por Balint como uma civilização urbana desenvolvida "onde um grande número de indivíduos perderam suas relações familiares e estão desenraizados... e o indivíduo está cada vez mais isolado... não tem a quem pedir um conselho..." (p. 10).

O mínimo que se pode dizer é que se trata de uma descrição de conjuntura em termos muito vagos, para não dizer que ela é ignorada.

Mas Balint, apesar disto, é capaz de identificar algumas das situações mais problemáticas dentro da prática médica. Diz ele: "Apesar de nossa falta quase trágica de conhecimento dos dinamismos e das consequências possíveis do 'apoio' e do 'conselho', são talvez as duas formas de tratamento mais frequentemente utilizadas" (p.126). Então, às queixas e insatisfações, responde-se com conselhos, reasseguramentos, apoios, que o próprio Balint recu-

sa, mas não se pergunta de onde vem esta necessidade de aconselhar, reassegurar. Quando muito se diz é uma necessidade dos próprios médicos, que eles próprios estão se reassegurando. "Em si, reassegurar não é necessariamente uma coisa má. Pode mesmo ser uma droga poderosa que, quando corretamente prescrita, pode ser muito benéfica... Quando descreve este mesmo processo do ângulo não mais do paciente, mas do médico, percebe-se que o reconforto é na maior parte das vezes administrado em benefício deste último, que não pode suportar o fardo da insuficiência de seus conhecimentos ou de sua incapacidade de ajudar o paciente" (p.245). O que se pergunta, no entanto, é se não se trata na verdade de reassegurar realmente o paciente, diminuir insatisfações, apagar queixas, o que nos sugere aliás o uso abundante de tranquilizantes tanto na clínica quanto nos hospitais, onde é mesmo medida de rotina.

Mas de que adianta não dar conselhos? Não é só com os conselhos que se infantiliza o paciente, que se o torna passivo. "O estabelecimento do diagnóstico na medicina orgânica corrente, tal como é ensinado na Faculdade de Medicina e nos hospitais é tarefa exclusiva do médico. É verdade que ele convida o paciente a colaborar, mas isto não vai muito longe... O médico tem sempre o papel ativo; o paciente deve ficar passivo, se bem que passivo-cooperador" (p. 129). Ou seja, é já no diagnóstico onde os papéis estão delimitados e começam a ser desempenhados.

Outro ponto importante sobre o qual Balint chama a atenção é o do papel dos remédios, de sua prescri-

ção, e dos pedidos de exames como forma de manter o contato entre o médico e paciente, não deixar que ele se quebre. "Uma das soluções é propor um outro encontro a um momento que convenha aos dois e dar uma prescrição, calculada de tal maneira que termine justamente nesta data... o paciente terá uma razão a mais para ser fiel ao encontro e o médico uma questão de abertura fácil é natural: o medicamento fez bem?" (p. 182). "Engajar o paciente em diversos exames é um outro método frequentemente utilizado para manter contato. O resultado é enviado ao médico e cedo ou tarde o paciente vem sabê-lo, dando assim ao médico uma nova ocasião" (p. 182).

Aparentemente apenas alguns truques para poder melhor ajudar o paciente, mas isto se Balint não nos trasse o que é "a conversão do paciente às normas do médico", a "função apostólica", "os processos educativos". "Os exemplos da prática geral onde o médico tenta abertamente converter seus pacientes a adotar suas próprias normas são legião", diz Balint (p. 230). Converte-se o paciente, no entanto, não só aos remédios e exames, ou seja às normas do atendimento e do tratamento; na verdade, converte-se a uma série de normas sociais como veremos no caso do diabetes.

Por missão ou função apostólica entende-se o fato de que "cada médico tem uma idéia vaga mas inabalável do comportamento que deve adotar um paciente quando está doente. Se bem que esta idéia seja menos que explícita e concreta, ela possui um imenso poder... Tudo ocorre como

se todo médico possuísse o conhecimento revelado daquilo que os pacientes têm direito de esperar: daquilo que devem poder suportar e, além disso, como se ele tivesse o dever sagrado de converter a sua fé todos os ignorantes e incrédulos entre os pacientes" (p. 228). Trata-se portanto de um trabalho de educação. Depois de ter ensinado os pacientes a passar pela rotina do exame clínico, sem muita vergonha, nem apreensão, se o ensina a adotar a atitude adequada diante de sua doença, de aceitação, de responsabilidade, mas com uma certa "margem de dependência infantil" (p.255).

Mas alguns outros problemas se colocam para a prática médica. Nem tudo corre às mil maravilhas; o paciente cheio de queixas e insatisfações, mas passivo, convertido, ensinado, no entanto, traz a "demanda do nome da doença, do diagnóstico". Só em segundo lugar ele pede um tratamento e para Balint "a negligência desta ordem de importância é a causa de uma forma muito frequente de irritação e de uma amarga decepção na relação médico-doente..." (p. 34). "O paciente pergunta: O que está escrito nos seus livros?" (p. 35).

Além disto, as insatisfações ou queixas do paciente não sendo bem compreendidas podem levar ao que Balint chama de "a eliminação pelos exames físicos apropriados" (p. 72), ou seja a passagem do paciente de mão em mão pelos diferentes especialistas, que leva ao que ele chama de "colusão do anonimato" (p. 87), quando decisões vitais são tomadas sem que ninguém se sinta responsável, tantos são os envolvidos com o caso.

Diante das dificuldades com o paciente, o que Balint chama de "casos ditos psicológicos", o autor faz então a lista dos recursos utilizados, que se não é completa, mostra sua capacidade de observação e crítica. "... uma prescrição perfeitamente mecânica de sedativos se o paciente não está deprimido e fortificantes se está. Se esta técnica fracassa, consulta-se diversos especialistas que estabelecem relações 'reasseguradoras'... Eventualmente consulta-se um psiquiatra... Reduzido a seus próprios recursos, o médico, frequentemente envergonhado, prescreve algum placebo, dá conselhos ou 'apoia' seu paciente com um discurso reconfortante... Há também os advogados da psicologia do 'bom senso' que aconselham ao paciente tirar férias, mudar de trabalho, fazer um esforço de vontade, não levar as coisas tão a sério, deixar a família, ter um filho ou não ter mais filhos, mas usar contraceptivos, etc." (p. 118-119).

Finalmente, o que autorizaria o médico a tudo isto seria "a necessidade irresistível do médico de provar ao paciente, ao mundo inteiro e acima de tudo a ele mesmo que ele é bom, generoso, atento e eficaz..." (p.244).

Ora, brilhante nas suas observações críticas sobre o médico, Balint, na falta de um quadro mais amplo onde se articule o que ele chama de orgânico e de psicológico ao conjunto das práticas sociais, cai numa série de armadilhas.

Inicialmente, consciente dos problemas que coloca a anamnese médica clássica erige como saída o que

ele chama de "escuta" (p. 7) definida como "compreensão" e "utilização da compreensão com vistas a um efeito terapêutico". Quem escuta? Em que lugar está situado? Escuta a partir de que referencial? Não se pergunta. Um médico escuta um paciente, não sem antes "colocar o paciente à vontade para lhe permitir falar livremente" (p. 131). Liberdade, espontaneidade e reciprocidade que são também seus objetivos nos seminários com os médicos. Não seria necessário sublinhar o idealismo destas proposições. Mas a liberdade e a igualdade mesmo idealizadas têm seus perigos. Assim, depois de devidamente escutado, o paciente é enquadrado ou não entre os neuróticos (numa lista de 13 casos apresentada nas págs. 56-7, 9 são neuróticos). Por outro lado, da estreiteza da anamnese clássica passa-se à escuta, da estreiteza do orgânico passa-se à estreiteza da pessoa total, para a qual deve-se "estabelecer um conjunto de termos descritivos dos fenômenos patológicos... tão válidos quanto aqueles dos quais dispõem os especialistas dos hospitais para as doenças específicas..." (p. 50).

Preso entre o orgânico e o psicológico, Balint constrói então uma teoria sobre a doença. "... tudo começa com um 'defeito fundamental'... na estrutura biológica do indivíduo, que implica em proporções variáveis ao mesmo tempo seu espírito e seu corpo, 'cujos' sintomas ou exacerbações desencadeiam os estados patológicos posteriores". É esta doença ainda desorganizada que o paciente oferece ao médico, ao qual cabe selecionar entre as ofertas: a orgânica ou a psicológica?

Mas afinal de contas no início de seu trabalho Balint já advertira: "... nossas críticas não implicam uma reforma urgente da totalidade da medicina" (p. 15).

Já Perestrelo⁷⁸ tem mais respostas do que perguntas. Tem certezas que Balint chamaria de terrificantes. É no seu livro mais do que no de Balint que se pode ver onde pode levar uma preocupação, aliás válida, em não se restringir ao orgânico, quando esta preocupação não está devidamente ancorada numa tentativa de articular os diferentes níveis em que se situa o problema. Passa-se assim de uma abordagem "orgânica" a uma "psicológica", onde o que existe é apenas uma substituição de linguagem e não um tipo de investimento novo no conhecimento do objeto. A utilização de palavras mais abrangentes por sua vez não significa necessariamente uma nova perspectiva. A anamnese médica clássica, escrita, ordenada, pode ser substituída por uma escuta, aparentemente mais livre, porque não ordenada, mas sujeita a outra espécie de limitações, ditadas pelos lugares e papéis do médico não pensados e pela abstração das condições reais do paciente.

Assim, ao ler A Medicina da Pessoa, ficamos sabendo no capítulo 5 que o autor adota uma posição em face do doente "que em vez de ver o organismo, (se) vê a pessoa, em vez de (se) procurar causas ou 'fatores', (se) busca a totalidade, em vez de (se) pensar em estímulo-reação, (se) pensa em situação-expressão" (p. 169). Uma postura holística e uma atitude compreensiva. Recusando os conflitos básicos de F. Alexander, os perfis psicológicos

de F. Dunbar como tipificantes, Perestrelo propõe a singularização.

A generalidade e o idealismo correm assim lado a lado trazendo respostas e impossibilitando perguntas. As generalidades obscurecendo a complexidade, as diferenças - "o paciente é um ser humano", "o paciente e a criança são seres humanos", "individualizar os casos". Aqui se pode ver onde se encontra apenas uma substituição de palavras: um rim ou fígado não situado num corpo, ou mesmo pessoa histórico-social, é substituído por uma pessoa também não situada. Mas aí vem o idealismo, uma pessoa é uma totalidade que se compreende. Aparentemente complexificada a pessoa deve ser compreendida sem que se tenham desenvolvido recursos para isto. A pessoa é complexa, mas ao mesmo tempo transparente, pelo menos para os mais dotados. Escuta-se, compreende-se. "Aliás, qualquer caso clínico bem estudado é eloquente" (p. 173), ou seja os casos falam por si. Ou melhor: "já se deve ter suspeitado que há um elemento atuante de real valia: a intuição" (p. 134).

Praticar a medicina da pessoa é então "ter apreço pelo paciente", "respeitar sua individualidade, sua pessoa", "ouvir", (p. 96), "obter o sentido da doença", estabelecer "conexões de sentido" (p. 132), e não "fazer perguntas", "receitar", "coisificar o paciente", fragmentá-lo (p. 96).

Todas as práticas equivocadas estão banidas a partir do momento que se lhes deu outro nome. Mas

onde estão as garantias desta "nova abordagem"? Na instituição?

Mas o que se quer garantir não é propriamente uma nova abordagem, mas antigos esquemas de relação, agora com novas roupas, que não despertem tanta resistência, mas mostrem liberalismo, igualitarismo, humanismo.

Os antigos esquemas de relação são os de dominação-submissão, sobretudo, e é o próprio Perestrelo que os enuncia. O caso é extenso, mas vale a pena e mostra como "ouvindo" e "compreendendo" se está mais perto de submeter, sem os inconvenientes de uma atitude autoritária. "Trata-se de um jovem estudante universitário de 23 anos que há 4 meses vinha vomitando, geralmente pela manhã, mas também esporadicamente em outras horas do dia e que havia emagrecido cerca de 5kg. Vestido na moda de sua geração, cabeludo, entrou no consultório e com o 'desembaraço' que se costuma observar em alguns jovens atuais, foi logo dizendo, em voz alta, sem mesmo fixar muito tempo o olhar no médico: 'Opa, tudo legal?' Marcus Tulio observou-o e respondeu com voz tranquila: 'Tudo bem...' Com o mesmo tom alto de voz, o rapaz continuou: 'Olha ô cara, eu vim aqui porque tou vomitando, sacou?'".

"O médico continuou fixando-o em silêncio e o rapaz prosseguiu: 'É, porque eu fui a outro careta que é médico num hospital aí, e aí cheguei lá, disse que tava vomitando né, e tal e coisa, e ele só olhou e mandou fazer uma radiografia. Aí sabe como é - tá manjando ô cara? - fiz a radiografia que deu normal, ele me deu uns remédios

e tal, eu tomei -- entende? -- mas não resolveu nada. Aí resolvi procurar outro cara e vim a você'. (O médico ouvia, tranquilo, sem interromper, por fim perguntou) 'Mas como é isto?' - O tom do médico deve ter sido bastante significativo para o paciente, porque embora este em sua resposta, logo de início, retrucasse no mesmo diapasão que vinha mantendo, dizendo: 'Bom ô...', - Em seguida foi baixando a voz e completando: 'Bem, eu comecei a vomitar sem dor, mas estou preocupado. Você sabe, não dói mas isso preocupa'. A frase foi algo mais longa, porém ao terminá-la sua voz já era quase da mesma intensidade que a do médico".

"Este então perguntou-lhe: 'Mas como é esta história de vômito?' E, então, o paciente já com uma voz adequada, respondeu: 'Doutor: eu acordo, escovo os dentes, já com vontade de vomitar. Pode ser nervoso, mas eu gostaria que o senhor me examinasse'. (O médico pergunta, o paciente fala da família, o médico faz um exame clínico, não receita, quer ter notícias do paciente, ver a radiografia, o paciente telefona, lê o laudo, o médico se coloca à disposição)".

"Cerca de 15 dias depois, telefonou outra vez. (Desnecessário dizer que o tom de voz e a atitude já eram do tipo que havia adquirido no fim da consulta). Dizia estar muito bem, tratava o clínico por 'doutor' e acrescentava que os vômitos haviam desaparecido completamente". (p. 124-5-6). Os grifos são do autor.

O relato fala por si, ou melhor leva à perplexidade. Afinal, as pessoas, os seres humanos não são

tão iguais assim. Há os médicos, que devem ser chamados de doutor e os pacientes, que devem respeitar a autoridade. Aliás, terapeuta, no grego também significa "aquele que está servindo à divindade" (p. 96), diz ele, além do que toda intimidade pode comprometer a autoridade. "Sobre tudo nas cidades do interior, o que se verificava - e ainda se verifica - é que ao cabo de alguns anos de convivência os pacientes acabavam ... sabendo da vida íntima do médico, tanto quanto este da deles. É quase uma inversão da situação... É muito difícil em tal estado de coisas chegar-se a uma configuração benéfica, pois se chega a um ponto em que já não se sabe quem está necessitando de médico, se este ou o paciente" (p. 151).

Manter os lugares, manter os papéis, manter o monopólio do saber e da intervenção sobre a doença são portanto as metas, quer se fale em órgãos ou em pessoas e, ao mesmo tempo, se a cura não passa pela submissão pelo menos é acompanhada dela.

No entanto, falar na "pessoa" tem suas vantagens; "Frequentemente, numa roda de médicos a conversa recai sobre os fatores que levam o clínico a ter grande clientela... A verdade é que o 'segredo' reside na personalidade do médico, em seu modo de ser, no encaixe que ele carrega consigo e lhe permite encaixar-se bem com seus clientes" (p. 146). E mais adiante: "Mansamente, contudo, foi encaminhando os acontecimentos para melhores perspectivas e com isto terminou por aumentar a sua clientela..." (p. 159). Sem perceber, Perestrelo escreveu um livro de relações públicas.

5. A relação médico-paciente no diabetes

Dados os limites em que se coloca a problemática, podemos então tentar analisar uma situação específica.

Há quatro anos trabalhando com "pacientes diabéticos" em ambulatório de hospital especializado, chamou-nos a atenção, no espaço em que fomos chamados a intervir, o fato de que, em grande parte dos casos, os "problemas psicológicos" que surgiam no decorrer do tratamento, considerados como desajustes emocionais face à doença e ao tratamento, poderiam ser considerados como reações de hostilidade em resposta a uma situação de conflito desenvolvida face a um tipo de "relação médico-paciente" vigente.

A partir daí, tornou-se necessário, para sair do terreno apenas das hipóteses, situar esta relação, de maneira a tornar possível a análise de uma situação concreta. Embora nossas afirmações tomem por base o Inst. Est. de Diabetes e Endocrinologia, poderiam ser aplicadas à totalidade da assistência de massa, com variações apenas nos detalhes.

Definidos poder, centros de poder, aparelho médico, pudemos então situar esta relação médico-paciente e ver como ela se realiza, ou seja, numa situação precisa, como se dá a reprodução das relações ideológicas, a qualificação-submissão, a interpelação, como se manifestam

os mitos da unidade, da objetividade, da neutralidade, as normas, o recalçamento do dominado, as resistências e as reformas.

Escolhemos a relação médico-paciente no diabetes como nosso tema, não apenas porque nossa experiência se situava aí, mas porque as características da doença e de sua manipulação, principalmente o fator cronicidade, parecem ressaltar os traços que apontamos, até a caricatura. A singularidade do diabetes mellitus entre as doenças crônicas incuráveis é enfatizada por muito autores. Esta singularidade inclui o caráter frequentemente assintomático da doença, a necessidade de restrições dietéticas, injeções de insulina e exames de urina diários como parte do esquema de controle, a possibilidade de complicações e a ansiedade associada a isto. Além disto, o paciente é mais ativamente responsável pelo controle, não cura, desta doença do que geralmente em casos de doença crônica.

5.1. O discurso ideológico no diabetes

Já na definição da doença podemos encontrar, ao lado de uma definição técnica mais ou menos complexa, conforme se trate de publicação para médicos ou leigos, considerações que indicam os objetivos ideológicos aplicados a este caso específico. Encontramos então considerações, tais como: "Certamente o diabetes é doença universal"⁷⁹; "O diabetes mellitus é doença tão antiga quanto a própria humanidade"; "Todas as raças estão sujeitas ao diabetes"⁸⁰.

Trata-se aqui de transmitir a idéia de que se pode falar em medicina, doença, humanidade, história como fenômenos únicos e contínuos. Ou seja, a medicina sempre foi a mesma, as doenças são as mesmas sempre, assim como o paciente diabético é um só e mesmo através de toda a história.

Mas, a tentativa de inculcar estas idéias de unidade, continuidade, igualdade podem ser encontradas de forma ainda mais sofisticada e ao mesmo tempo concreta. Na revista A Saúde no Mundo, revista da Organização Mundial de Saúde⁸¹, a simples observação do índice da revista é bastante esclarecedora: em oito artigos, podemos encontrar pelo menos três em que a finalidade principal é inculcar estas idéias: "O fim de um mito - o diabetes não poupa os africanos", "Campeão de tênis apesar de diabético", "O médico diabético".

Trata-se de transmitir a idéia de que a doença atinge ricos e pobres (africanos), os que não detêm o saber ("preocupações na Usina") e os que detêm ("O médico diabético") como uma só e mesma coisa, ou seja, o diabetes é o grande indicador da igualdade, da falácia da idéia de classes. Pode-se ver assim como, falando em termos técnicos, pode-se veicular a ideologia dominante. Aliás, o aparelho médico é o grande lugar para isto. A doença não pode ser melhor indicador ideológico da igualdade, ninguém escapa a ela, ela não escolhe, etc., é o que se diz.

O diabetes tem um valor ainda maior na inculcação desta idéia da igualdade. Tanto não há discrimi

nação que há até doenças que são doenças de países ricos e adiantados, como o diabetes, por exemplo. É interessante analisar, no entanto, as contradições desta afirmação. Diz Arduíno: "A sua frequência (do diabetes) guarda também uma certa relação com o tipo de alimentação usada. Predomina nos povos bem alimentados... "Mas ao mesmo tempo: ... "A alimentação sofre também a influência da riqueza da região considerada. Assim, nas zonas pobres predominam os hidratos de carbono porque, sendo de origem vegetal, seu custo é menor"⁸². Não é muito lembrar que no diabetes o que acontece é um problema na metabolização dos carboidratos. Esta contradição poderá ser melhor apreciada no depoimento de uma paciente na página 113. Em A Saúde no Mundo⁸¹ também encontramos estas afirmações, embora se coloque um problema: "a prevalência exata depende dos critérios de diagnóstico", que o Comitê de Especialistas da OMS determinou que fossem padronizados em 1965. Não se trata aqui, evidentemente, de provar que doença, no caso diabetes, é coisa de rico ou de pobre, mas de mostrar como o discurso técnico veicula estas noções ideológicas e a dificuldade da ideologia dominante em pensar as condições concretas, variáveis, em que ocorre a doença. É possível, inclusive, que seja por respeito ao tratamento que se pode falar no diabetes como doença de rico. "Saúde, aliás, diz Canguilhem ainda que em outro contexto, é o luxo de poder ficar doente e se curar"⁸³. Na verdade, o critério estatístico em que se baseia a afirmação da incidência pouco pode ajudar uma vez que se sabe que as estatísticas de

saúde dos países desenvolvidos são bem mais confiáveis. O próprio Brasil tem apenas estimativas da sua população diabética. Em 1960, a estimativa era de 350.000 diabéticos conhecidos e outros tantos não diagnosticados. Um total de 700.000, segundo J.P. do Valle⁷⁹.

A estatística de incidência implicaria não apenas o levantamento de casos em tratamento, mais fácil de obter, mas a pesquisa da população, para levantamento de casos não diagnosticados, através de amostra possível de generalização.

A única pesquisa no Brasil a este respeito, foi feita entre 4.567 funcionários de uma empresa e seus autores⁸⁴ encontraram os seguintes resultados: 4,5% dos empregados eram diabéticos. Os autores consideraram ainda que dadas as características da mostra poderiam extrapolar para a população geral, o que daria 360.000 diabéticos só no Grande Rio e no Brasil 4.500.000.

Mas ao lado disto toda uma divisão não pode ser negada e então cerca-se por aí também. Inculca-se a idéia da mobilidade, através do tema da doença. Assim vamos aprender que Clemenceau, H.G. Wells, Cezane, entre outros, homens que atingiram o poder e a fama, eram diabéticos, ou seja, qualquer um pode atingir o poder e a fama. Na verdade, não é de ser diabético ou não que se trata, mas dos lugares e papéis no social, mesmo quando se "fala" em diabetes. O discurso sobre a doença servindo apenas como veículo para a transmissão do ideológico dominante.

Seria interessante, embora não nos propo-

nhamos a isto aqui, uma análise cuidadosa e extensa de textos, sobretudo aqueles dedicados aos leigos, no sentido de avaliar com mais precisão este fenômeno. Pretendemos aqui dar apenas alguns exemplos.

5.2. A qualificação-subordinação no diabetes

Mas é sobretudo na manipulação do doente que todo um campo vai se abrir para a realização da ideologia dominante, o que vamos ver numa situação concreta, ou seja, no longo caminho de um "diabético" dentro do aparelho médico, especialmente naquilo que chamamos de rede de assistência de massa.

O primeiro contato do "paciente" é com aquilo que convencionalmente chamamos de Triagem. (As palavras paciente, paciente diabético, diabético, etc., são usadas entre aspas no sentido de caracterizar a generalidade de sua utilização. No entanto, e é o que pretendemos mostrar, não se pode falar num paciente em geral, e sim num paciente sempre situado, daí o recurso). Trata-se de uma consulta inicial onde o médico vai decidir se se trata de aceitar ou não a queixa e onde começa o enquadramento do sujeito no aparelho. Em primeiro lugar, algo muito interessante: só o saber oficial pode dizer quem está doente e é preciso que isto se faça dentro das normas e através dos instrumentos consagrados. Assim, em princípio não se acredita no paciente. É preciso que ele venha com uma glicemia feita por laboratório ou que a faça no próprio local para que tenha di

reito ao tratamento. Afirmação de que se é diabético, queixas ou impressões, bem como provas caseiras ou populares (juntou formiga na urina, cheiro ou sabor da mesma) não abrem a porta ao tratamento. É já nas escolas que o médico aprende a desconfiar do paciente. Tivemos oportunidade de presenciar numa aula inaugural de pediatria a seguinte advertência do professor: "Para avaliar a condição da criança lactente é preciso não confiar na mãe". Apesar de Thomas Wills, há 300 anos, ter observado o paladar doce da urina de seus pacientes e ter dito que a doença era causada por prolongados aborrecimentos, sendo portanto uma das primeiras formas de diagnóstico (Pharmaceutice Rationalis or an Exercitation of the Operations of Medicine in Human Bodies - 1679).

De posse então de um exame feito no hospital passa-se a ser "diabético". A doença passa então a existir, com o diagnóstico, e este diagnóstico está baseado nos critérios de normal e patológico dados pelo saber oficial, ou seja, a ideologia dominante. Ser diabético ou não tem sua comprovação objetivada na glicemia, porém o que disto vai decorrer na vida social vai depender de inúmeros fatores.

Até a glicemia o que se tem são sensações, desconfortos, males, depois dela tem-se uma doença estabelecida e aceita. Esta doença que se inicia com um papel (o exame), vai ser manipulada através de papéis. É a burocracia. Os operadores do aparelho dando as regras de como se movimentar dentro dele, ou seja, mais uma das formas da

qualificação-submissão.

Uma vez designado o seu lugar, o paciente tem direito então a travar relações neste espaço. Evidentemente, na medida em que estamos tratando da rede de assistência de massa é do papel passivo e dominado que se está falando.

A diferença desta rede por respeito à rede não de massa pode ser dada, ainda na fase do diagnóstico, por enquadramentos que podem explicitá-la melhor. Assim, o diabetes, doença de diagnóstico não propriamente complexo vai encontrar sua confirmação, em muitos casos, quando se trata da rede de massa, nos Pronto Socorros, lugar onde não se deve, mas onde se faz o diagnóstico. Dificilmente isto se dá na rede não de massa, o que vem mostrar a ausência de unidade na assistência a que já nos referimos. Em um número bastante grande de casos, quando há emagrecimento, a primeira coisa em que o médico, quando se chegou a ele, pensa é em desnutrição ou problemas pulmonares, doenças de pessoas sem recursos. O tratamento com super-alimentação e xaropes leva rápido ao coma.

O passo seguinte, após a triagem, na rotina da assistência de massa é a Ficha Médica. É talvez o ponto alto do ritual de qualificação-submissão. Nome, matrícula, data do nascimento, naturalidade, sexo, cor, estado civil, profissão e residência são os dados pessoais a obter. A idéia é a de que de posse destes dados tem-se as condições reais e concretas do paciente; na verdade sob estas rubricas tem-se generalidades que encobrem dados importan-

tes e decisivos. Trata-se na verdade muito mais de dados que possam classificar pacientes e que sirvam de material para a reprodução do espaço de saber do que para estabelecer relações de conhecimento sobre os sujeitos assistidos. Qualquer instituição da rede de assistência de massa tem em alta importância sua Documentação médica, grande fonte para os "trabalhos científicos", onde um grande número de casos iguais é motivo de orgulho. Em clínicas especializadas considera-se exatamente positivo para o aluno ou pesquisador a oportunidade que têm de ver num só lugar casos que preenchem o mesmo quadro.

Mas, muito mais importante ainda é o clima em que se faz esta ficha. Ela se faz numa ordem. Queixa principal, História da doença atual, antecedentes, etc. No caso temos a seguinte sequência: Anamnese, dados sobre o diabetes, sintomatologia, herança diabética, antecedentes fisiológicos, antecedentes patológicos, exame físico, comentários, diagnóstico. E esta ordem, justificada como forma de ser objetivo, não esquecer nada, na ilusão de ter um todo, funciona no entanto como forma de colocar o paciente no seu lugar. O paciente deve contar sua história nesta ordem, que é a ordem da ficha, bem como a ordem do raciocínio médico. O discurso do paciente é assim sempre recolocado, como aliás no tribunal, onde o juiz quer que se responda apenas o que foi perguntado. Mais um passo na qualificação-submissão. É uma das primeiras fontes de atrito direto na relação médico-paciente no diabetes, a submissão do discurso próprio sendo um mal tolerado pelo paciente,

que se fecha, subtrai informações ou "perde a calma".

Com os antecedentes fisiológicos e patológicos é toda uma vida que fica levantada e registrada pelo lado de sua operacionalidade social.

Segue-se o exame físico, onde a segmentação é o traço mais marcante. Tem-se o "paciente" então subdivido em aparelho digestivo, circulatório, respiratório, sistema nervoso, aparelho genito-urinário, sistema endócrino, sistema hemolinfopoietico, aparelho estato-acústico, ósteo-articular, visual.

Já abstraído de suas condições de existência, o "diabético" é então fragmentado ao infinito, como já o fora na produção, o que assegura ainda mais sua qualificação-submissão. É na medida em que é separado dos instrumentos da produção, do trabalho global, e passa a trabalhar manual que esta submissão se faz ao nível do aparelho econômico (a empresa). Separado do trabalho intelectual, já dividido, pode ter seu corpo fragmentado, deixando cada vez mais de ser um corpo histórico, para ser um corpo cadáver, o da anatomia, onde a qualificação-submissão se faz com maior facilidade. O não controle sobre a produção, decorrente entre outras coisas da separação do trabalho intelectual do manual, ao nível do corpo se dá como um não controle sobre o corpo. Assim, como veremos, no tratamento do "diabético" trata-se de assegurar que o trabalho intelectual posto no tratamento está nas mãos do aparelho, enquanto o manual cabe ao paciente.

O próprio diabetes não é apenas uma doença

do pâncreas, como o movimento das especializações pode fazer pensar. As repercussões se dão a nível de sistema nervoso, visão, pele, aparelho cardio-vascular e genito-urinário, como qualquer tratado e até mesmo os livros para leigos podem atestar. No entanto, a partir da ficha médica, bem fragmentada, o paciente só será examinado sob qualquer um destes aspectos se tiver alguma queixa. As consultas, em sua maioria, se realizam em torno da glicemia e da sintomatologia do diabetes, daí por diante.

Autorizado a movimentar-se no aparelho médico, o paciente vai dar mais um passo neste universo. Deve agora incorporar o que o aparelho pensa da doença, o que ela é, como aparece, por que, como tratá-la, aceitá-la, viver com ela. São dadas então instruções e normas, direta ou indiretamente. Num primeiro momento trata-se de normas que dizem respeito mais diretamente ao tratamento: ele deve seguir uma dieta, tomar determinados remédios ou insulina. Deve ainda aprender a manipular a dieta, as substituições, a aplicar a insulina, medi-la, ajustá-la. Na melhor das hipóteses, após a primeira consulta, um "paciente" sai com pelo menos seis papéis de instruções e terá sorte se não for analfabeto (uma dieta impressa, uma folha de substituição de alimentos, um cartão para anotação das glicosúrias, uma folha de instruções sobre como fazer o ajuste de insulina, uma de instrução sobre locais de aplicação de insulina e sinais de hipo ou hiperglicemia, uma ou mais receitas (complexo B, hipoglicemiante oral ou insulina) um pedido de glicemia para a próxima consulta e um pedido de

marcação da próxima consulta daí a 1 até 3 meses).

Não queremos com isto insinuar que o aparelho médico seja absurdo ou kafkiano, pelo contrário. Ele próprio, na medida em que impõe sua linguagem e forma de trânsito (a burocracia) coloca pessoal capaz de fazer a máquina funcionar. Assim, funcionários, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais e outros vão tornar possível, ou melhor facilitar este trânsito.

Toda esta fase inicial tem grande importância na qualificação-submissão. Chegar cedo para pegar um cartão para a Triagem, esperar a vez, fazer a queixa e receber o pedido de exame, chegar cedo para pegar um cartão para fazer a ficha, as perguntas em ordem, o exame físico segmentar, os papéis com as normas fazem parte do que se poderia chamar de uma instrução intensiva preparatória para o enquadramento nos objetivos do Aparelho Médico.

Goffman⁸⁵ descreveu muito bem este ritual inicial no que ele chamou de "instituições totais", onde também se procura um efeito de subordinação.

5.3. As normas

Mas as normas não são só estas. Em O que o diabético deve saber⁸², livro para pacientes, o autor coloca ao pé de cada página um conselho, de maneira a que o leitor folheando o livro passe por cada um pelo menos três vezes. "Quando tiver febre, procure o médico", "Cuide dos dentes, indo periodicamente ao dentista", "Não abandone o

uso de insulina por sua iniciativa", "Se dirige automóvel, peça instruções a seu médico", "Nunca deixe de ir ao médico na data marcada", "Ouça seu médico, nunca seus parentes e amigos", são recomendações que dizem respeito à permanência sob controle do aparelho.

Outro tipo de recomendação é aquela que diz respeito à ordem e à disciplina, à civilidade enfim. "Os pés devem merecer o mesmo cuidado que as mãos", "Tenha sempre cuidado com os calos e calosidades", "O diabético deve ser o cidadão mais limpo da comunidade" (Joslin) - higiene. "Não abuse do fumo, é prejudicial às artérias", "A obesidade predispõe e agrava o diabetes", "Procure abster-se de bebidas alcoólicas", "O exercício regrado é vital ao diabético" - parcimônia, regularidade. "Preserve a saúde e economize insulina, seguindo a dieta", "O exercício é um bom remédio e não custa nada" - poupança.

A técnica de Viva em Paz com seu Diabetes⁷⁹ é um pouco diferente, mas tem o mesmo objetivo. O livro é estruturado em termos de perguntas e respostas que versam sobre Conhecimentos Gerais, tratamento, evolução e complicações. "Quais as vantagens das visitas regulares ao médico?" "Poderá um diabético trabalhar?" "Cite as principais medidas de higiene a serem adotadas pelos diabéticos" "Não será horrível paecer desta doença?", etc., são algumas das perguntas que o autor formula e responde na mesma linha anterior.

Citamos apenas estes dois livros, uma vez que são os mais utilizados pelos pacientes entre nós. A

observação de outros textos (folhetos de laboratórios, textos da Associação Americana de Diabéticos, etc.) guardam o mesmo tom e a mesma linha, no entanto.

Não que estas exortações sejam desprovidas de sentido ou não tenham utilidade para o diabético. O que se quer mostrar é como através delas pode-se reafirmar uma ideologia, aproveitar para inculcar noções bastante úteis à manutenção das relações ideológicas, noções como a de poupança, parcimônia, controle, regularidade, higiene, dependência ou submissão ao dominante, etc., ao lado da conservação da força de trabalho em plenas condições de utilidade.

Em todo o vocabulário técnico sobre o diabetes, aliás a palavra mais usada é controle. O objetivo é um "diabetes" controlado.

Mas isto coloca ainda um outro problema, que se pode observar sobretudo quando da análise das normas dietéticas, a que voltaremos detalhadamente.

Abstraindo o paciente de suas condições reais, ignorando as diferenças, falando na doença e no tratamento universais, na verdade o que se faz é tentar aplicar a pacientes de diferentes posições no social um tratamento que tem como referencial a classe dominante. "Quando tiver febre, ..., Cuide dos dentes..., Cuide dos pés e mãos ... Cuide dos calos..." etc. são hábitos ou possibilidades não propriamente de todo paciente. Não esquecer inclusive, que mãos cuidadas sempre foram indicadores de boa posição social.

Este problema, no entanto, parece não escapar inteiramente ao autor de O que o Diabético deve saber. Todo seu livro, inclusive, oscila entre dois tipos de público, pelos quais ele tem dificuldade de optar. Assim, lemos no prefácio (pág. 2): "No caso dos diabéticos de mediana cultura, acredita que a sua leitura seja muito proveitosa, contendo inúmeros conselhos e regras de conduta, supõe o autor seja útil mesmo aos diabéticos pouco letrados".

Não escapa a ele, inclusive, que conselhos universais, de uma medicina universal devem ser dados de maneira diferente, aliás como a assistência. O próprio vocabulário do livro registra esta contradição. Dá-se exemplos de gasto calórico com as profissões de alfaiate, pedreiro (pág. 3) e exemplifica-se regime alimentar com um "regime alimentar da classe média" (pág. 18).

E o prefácio conclui assim: "... o Autor quer deixar bem claro que este livro não substitui o médico, nem deve estimular o diabético a fazer seu próprio tratamento".

Mas este ponto pode ficar ainda mais claro quando se analisa as normas dietéticas. É exatamente na dieta que se apoia o tratamento. Imprescindível, enquanto os hipoglicemiantes e a insulina são facultativos conforme o caso, é a partir dela inclusive que se calcula as necessidades de insulina ou hipoglicemiantes, de onde sua grande importância.

5.4. Normas dietéticas

É nas normas dietéticas que podemos encontrar mais explicitamente a falta de unidade na doença e no tratamento, a abstração do paciente de suas condições reais, a formulação de normas a partir das condições da classe dominante. Ao lado disto, devemos lembrar que a dieta é considerada um dos elementos fundamentais do tratamento do diabetes, sendo, em parte considerável dos casos, o único elemento utilizado (diabetes tipo maturidade), de onde uma força ainda maior deste tipo de normas.

Polack ⁶⁸, por exemplo, é um dos autores que reconhece a força destas normas como fator do que chamamos de qualificação-submissão. Ele diz: "Os conselhos de dietética ou de higiene, no contexto político atual, são poderosos elementos de aculturação dos trabalhadores e desenvolvem na maioria das vezes a imagem ideal de um homem 'natural', voluntariamente subtraído às perturbações da vida moderna".

Quais são estas normas? Para quem elas são feitas? Elas são as normas que todo indivíduo normal deve seguir ("Os requerimentos nutricionais básicos do diabético são os mesmos que os do indivíduo normal"⁸⁶) acrescidos de recomendações dietéticas especiais. Mais uma vez tem-se como proposição a igualdade (entre todos os homens e entre os normais e os diabéticos) e tenta-se escamotear as diferenças. Quantos "homens" podem seguir as determinações da FAO (sempre citada) no que diz respeito à quota de calo

rias, de proteínas, etc.? É numa dieta de "classe média" que as normas se baseiam, como já mostramos. É ainda na Saúde no Mundo que encontramos estas observações do Prof. Sankale: "Sabe-se que o regime dos diabéticos é feito de restrições de carboidratos e lipídios e do aumento de proteína. Mas isto é o oposto da alimentação habitual do senegalês..."⁸⁷. Seguem-se as porcentagens, respectivamente, em áreas rurais, 68 a 81%, 10 a 17%, 0,5 a 15,5%. Substitua-se o senegalês pelo paciente atendido na rede de assistência de massa e encontraremos a abstração das condições reais que preside a formulação destas normas. "Fazer regime antidiabético, é o mesmo que 'comer à européia'", continua ele. Ou seja, na formulação das normas prevalece um critério baseado nas condições da classe dominante.

O aparelho médico se dá conta de tudo isto a certo nível: "A maioria dos pacientes não pode seguir a dieta que recomendamos... As consultas e os levantamentos feitos... nos permitem imaginar que 1/4 dos doentes segue corretamente o regime estrito... a principal dificuldade do tratamento do diabético na África é a insuficiência de recursos econômicos, vindo em seguida os hábitos alimentares e os inevitáveis preconceitos..."⁸⁷. Isto no entanto não é um problema do aparelho médico, ele chega mesmo a reconhecer que as condições influem, mas a medicina é uma só, todos devem ser tratados igual. Chega-se mesmo a considerar o paciente uma unidade "bio-psico-social": "Ao se estabelecer a dieta básica, é necessário que o paciente seja entrevistado, a fim de que sejam conhecidos seus hábitos

alimentares... Maior cooperação é conseguida quando a dieta é calculada individualmente; nos hospitais de grande atendimento, entretanto, as dietas padronizadas são a solução inevitável"⁸⁶ (o grifo é nosso). Não é atoa que é neste item que se encontra a maior parte das transgressões...

5.5. O exercício físico

Mais uma vez a pergunta se impõe: Para quem se coloca o exercício físico como um dos elementos do tratamento e em que termos? "Partindo-se da premissa de que o exercício físico baixa a glicemia, podemos de imediato considerá-lo útil ao diabético"⁸⁷. É interessante notar qual é a concepção de exercício físico e a quem se destina. Trata-se de "diferentes modalidades de esporte, principalmente (d)os realizados ao ar livre"⁸⁸, golfe⁸⁹, tennis^{89/90}. Um cuidado deve ser observado, "é a regularidade e a constância da atividade física"⁸⁸.

No entanto, desde tempo imemoriais, a atividade, ou exercício físico, executado com mais regularidade e constância, foi o trabalho manual ou braçal, provavelmente o "esporte" mais conhecido dos pacientes atendidos pela rede de massa. Além disto, até onde pudemos pesquisar, nem o tênis, nem o golfe são esportes considerados "populares", nem mesmo na Inglaterra ou EUA.

É o próprio Talbert (campeão americano e mundial de tênis, diabético) quem conta: "Hã coisas piores do que o diabetes, como disse um homem de meia idade que

escreveu sobre sua intenção de aceitar o emprego de carteiro. Assinalei que não constituia maior problema para mim, desde que meu médico e eu tínhamos assentado a fórmula correta de insulina e dieta para meu caso. Seis meses depois o homem me telefonou para dizer que havia conseguido emprego e que estava caminhando cinco dias por semana e só tivera até então um problema. Que problema é? Reações à insulina? Não, respondeu ele. Pés chatos."⁹⁰.

5.6. Conservação-reparação

Antes de passar ao que chamamos de "resistências ao aparelho médico" no caso do "diabético", vejamos como se dá a conservação-reparação neste caso.

"Nós revisamos nossas máquinas regularmente e sabemos que é mais econômico proceder a pequenas reparações antes que elas se deteriorem completamente. Por que não aplicar o mesmo princípio à conservação do homem?", pergunta Sigerist⁹¹. Que reparações pede o diabético e até onde ele pode funcionar são as perguntas que é preciso responder.

Ao mesmo tempo que a qualidade e a grandeza da assistência modificam constantemente o valor variável da força de trabalho, a situação do mercado de trabalho influencia os padrões de saúde, doença, normalidade, cronicidade, etc. do aparelho. Isto é importante para que se possa compreender aquilo que à primeira vista pode parecer uma ambiguidade no que diz respeito ao diabetes.

O diabetes é uma doença crônica, a medicina não tem apenas como especialidade a medicina do trabalho, ela é uma medicina do trabalho. O doente é alguém fora do trabalho (quem para de trabalhar deve estar doente e quem fica doente deve parar de trabalhar, é o que se diz).

No entanto, o aumento maciço dos portadores de lesões ou distúrbios funcionais faz com que a proporção dos doentes e dos crônicos só tenda a aumentar. Segundo Polack, caminha para a totalidade. De onde se deduz que ou se resolve deixar de considerá-los como inativos ou o número de ativos (normais) cairá vertiginosamente.

Assim, podemos entender como ao lado de proclamações a respeito da normalidade do diabético, encontramos restrições a ele no mercado de trabalho. Esta pseudo-ambiguidade no entanto é a margem que a sociedade requer do aparelho para fazer seus ajustes. Diz o Dr. M. Candau, diretor geral da OMS, brasileiro: "Hoje, o diabético pode viver e trabalhar normalmente, ter filhos, praticar esportes, enfim, gozar a vida como qualquer outra pessoa"⁹². A American Diabetes Association tem um folheto cujo título diz: "Diabetic are desirable workers" e outro folheto americano para diabéticos apoia suas afirmações de normalidade nos critérios vigentes: "Há mais de 2 milhões de pessoas neste país que sabem ser diabéticas... você pode fazer tudo o que um não diabético pode fazer..."⁹³.

Mas é na mesma revista onde escreve o Dr. Candau que encontramos a seguinte carta: "Stuart sofre de diabetes há vários anos e sempre conseguiu controlar o pro

blema. Entretanto, há poucos meses, teve uma reação insu-
línica no escritório. Seu patrão pensou que estivesse bê-
bado e despediu-o... Stuart tem-se candidatado a vários ou-
tros empregos, mas insiste em mencionar que sofre de diabe-
tes. Por este motivo ninguém o quer aceitar, embora ele
seja trabalhador e competente no seu campo"⁹⁰.

Mais uma vez o diabetes não é único. É
na rede de massa onde o problema é maior. Na rede não de
massa pode-se recomendar que o diabético escolha profissões
autônomas, liberais, onde não sentirá o peso das "discrimi-
nações". Levar vida "normal", trabalhar, etc., são portan-
to prescrições que não levam em conta as condições reais
dos pacientes da rede de massa. Para eles, ser ativo ou
não, normal ou não, vai depender das condições do mercado
de trabalho e de suas flutuações na formação social. No
nosso caso, ele deve estar preparado para esta eventualida-
de.

6. As resistências ao aparelho médico no diabetes

A este aparelho que qualifica-submete, especialmente na rede de assistência de massa, através de normas, da burocracia, etc., opõem-se resistências, que configuram a luta de poder que aí se trava.

6.1. As resistências vistas pela psicologia

Na revisão da literatura sobre fatores psicológicos no diabetes chamou-nos a atenção uma afirmação de Palmer⁹⁴, que de certa forma nos abriu caminho para o tema desta tese. Diz ele: "Se eles (os diabéticos) reagem de maneira hostil e desviante à tirania da manipulação metabólica, não é porque são diabéticos - é porque são pessoas".

Dois outros pontos nos deram indicações interessantes: o caminho que percorreram os estudos sobre os fatores psicológicos no diabetes e o vocabulário encontrado nestes estudos.

Daniels, em 1939, e Treuting, em 1962, fizeram revisões da literatura publicada em inglês sobre o assunto e podem nos ajudar na identificação deste caminho. Quatro pontos chamaram a atenção de Daniels na sua revisão: "1) estudos recentes mostrando a hereditariedade como fator determinante; 2) a experiência da Guerra Mundial; 3) a observação de que o trauma ou choque nervoso não leva

a mais diabetes ou a um considerável aumento da hiperglicemia ou glicosuria naqueles já com diabetes; e 4) confusão entre mudanças orgânicas neurológicas e tensão emocional que utiliza mecanismos de descarga neurológicos autônomos"⁹⁵. Já Treuting, estudando as publicações a partir de 1939, encontrou os seguintes pontos como de interesse dos pesquisadores: "1) o papel dos fatores emocionais na etiologia da doença; 2) o papel dos fatores emocionais no curso da doença; 3) atitudes e reações produzidas pela doença; 4) métodos de tratamento incorporando o conhecimento sobre aspectos emocionais, que inclui as atitudes do médico, várias formas de psicoterapia, e serviços especiais oferecidos em clínicas ou colônias de férias para crianças diabéticas"⁹⁶. Segundo ele, o segundo e o terceiro destes pontos, especialmente o terceiro, são os de maior relevância no meio médico. Barcai⁹⁷, divide as preocupações em três grupos: papel dos fatores emocionais na etiologia, descrição de padrões de personalidade e fatores emocionais que complicam o controle do D.M.

O que se pode ver aqui, portanto, é um caminho que tem seu início com a preocupação com a etiologia e a determinação do hereditário mas cujo ponto central de interesse é hoje atitudes e reações produzidas pela doença. Ou seja, no meio médico, hoje se tem clareza de que os grandes problemas na prática clínica de assistência ao paciente diabético estão situados no item que diz respeito a como este paciente reage à doença e conseqüentemente ao tratamento. Esta é também a nossa preocupação.

Outro ponto nos chamou a atenção nestas re-

visões e naquela feita por nós de artigos mais recentes. É o que chamamos de vocabulário encontrado nestes estudos, ou melhor, a frequência com que se encontra os termos "rebelião explosiva", "comportamento destrutivo", "hostilidade", "agressividade". Parece que não escapa à maioria dos autores, portanto, o grau de conflito em que implica a condição de diabético e a manipulação pelo tratamento. Assim, Zeidel⁹⁸, em seu artigo sobre ajustamento de diabéticos e suas famílias, vai se referir nove vezes em sete páginas a comportamentos desta ordem: "rebelião", "conflitos interpessoais", "ataques agressivos", "hostilidade e agressão", sendo a palavra mais usada "rebelião". Benedek⁹⁹, Hinkle¹⁰⁰, Stearns¹⁰¹, Tunbridge¹⁰², Straight¹⁰³, são alguns dos autores que destacam a importância deste tipo de reações, embora dentro de outro referencial que não o nosso. Apenas Hinkle refere uma ligação entre o comportamento de rebelião explosiva e a figura, entre outros, do médico. Diz ele: "Este padrão de comportamento ('comportamento super-exigente e rebelião explosiva') centraliza-se em torno da mãe ou outra pessoa, como o médico, numa posição de autoridade".

A nosso ver, no entanto, não é propriamente a uma figura de autoridade, que representa a mãe, que o paciente diabético em geral vai reagir com agressividade ou rebelião. O que pretendemos descrever são as resistências que os pacientes da rede de assistência de massa opõem ao aparelho médico e a seus operadores como forma de lutar contra a qualificação-submissão que o aparelho coloca em ação, através das manipulações, normatizações, etc., que já descrevemos.

6.2. A principal forma de resistência: resistência à disciplina

Quais são estas resistências no caso do diabetes? Podem ser colocadas sob as rubricas com que descrevemos as resistências ao aparelho em geral, indisciplina ou resistência à disciplina, evasão, questionamento, recusa na utilização dos discursos ou termos próprios do aparelho, o insulto e mesmo a violência. Sem dúvida é no item indisciplina ou resistência à disciplina que se concentra a maior parte da resistência ao aparelho no caso do diabetes. Não seguir as prescrições médicas é o recurso mais utilizado. "... Muitos diabéticos juvenis a qualquer tempo rejeitam dieta, falsificam ou recusam fazer testes de urina, quebram seringas para não tomar insulina, 'esquecem' anotações, engajam-se em guerra petulante", etc., diz Stearns¹⁰¹.

6.2.1. Resistência à dieta

Entre estas prescrições a que o paciente resiste estão especialmente as dietéticas. Sankale já afirmou que apenas 1/4 de seus pacientes segue estas normas. Hinkle considera que o paciente "difícil" cairia dentro de quatro categorias, a terceira das quais é: "um paciente que não quer ou não pode seguir a dieta". Bain e Chute, no seu trabalho, na parte que se refere a problemas comumente vistos na clínica, colocam em primeiro lugar os problemas ligados à dieta. Segundo eles, "50% dos infanto-juvenis sob seus

cuidados foram caracterizados como agressivos e rejeitam sua dieta controlada¹⁰⁴". Para eles ainda, as restrições dietéticas levam a várias atitudes no infanto-juvenil, que eles relacionam assim: "irritabilidade", "raiva e hostilidade abertas, que podem ser dirigidas aos pais, médico ou mundo em geral", entre outras.

Poder-se-ia objetar aqui que as transgressões e a rebelião são próprias dos infanto-juvenis e que o 1/4 de Sankale deve-se mais à falta de condições de seguir as prescrições do que a uma oposição. No entanto, uma observação continuada nas salas de espera de consulta de pacientes adultos com diabetes de tipo maturidade mostra uma frequência de transgressões igual ou até maior, que por dois fatores parece menor: as transgressões não levam com tanta frequência a complicações, como no caso do diabetes infanto-juvenil, já por si mais instável, e na sua maior parte estas transgressões não são referidas, sendo em geral terminantemente negadas. É bastante comum ouvir-se nestas salas de espera verdadeiros comícios contra a dieta, absolutamente silenciados quando se ultrapassa a porta do consultório. Aliás, o tema dieta é sempre o que ocupa a maior parte do tempo das conversas de sala de espera. Por outro lado, a falta de condições reais de seguir as prescrições, mais do que como causa das transgressões, funciona como alimentadora das resistências ao aparelho em geral. Sankale mesmo relata suas tentativas adaptar as normas às condições reais e o precário resultado destas tentativas.

O seguinte depoimento pode dar uma idéia

melhor de como são sentidas estas normas e o aparelho médico, por um destes pacientes da rede de assistência de massa. Dia 25 de julho, 11 horas da manhã, Barca para Niterói, senhora de mais ou menos 60 anos, obesa, cabelos grisalhos, vestido simples, sacola de supermercado na mão: "Dizem que eu sou louca, mas o que digo é verdade. Pobre é pobre mesmo. É tão pobre o pobre que só funciona a lei seca. Na comunhão o pobre come a hóstia e quem bebe o vinho é o padre... Para andar de carro só de carro da polícia. Uma vez já andei. Aí mandaram para o médico, o médico disse que eu estava diabética, eu perguntei o que era, o médico disse que era açúcar no sangue. Mas doutor, então eu estou doce? Ele disse: Olha minha senhora, isto é muito sério. E me mandou fazer um regime. Aí eu disse para ele: Agora que eu tenho muito açúcar eu tenho que jogar fora?". Dominada, expoliada, vê-se até nisso impossibilitada de acumular, seja lá o que for. A articulação com a repressão, o Estado e a ordem, por parte do aparelho médico também é percebida e revelada neste discurso.

6.2.2. Resistência à insulina

Embora mais rara, talvez porque mais perigosa, a omissão de insulina, como forma de transgressão e não seguimento das prescrições, mencionada já por Cohen⁽¹⁰⁵⁾, é também encontrada. O fato de que a omissão de insulina, por apenas tres dias, possa levar ao coma diabético, no caso de pacientes insulino-dependentes, torna bastante perigoso o

uso deste tipo de resistência, que é considerada como uma atitude auto-destrutiva nos meios médicos. J.C.F., 14a, recusa-se terminantemente, com o apoio da mãe, a voltar a tomar insulina, após período remissão. J.L.P., 18a., é instado pelo pai a procurar outro tratamento, sem insulina, pois este teme que provoque impotência. E.M.A., 17a., toma insulina sempre em doses bastante superiores as prescritas, apesar das advertências. Diz saber que precisa de maior quantidade e quando precisa, apesar de não fazer os testes. No entanto, o que faz com que esta forma de resistência seja apesar de tudo utilizada, ainda que por um número bem menor de pacientes, são as teorizações próprias que os pacientes desenvolvem sobre a doença e o tratamento e das quais a insulina e seu uso também são objeto. Vista como perigosa, talvez em decorrência dos choques hipoglicêmicos que seu uso incorreto pode acarretar, a ela se atribui a possibilidade de tornar os pacientes impotentes, dependentes ou viciados, sujeitos a complicações não bem identificadas, como não bem identificada é a origem e a sua ação para estes pacientes. A valorização desta substância como algo "misterioso" e milagroso e de seus "descobridores" como "gênios" participantes de "uma aventura emocionante"¹⁰⁶, ao lado de uma não participação no saber do aparelho sobre a complexidade e totalidade da doença levam a esta desconfiança básica quanto ao tratamento, mais aguda quanto a seu agente mais importante (a insulina), que vindo do grupo dominante é sentido como proposta de enfraquecer ainda mais os dominados (a impotência, a dependência). Bain e Chute refe-

rem-se a pacientes que não aumentam a insulina para corrigir a glicosúria, mesmo apesar das ordens do médico.

6.2.3. Resistência aos testes

A resistência à disciplina no que diz respeito às prescrições médicas (dieta e insulina, pontos centrais do tratamento) já analisada estende-se ainda a uma série de outras normas que dizem respeito ao tratamento mais ou menos indiretamente. Uma das principais recusas à disciplina se manifesta na não realização dos testes de urina, já mencionada, para medição de açúcar perdido pela urina. Para os pacientes insulino-dependentes é prescrita a realização destes exames quatro vezes ao dia (antes do café, do almoço, do jantar e da ceia), cujos resultados vão determinar o ajuste na dose de insulina a ser aplicada. Estes testes devem ser realizados em casa pelo próprio paciente ou um familiar e sua execução é relativamente simples. Na nossa observação \pm 80% dos pacientes não o fazem, dificultando inclusive uma prescrição de insulina adequada por parte do médico. Aqui também funciona a negação da transgressão, a quase totalidade dos pacientes que não trazem os resultados de seus testes afirma: tê-los feito e esquecido as anotações em casa. Na verdade a exigência dos testes é sentida como a atribuição de mais uma obrigação, ou tarefa, arbitrária. Mais uma vez trata-se de uma resposta à situação de passivo e não ativo no tratamento, à não participação no saber sobre a doença e o

tratamento e à atribuição apenas do trabalho manual, ou seja das tarefas técnicas ou manuais do tratamento (o próprio teste, a aplicação de insulina). A atitude do médico que repreende pela transgressão apenas reforça as posições, uma vez que infantiliza o paciente moralizando a situação e negando as possibilidades ativas do paciente. Sabe-se que uma prescrição correta, por isto, depende tanto das informações que o médico como tal detém, quanto do tipo de informação que o paciente traz com os seus testes, o que fica, no entanto, sob silêncio.

As formas de se subtrair à submissão-qualificação desafiam nossa imaginação, elas são inúmeras. Etwiller menciona, ainda no que diz respeito aos exames, a tentativa bastante frequente de camuflar a situação real no que diz respeito à taxa de glicemia. Diz ele: "Se peço a meus pacientes para vir fazer glicemia de manhã, tenho certeza de que a maior parte senão todos os meus pacientes seguem a dieta um pouco mais estritamente na véspera¹⁰⁷".

Bain e Chute afirmam que "40% ou mais dos pacientes infanto-juvenis têm algum grau de atrofia". Sabe-se que as atrofias devem-se à não rotação nos locais de aplicação de insulina, rotação esta prescrita pelo médico e que permite que, aplicada todo dia, fazendo-se a rotação, a insulina seja aplicada num mesmo lugar apenas uma vez por semana. Na nossa observação a percentagem de atrofia é ainda maior.

6.2.4. A evasão no tratamento

Outra forma importante de resistência que segue de perto a indisciplina ou resistência à disciplina é o que podemos chamar de evasão. Avaliada por nós¹⁰⁸ como da ordem de 70% entre os pacientes obesos do mesmo hospital, é bastante encontrada entre os diabéticos também, embora não tenhamos uma estatística a respeito. Ocorre mesmo entre diabéticos de tipo infanto-juvenil, cuja instabilidade torna quase impossível manter-se relativamente bem sem assistência. Encontramos pelo menos três casos de infanto-juvenis sem assistência médica durante três anos, um dos quais é hoje portador de retinopatia grave com perda quase total da visão. M.B.M., 13a, A.M.R.S., 14a, M.B.M., 37a, só recorrem ao hospital quando já em coma. Entre os diabéticos de tipo maturidade a quantidade de evasões deve ser ainda maior.

Aqui dois fatores devem ser de importância na escolha deste tipo de resistência. Mais uma vez, as teorizações que os pacientes desenvolvem sobre a doença têm parte ativa. A idéia de cura, entre os pacientes adultos, parece ser a maior responsável pela evasão. Desacreditando as afirmações dos médicos sobre a incurabilidade do diabetes e não percebendo alterações que prejudiquem seu dia a dia, consideram-se curados e portanto prontos a se livrar de um controle sentido como pesado. Muitas vezes também a assistência médica oficial é substituída pela utilização de outros recursos, que comentaremos depois, embora a regra se

ja a utilização destes recursos paralelamente à assistência oficial.

O denominador comum, no entanto, destas formas de resistência é a situação de suspeita que paira sobre o aparelho médico e diante da qual este é mais ou menos eficaz na tentativa de eliminar. Dizem Amir e Laron, a propósito da família N, de origem iemenita, com problemas financeiros, onde o diabetes foi diagnosticado no filho mais velho de 4 anos e meio, que a principal tarefa da orientadora que cooperava com seu centro de reabilitação era "neste caso conseguir manter a família N em contato, o que era praticamente impossível sem ajuda de fora. Mrs. N. não via Mrs. S como representante do Centro em relação ao qual ela mostrava grande desconfiança no começo: Eles falam e falam e não fazem nada, ela disse ¹⁰⁹".

6.3. "Teorizações" e recurso a outros meios e pessoas

As formas de resistência que descreveremos a seguir têm grande importância, embora o grau em que sejam utilizadas e mesmo as formas sejam de difícil avaliação tendo em vista o cuidado com que se mantêm, por um lado certo segredo sobre elas, por parte dos que a utilizam, e por outro, a recusa dos operadores do aparelho em aceitar sua existência, no esforço por mantê-las recalcadas. Trata-se aqui das teorizações próprias dos pacientes e da utilização de outros recursos que não os da medicina oficial.

No que se refere às teorizações próprias elas recobrem todas as questões que dizem respeito ao diabetes e na verdade constituem todo um corpo de explicações e respostas bastante elaborado e abrangente com que se pretende afrontar o vazio deixado pela não participação no saber oficial. Estas teorizações, bem como, aliás, as resistências em geral, têm suas fontes e buscam formas, no entanto, no que se chamou de ideologia dominante, daí muitas vezes seus pontos de contato, o que não deve ser confundido com explicações mal compreendidas ou algo no gênero, uma vez que existe todo um trabalho de transformação que não deve ser esquecido.

Assim, o diabetes é causado por quedas, sustos, por ter comido muito doce, por uma doença mal tratada, porque se emagreceu demais, por situações de desgraça (perdas, incêndios, assassinatos, mordida de cachorro, etc.); deve-se manter o repouso, não se deve fazer exercícios ou brincar perigosamente porque as feridas não curam, trabalhar e estudar não é aconselhável, pelo menos no início, pode piorar, dieta não resolve, insulina pode ser perigoso, viciar, causar impotência, cegueira, tratar não adianta, pois não tem cura, ou cura-se com o tempo, aborrecimentos fazem a glicemia elevar-se mesmo com dieta e remédio, comer doces não faz acontecer nada, falta de doces pode prejudicar; afirmações retiradas da própria experiência e validadas através de exemplos de conhecidos, vizinhos, amigos, parentes diabéticos e não-diabéticos.

A teorizações próprias correspondem também medidas próprias, ou seja à utilização de recursos que não os que a assistência da medicina oficial propõe. São utilizados dois tipos principais de recursos. O primeiro diz respeito ao uso de chás e similares de sementes, folhas ou raízes de plantas, que a tradição popular consagrou como sendo curativos. Em levantamento realizado em compêndio que recenseou 1.049 espécies de plantas e seus usos, encontramos 15 espécies relacionadas como tendo efeitos benéficos no caso de diabetes, entre as quais, pelo menos seis (cajú, jambo, carqueja, unha de vaca, graviola e carambola) são frequentemente mencionadas pelos pacientes em conversas nas salas de espera. Esta relação não é completa, pois não menciona o bajiru, também muito falada, encontrada no litoral de Maricá, onde muitos vão apanhá-la. Duas destas espécies (unha de vaca e pedra hume caá), no levantamento realizado são também conhecidas como "insulina vegetal"¹¹⁰. A utilização destes chás ou similares, em grande parte das vezes, é feita paralelamente ao uso de insulina, dieta ou hipoglicemiantes, e no mais das vezes negada. Na ficha de M.J.M.S. encontramos referência feita pelo médico de que a mãe estava dando Ipê-roxo e ia continuar dando.

O segundo tipo de recurso utilizado diz respeito ao que se convencionou chamar de religioso ou ligado à fé. Frequência a santuários milagrosos ou locais de peregrinação (talvez o mais frequentado seja o de Porto de Caixas, onde uma imagem de Cristo sangrou) terreiros de umbanda, centros espíritas (para realização de operações, inclusive), pro

messas, orações, etc.

É importante ressaltar aqui como é colocado e sentido este tipo de assistência ou a procura e estes re cursos. Para os pacientes da rede de assistência de massa não se trata de um último recurso desesperado. Tam- pouco se trata de recorrer envergonhado no desespero a algo de que sempre se fez pouco. A utilização do recurso é fei- ta paralelamente, sem que se veja os recursos como contradi- tórios, apenas não se os menciona porque do outro lado eles são vistos como contraditórios. Na verdade, os pacientes sentem-se mais identificados com estes recursos e provavel- mente encontram neles maiores possibilidades de participação. O recurso, portanto, não parece ser utilizado como religioso em si, mas como formas sociais e ideológicas mais próximas.

Um último ponto deve ser abordado aqui, no que diz respeito às resistências, embora não pretendamos tê-las esgotado. Diz respeito, ou tem pontos em comum com o aspec- to anterior. Apesar das advertências em contrário, já men- cionadas, e do desestímulo permanente por parte dos médicos, a consulta a outros diabéticos (conhecidos, parentes, vizi- nhos) e a profissionais paramédicos é prática generalizada e muito valorizada, bem como grande atenção é dispensada a seus conselhos e opiniões. Praticamente todo paciente da rede de assistência de massa tem seu enfermeiro ou farma- cêutico conhecido ao qual se dirige quando precisa. Mais uma vez não é difícil compreender o fenômeno. Mais próxi- mos social e ideologicamente e ao mesmo tempo participantes numa parcela um pouco maior de saber, mesmo dentro do hos- pital estes profissionais são objeto de menor resistência

do que os médicos. Além disto, um diabético mais antigo é um diabético mais experimentado e como igual pode-se confiar mais nele. A consulta aos livros, embora mais rara, é encontrada. Enciclopédias, livros médicos, no entanto são escritos para médicos, não para pacientes, de onde a sua inutilidade.

Ser o médico, pode ser a outra saída.

Entre os infanto-juvenis é um desejo bastante comum, assim explicado por um paciente (P.A.V., 16a): "Com esta doença só sendo médico". O depoimento do Dr. G. Kurow, diabético, é bastante eloquente: "Constantemente preocupado com questões médicas, senti nascer em mim o desejo de estudar medicina. Sonhava com a possibilidade de tratar de mim mesmo, resolver o enigma da origem do diabete e a verificação de Joslin, qual seja de que os médicos diabéticos são, de todos os profissionais, os que vivem mais tempo, serviu para animar-me ainda mais. Ainda não descobri o segredo do diabetes, mas realizei minha ambição de tornar-me médico e isto me tem dado força durante os períodos de depressão¹¹¹".

6.4. Outras formas

Atitudes de questionamento direto, insulto ou violência podem ocorrer, embora sejam raras. A situação de crônicos, de um dia vir a precisar do médico ou do hospital, certa dependência enfim, ao lado das medidas disciplinares de que estes se utilizam barram estas possibilida-

des. E.C., de 13 anos, internada para controle do diabetes teve alta disciplinar por pequenos furtos que realizou na enfermaria com auxílio dos parentes (esparadrapos, etc.). Não comparecia às consultas e se utilizava do chá de carqueja ao mesmo tempo que da insulina, não fazendo dieta regular.

Finalmente, a recusa de prosseguir os estudos ou no trabalho, mesmo passado o período de descompensação, quando o médico já liberou estas atividades, pode-se considerar como uma resistência a aceitar os critérios de saúde e doença, normalidade e cronicidade que a ideologia dominante estabeleceu.

A colocação e exposição destes obstáculos como resistências à ideologia dominante não significa no entanto uma valorização ingênua das mesmas. Cabe portanto ressaltar aqui o anarquismo e sobretudo o individualismo de que elas se revestem. Na medida em que recupera estas formas de resistência, tipicamente dominantes, do individualismo e do anarquismo, o paciente da rede de assistência de massa vê voltarem-se contra ele as suas próprias resistências. A maior parte dos recursos utilizados tem consequências desastrosas para o próprio paciente. Sabe-se que a não utilização de insulina pode levar ao coma em três dias, pacientes em dieta livre têm muito maiores probabilidades de complicações do diabetes (nefropatias, retinopatias, neuropatias, etc), e assim por diante.

Por outro lado, a psiquiatrização ou psicologização pura e simples dos obstáculos que o paciente coloca ao tratamento pode levar a um falso entendimento da questão, a falsas soluções. Não se pretende tampouco afirmar a não existência dos aspectos psicológicos. O que se pretende é contribuir no sentido de estabelecer o quadro sem o qual auto-destruição, hostilidade, desadaptação são entidades abstratas e sua manipulação uma forma de reforçá-las ou adiar a questão.

Pode-se ainda objetar que não é apenas na rede de assistência de massa que o médico vai encontrar um paciente que coloca obstáculos. Não pretendemos negar isto. Pretendemos apenas que a dinâmica nas duas redes é diferente, e procuramos identificar a da rede de massa, que nos foi dado observar.

6.5. Como o aparelho médico enfrenta as resistências

O aparelho médico, por sua vez, é capaz de identificar as resistências opostas a ele e interpretando-as lutar contra elas. No caso do diabetes, entre muitas formas de tentar vencer as resistências, uma tem um lugar de destaque: a instrução-educação do paciente diabético. Diz a Constituição da OMS: "A opinião bem informada e a cooperação ativa do público são de singular importância na melhoria da saúde do povo¹¹²". Já Benjamin, em 1947, enfatizava a educação do paciente diabético, para que ele pudesse levar uma vida mais normal e cooperasse com o tratamento de sua doença. Muitas formas de realizar esta as

sociação hospital-escola foram propostas e são utilizadas. A Clínica Joslin (EUA) interna seus pacientes no início da doença ou a qualquer tempo, por um período de 15 dias para instrução de seus pacientes. A Clínica Pediátrica Endocrinológica e o Centro de aconselhamento de diabéticos juvenis de Israel organiza programas multidisciplinares de educação para a família e o paciente logo em seguida ao diagnóstico para evitar a internação, bem como leituras sobre problemas médicos do diabetes, para pequenos grupos, de pais, com um médico, com intervalos mensais, instruções dietéticas com demonstrações na cozinha, para mães, e ainda grupos de aconselhamento para pais e um programa de ajuda de família a família.

No IEDE são organizados curso para adultos e crianças, em 4 aulas para transmitir "conhecimentos científicos práticos aplicáveis à vida diária¹¹³".

Campos de férias com atividades de instrução são realizados na maior parte dos países.

Um aspecto é sempre ressaltado, a importância de que o ensino seja dado por médicos, enfermeiros e dietistas experientes em diabetes e não delegado a inexperientes.

Trata-se, portanto, de abrir para o paciente a participação no saber e no tratamento, mas apenas até certo ponto, de forma controlada. Na verdade, uma certa divisão de trabalho se faz necessária dadas as características do diabetes, sobretudo a sua cronicidade. É o que mostra Polack quando fala da cronicidade: "A partir de um certo

grau de cuidado o aparelho dos laboratórios e das instituições médicas entra em jogo, sem que esta sujeição coloque seriamente em questão a aptidão do "paciente" para ter um lugar "normal" no processo de produção. Ainda é preciso que os sistemas de assistência ou compensação sejam pouco custosos, acessíveis, tecnicamente simples e rápidos, que não coloquem o "cliente" na obrigação de uma hospitalização prolongada Neste domínio, certas experiências tentaram ampliar as responsabilidades próprias do doente face a sua doença informando amplamente os diabéticos sobre os mecanismos fisiológicos de regulação da glicemia, o funcionamento das diversas glândulas endócrinas, os testes de pesquisa de açúcar e corpos cetônicos na urina, as dosagens de insulina, etc.⁶⁸.

A abertura a estas formas de participação no tratamento decorre pois de duas coisas: de um lado as resistências dos pacientes, de outro as necessidades colocadas para o aparelho médico pelo todo social (recolocação do problema da cronicidade, entre outros). Daí decorrem também as limitações destas tentativas. Em primeiro lugar, a atribuição ao paciente das tarefas práticas, técnicas, manuais e do saber correspondente a elas e não do trabalho intelectual do tratamento. Vejamos dois exemplos de programas destes cursos que pretendem abrir à participação do paciente. No IEDE: "O curso desenvolveu-se em seguida ao primeiro teste de conhecimentos e suas exposições abordavam as seguintes unidades didáticas: 1) Generalidades; 2) Complicações agudas e crônicas; 3) Tratamento;

4) Dieta; 5) Higiene; 6) Prática de pesquisa de glicose e cetona na urina e manejo de insulina; 7) Vida em sociedade". Dadas em 4 aulas de quarenta minutos cada.

Chute e Bain¹⁰⁴ propõem o seguinte programa: Informações gerais (pâncreas, causa do diabetes, hereditariedade); Dieta e Controle; Insulina, Injeções de insulina; História Natural e Curso do Diabetes; Testes de Urina; Exercício e Atividade; Complicações.

Trata-se pois de ensinar aquilo que o médico acha que o paciente deve saber e o que ele deve basicamente saber é controlar-se usando bem a dieta, manejando bem a insulina, fazendo os testes.

Com estes cursos, no entanto, estimula-se o agrupamento de pacientes, daí a necessidade sempre de um médico ou substituto, uma vez que é visto como perigoso o seu agrupamento sem um orientador médico. Para confirmar isto é interessante notar como se formaram e funcionam as chamadas associações de pacientes diabéticos. A Associação Carioca de Diabéticos não foge à regra. Fundada em 1956, a partir da I Semana Educativa do Diabetes, promovida na cidade com auxílio de laboratórios, vem tentando sobreviver desde então. Suas grandes dificuldades, no entanto, parecem dever-se em grande parte a que ela não é uma associação de pacientes, e portanto os pacientes não se sentem a ela ligados ou responsáveis por ela, sua frequência bem como contribuições a ela sendo mínimas. A necessidade dos médicos de manter controle sobre ela e de fazer dela instrumento de seus objetivos fica bem clara

em alguns itens de seu estatuto e ajuda a entender a realidade. Quais são os objetivos desta Associação? Assim diz o Estatuto, reformado em 1969: "1) auxiliar os diabéticos, seja qual for sua nacionalidade, cor, raça, sexo, categoria profissional ou condição social; 2) promover entre os médicos e outras profissões afins o livre intercâmbio de conhecimentos sobre o diabetes; 3) difundir preceitos e conselhos tendentes a instruir os diabéticos sobre sua doença, bem como orientar a população em geral sobre os meios de preveni-la; ... 6) estimular uma maior cooperação entre os diabéticos e entre estes e seus médicos"¹¹⁴.

Através dos objetivos relacionados (os grifos são nossos) pode-se perceber como, sentindo a necessidade de fazer face às resistências, promove-se medidas de modernização ou abertura (instrução, associação) mantendo-se no entanto o quadro geral de relações e suas bases. Ou seja, uma relação autoritária, que afirma a unidade da doença (objetivo 1) ou a igualdade, afirma o monopólio e o segredo do saber (objetivos 2-3) promovendo conhecimento entre médicos e difundindo conselhos entre pacientes, e que, finalmente, afirma a necessidade da relação de submissão, sob o nome de cooperação, impossível esta já que baseada nos objetivos anteriores.

A observação dos meios pelos quais se atinge estes objetivos é ainda mais ilustrativa. Dos dez meios relacionados no Art. 4 dos Estatutos, três dizem respeito ao aperfeiçoamento do médico, um à necessidade de supervi-

são médica do paciente, dois a medidas partenalistas para proteger o paciente pobre. Ou seja, mais autoridade ao mê dico (mais saber, mais poder), reafirmação da submissão do paciente, via infantilização (paternalismo) e necessidade (o não saber).

C O N C L U S ã O

Este trabalho pretendeu levantar algumas questões. Estas no entanto não são a totalidade das questões possíveis, bem como todas as respostas às questões colocadas não estão aqui.

O funcionamento do aparelho médico na rede de assistência não de massa, cuja descrição permitiria melhor explicitar as diferenças por respeito à rede de assistência de massa, o seu funcionamento em outras conjunturas na formação social brasileira, a análise de outras relações que se estabelecem no interior do aparelho são questões a ser desenvolvidas.

O referencial teórico utilizado, ainda que muito rico de possibilidades, supõe um amplo levantamento de dados concretos ainda por se realizar. As ideologias, políticas e instituições tanto de assistência quanto de ensino médico em distintos momentos da formação social brasileira devem ser objeto destes estudos.

Por outro lado, o próprio material teórico é um material aberto a muitos desenvolvimentos e deve ser devidamente explorado.

Finalmente, é necessário lembrar que a psicologia parece depender de todos estes estudos. Aliás, não só para o redimensionamento do efeito de sujeito que recobre cada agente social em seu papel no aparelho ideológico, mas também para que ela se constitua numa teoria deste efeito de sujeito, sem os descaminhos descritivistas, da inter-subjetividade, inter-pessoalidade, etc.

B I B L I O G R A F I A

1. A.Kaplan, "Power in perspective", Power and conflict in organizations, Basic Books, Inc., Publishers, New York, (1964), p.11
2. R.Dahl, "Power", International Encyclopedia of the social sciences, The Macmillan Comp., The Free Press, London, (1968), p.405-414
3. M.D.Lasswell e A.Kaplan, Power and society: a framework for political inquiry, Yale Univ. Press, New Heaven, (1950), p. XIV
4. A.Adler, La compensation psychique de l'état d'inferiorité des organes, Payot, Paris (1957).
5. R.L.Kahn, Power and conflict in organizations, Basic Books, Inc., Publishers, New York, (1964).
6. B. de Jouvenel, Power: the natural history of its growth, Batchworth, London (1961).
7. F.E. Oppenheim, Dimensions of freedom: an analysis, Macmillan, London (1961)
8. Aristóteles, The politics of Aristotle, Oxford University Press (1945).
9. Platão, The republic of Plato, Oxford University Press, London, New York (1945).
10. T. Hobbes, Leviathan, Cambridge University Press, (1904)
11. N.Maquiavel, O Príncipe, Ed. Atena, S.Paulo (1957).
12. M. Weber, The theory of social and economic organization, Free Press, Glencoe, Ill, (1957), p.152.
13. Id. ibid. p.153
14. J.Cazeneuve e D.Victoroff, La sociologie, Centre D'Etude et Promotion de la Lecture, Paris (1970), p.59
15. J.Beattie, Other cultures, aims, methods and achievement in social anthropology, London, (1964).
16. M.G. Smith, Government in Zazzau, London (1960).
17. G.Balandier, Anthropologie politique, P.U.F., Paris (1964) p.43.
18. Id. ibid, p. 43
19. R. Dahl "The concept of power", Behavioral Science, 2: 201-215 (1957).
20. B.Russel, Power, George Allen And Unwin, London (1938).
21. M.A.Simon, "Notes on the observation and measurement of political power", Journal of Politics, 15:500-516 1953.

22. D.Cartwright, Studies in social power, Institute for Social Research, Ann Arbor (1959).
23. K.Lewin, Field theory in social science, Harper, New York, 1951.
24. L.Festinger et al. Social pressures in informal groups, Harper, New York. (1950).
25. R.Lippit, N. Polansky, F. Reidl, S. Rosen, "A dinâmica do poder", Dinâmica de grupo, Herder, S.Paulo (1969) p.933.
26. D.Cartwright, "Influence, leadership; control", Handbook of organizations, Rand McNally, Chicago (1965), p.1-47.
27. J.P.R. French e B.Raven, "As bases do poder social", Dinâmica de grupo, Herder, S.Paulo (1969), p.758.
28. T.Parsons, The social system, The Free Press, Glencoe, Ill., (1951).
29. J.C. Marsanyi, "Measurement of social power, opportunity costs and the theory of two-person bargaining games" Behavioral Science 7:67-80 (1962).
30. J.Laplanche e J.B. Pontalis, Vocabulaire de la Psychanalyse, P.U.F., Paris (1967), p.90-93.
31. J.R.P. French, "Laboratory and field studies of power". Power and conflict in organizations, Basic Books, Inc., Publ. p. 33-51.
32. N.Sanford, "Individual conflict and organizational interaction", Power and conflict in organization, Basic Books, N.Y. (1963) p. 95
33. N. Poulantzas, Pouvoir politique et classes sociales de l' état capitaliste, Maspero, Paris (1968) p.104.
34. S.Karsz, Theorie et politique, Fayard, Paris (1974).
35. N.Poulantzas, ibid, p. 110.
36. M. Weber, ibid, p.28.
37. W.Mills, The power elite, Oxford University Press, New York (1957).
38. T. Herbert, "Reflexões sobre a situação teórica das ciências sociais e, especialmente, da psicologia social", Revista Tempo Brasileiro, 30-31 (1973), p. 3-36.
39. J.F. Le Ny, "Le materialisme et la psychologie sociale", La Pensée, 112 (1963), p. 62-82.
40. S.Karsz, ibid., p.286
41. F.Guattari, "Introduction à la psychothérapie institutionnelle", Psychanalyse et transversalité, Maspero, Paris (1972) p. 39-51.

42. J.Oury, "Place de la psychothérapie institutionnelle", Psychanalyse et politique, Ed. du Seuil, Paris (1974), p. 77-84.
43. M.Jones, A comunidade terapêutica, Ed Vozes, Petrópolis (1972) p. 13-14 e 18-19.
44. M.Jones, Social Psychiatry, Tavistock Publications, London, (1952).
45. R.N. Rapoport, Community as doctor, Tavistock Publications, London (1960).
46. E.Rodríguez, Biografía de una comunidad terapeutica, Eudeba, B. Aires (1965).
47. L.Schittar, "L' idéologie de la communauté thérapeutique L'institution en négation", Ed. du Seuil, Paris (1970) p. 141-150.
48. F. Guattari, "Guérilla en psychiatrie", Psychanalyse et transversalité, Maspéro, Paris (1972) p. 261-264.
49. F. Basaglia et al. "Assemblée générale du 17 mai 1967", L'institution en négation, Ed. du Seuil, Paris (1970) p.100.
50. M. Foucault, A casa dos loucos, Gep-PUC, Rio (1974) p.9
51. F. Basaglia, "Les institutions de la violence", L'institution en négation, Ed. du Seuil, Paris (1970), p. 103-140.
52. R. Laing, O eu dividido, Ed. Vozes, Petrópolis (1973) p. 28.
53. R. Laing, The Politics of the family, Tavistock Publications, London (1971).
54. E. Friedenberg, As idéias de Laing, Cultrix, S.Paulo (1975), p.33.
55. R. Laing, The politics of experience, Harmondsworth, Penguin Books (1967), p. 100.
56. C. Delacampagne, Antipsychiatrie. Les voies du sacré Grasset, Paris (1974).
57. D. Cooper, Psychiatrie et anti-psychiatrie, Ed. du Seuil Paris (1970).
58. D. Cooper, La mort de la famille, Ed. du Seuil, Paris (1972).
59. D. Deleule, La psychologie mythe scientifique, Robert Laffont, Paris (1969) p.21.
60. J. Bleger, Psicohigiene y psicologia institucional, Paidós B.Aires (1972) p. 79-80.
61. L. Althusser, "Idéologie et appareils idéologiques d' état", La Pensée, 151 (1970) p. 3-38.
62. R. Establet, L'école capitaliste en France, Maspéro, Paris (1971).

63. A. Gramsci, Os intelectuais e a organização da cultura, Civilização Brasileira, Rio (1968) p. 5.
64. T. Szasz, Ideology and insanity, Doubleday and Comp., New York (1969) p.46.
65. A. Gramsci, ibid.
66. M. Foucault, Histoire de la folie, Gallimard, Paris (1972).
67. G. Chatelet et al., "Les equipements du pouvoir", Recherches, 13, (1963), p. 147.
68. J.C. Polack, La médecine du capital, Maspero, Paris (1971) p.15.
69. G. Caro, La medicina impugnada, Ed. Laia, Barcelona (1972) p.23.
70. G. Canguilhem, Le normal et le pathologique, P.U.F., Paris (1972).
71. I. Illich, Némésis médicale, Seuil, Paris (1975).
72. G. Allport, "The psychology of participation", Great Ideas in psychology, Bantam Books, USA (1966), p. 473-496.
73. H.S. Sullivan. The interpersonal theory of psychiatry, Norton, New York (1953).
74. G. Deleuze, "Les intellectuels et le pouvoir", L'Arc, 49 (1972), p.7.
75. Currículo da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ, 1975
76. F. Alexander, La médecine psychosomatique, Payot. Paris (1970) p.7.
77. M. Balint, Le médecin, son malade, Payot, Paris, (1966).
78. D. Perestrelo, A medicina da pessoa, Liv. Ateneu, Rio (1975).
79. J.P. do Vale, Viva em paz com seu diabetes, Ed. O Cruzeiro Rio (1965) p. 45.
80. F. Arduino, "Diabete melito: generalidades", JBM, nº especial (1974) p.3.
81. O.M.S., A saúde no Mundo, nº especial sobre diabetes (1971).
82. F. Arduino, O que o diabético deve saber, ed. do autor, (1950), p.10 e 18.
83. G. Canguilhem, Connaissance de la vie, J. Vrin, Paris (1971), p. 167.
84. J. Rodrigues et al., Incidência de diabetes mellitus entre os funcionários da Light - S.E. - Rio (1972) p. 17.
85. E. Goffman, Internados, Amorrortu, B. Aires (1970).
86. S.P. Guimarães, "A dieta do diabético", JBM, nº especial (1974), p. 25 e 27.

87. M. Sankale, "O fim de um mito; o diabetes não poupa os africanos", A saúde no Mundo (1971), p. 22.
88. L. Zagury "Diabete infanto-juvenil", JBM, nº especial (1974). p.23.
89. Toward a good control, Ames Company, (1973), p.20.
90. W.F. Talbert, "Campeão de tênis apesar de diabético", A saúde no mundo (1974). p. 26.
91. M. Sigerist, Civilization and disease, Univ. of Chicago Press (1943).
92. M. Candau, "O diabético 50 anos após a insulina", A Saúde no Mundo (1974) p.3.
93. You and Diabetes, The Upjohn Company (1971) p. 3.
94. R.W. Palmer, "The diabetic personality", J.Indiana Med. Assn, 51, 1933 (1958).
95. G.E. Daniels, "Present trends and the evaluation of psychic factors in diabetes mellitus", Psychosomat Med., 1, 527, (1939).
96. T.F. Treuting, "The diabetes mellitus: a review of the recent literature". The Amer. Journal of the Med. Science, 244, 1, (1962), p.93.
97. A. Barcai, "Emotional factors and control in juvenile diabetes", Habilitation and Rehabilitation of juvenile diabetics, Leiden (1970) p.108.
98. A. Zeidel, "Emotional adjustment of juvenile diabetics and their families", ibid, p. 159-166.
99. T. Benedek, "An approach to the study of the diabetic", Psychosomat. Med., 10, 284, (1948).
100. L.E. Hinkle, "Role of environment and personality in the management of the difficult patient with diabetes mellitus", Diabetes, 8, 371, (1959).
101. S. Stearns, "Self-destructive behavior in young patients with diabetes mellitus", Diabetes, 8, 379, (1959).
102. R.E. Tunbridge, "Seventh Banting Memorial Lecture", Lancet, 2, 893 (1953).
103. B.L. Straight, "Psychological problems in the management of a diabetic child", Clin. Proc. Child Hosp. 15, 55, 1959.
104. H.W. Bain e A.L.Chute, "Diabetes in school children", Pediat. Clin. North America, 12, 4 (1965), p. 919-940.
105. A.S. Cohen, "Diabetic acidosis: an evaluation of the cause, course and therapy of seventy-three cases", Ann. Inter. Med. 52, 55 (1960).
106. C.E. Best, "Os descobridores", A Saúde no mundo (1974) p.

107. M. Karp et al. "What do juvenile diabetic and their families know about diabetes", Habilitation and Rehabilitation in juvenile diabetes, Leiden (1970) p. 91 (discussion).
108. L. Liepin e M.G. Ribeiro Silva. "Avaliação das causas de desistência no tratamento de obesidade no IEDE", Rev. Méd. Est. GB., a sair.
109. S. Amir e Z. Laron, "Family to family guidance", Habilitation and Rehabilitation in juvenile diabetics, Leiden (1970) p. 175-6.
110. G.L. Cruz, Livro verde das plantas medicinais e industriais do Brasil, ed. do autor (1965).
111. G. Kurov, "O médico diabético", A Saúde no mundo, 1974. p. 36.
112. OMS, Constituição, ibid, p.3.
113. L. Zagury e M.G. Ribeiro Silva, "Crianças e jovens diabéticos (Valor da instrução)", JBM, maio 1973, p. 106.
114. Estatuto da Associação Carioca de Diabéticos (mimeografado).

Tese apresentada aos professores

Angelo Bieffe, coord. pós-grad. por William Woodworth

~~_____~~

~~_____~~

Vista e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 24 de setembro de 1975

Atílio Antônio Soares
Coordenador dos Programas de Pós-Graduação e Pesquisa
do Centro de Teologia e Ciências Humanas, da UOC-RJ

