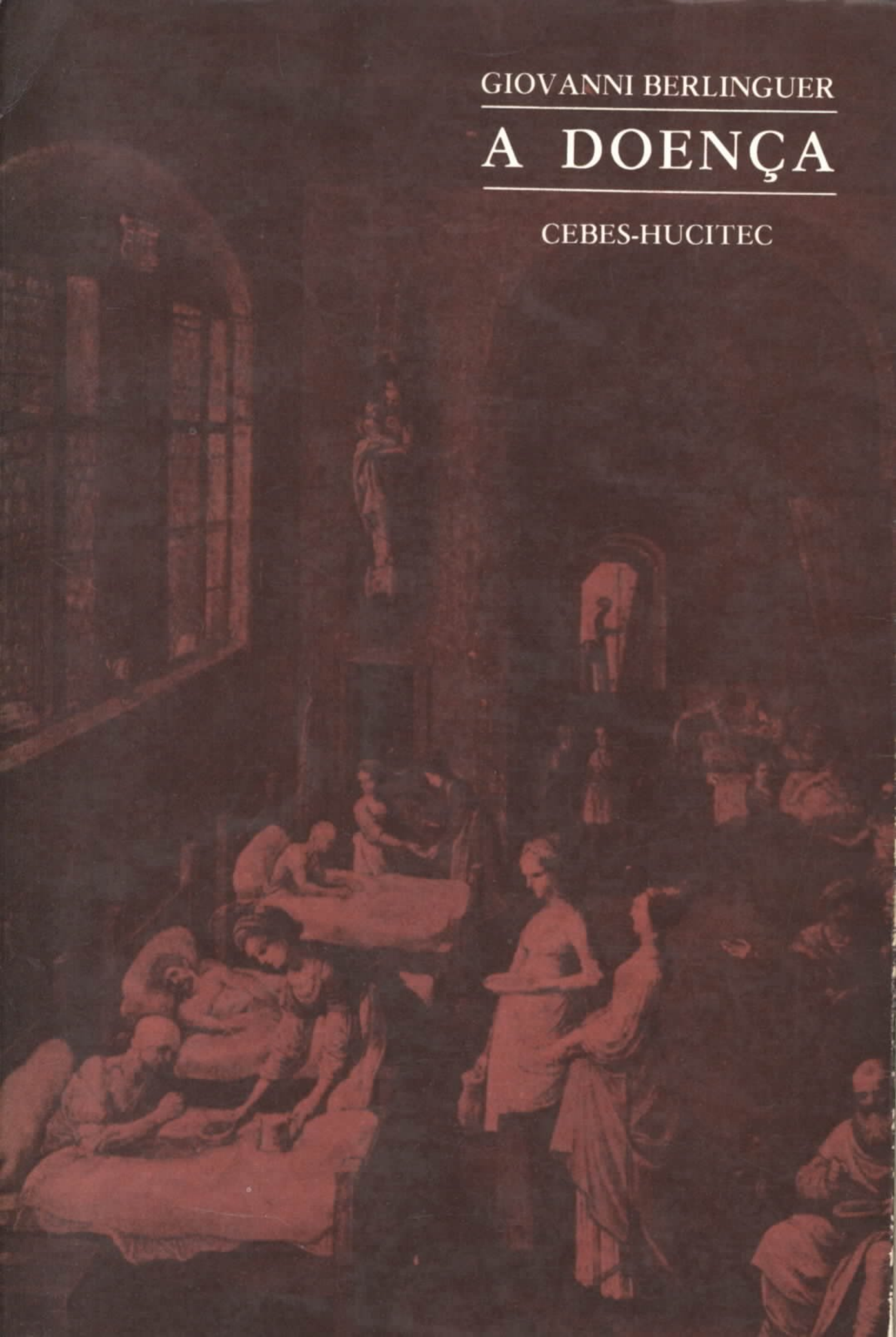
GIOVANNI BERLINGUER

A DOENÇA

CEBES-HUCITEC



A doença me chegou às mãos num momento em que minha vida estava por um fio. Talvez por esse motivo eu o li com interesse extraordinário. Terminada a leitura, achei que devia ser logo traduzido e publicado no Brasil.

Virgínia Gawryszewski, que não estava enferma, teve a mesma opinião e passou das palavras aos atos, traduzindo do italiano o primoroso texto de Giovanni Berlinguer.

Graças à iniciativa do CEBES e da HUCITEC, qualquer brasileiro, são ou doente, que tenha a tríplice ventura de saber ler, ter sensibilidade para os problemas de nossa gente e dinheiro para comprar livros, poderá saborear uma obra ao mesmo tempo séria e de leitura muito agradável.

David Capistrano Filho

Saúde em Debate

direção de

David Capistrano Filho
Gastão Wagner de Souza Campos
José Ruben de Alcântara Bonfim

SAÚDE EM DEBATE

títulos em catálogo

Medicina e Política, Giovanni Berlinguer
Saúde e Previdência: Estudos de Política Social, José Carlos de Souza Braga e Sergio Góes de Paula
A Saúde nas Fábricas, Giovanni Berlinguer
Ambiente de Trabalho: a Luta dos Trabalhadores Pela Saúde, Ivar Oddone et al
Ecologia: Capital, Trabalho e Ambiente, Laura Conti
Saúde Para Todos: Desafio ao Município, David Capistrano Filho e Aparecida Linhares Pimenta
Os Médicos e a Política de Saúde, Gastão Wagner de Souza Campos
Epidemiologia da Desigualdade, Cesar G. Victora, Fernando C. Barros e Patrick Vaughan
Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo, Carlos Augusto Monteiro
Saúde do Trabalhador, Aparecida Linhares Pimenta e David Capistrano Filho
Reforma Sanitária: Brasil e Itália, Giovanni Berlinguer, Sonia Maria Fleury Teixeira e Gastão Wagner de Souza Campos

A DOENÇA

DO MESMO AUTOR, NA EDITORA HUCITEC

Medicina e Política
A Saúde nas Fábricas
Reforma Sanitária

GIOVANNI BERLINGUER

A DOENÇA

Prefácio de
Hésio Cordeiro

Tradução de
Virgínia Gawryszewski

EDITORA HUCITEC
CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE
São Paulo, 1988

© 1984 by Editori Riuniti, Roma, Itália. Direitos em língua portuguesa reservados pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde em co-edição com a Editora de Humanismo, Ciência e Tecnologia "Hucitec" Ltda., Rua Geórgia, 51 - 04559 São Paulo, Brasil. Telefone: (011) 241-0858.

Capa: Luís Díaz

ISBN 85-271-0058-4
Foi feito o depósito legal.

PREFÁCIO

Vem em boa hora o livro de Giovanni Berlinguer, A Doença. *É uma extraordinária contribuição ao conhecimento do processo saúde-doença, seus determinantes e suas implicações na política e na reorganização do sistema de saúde.*

Frente à Reforma Sanitária brasileira, novos desafios nos são colocados, não apenas quanto ao ponto de vista do saber, como da ação política. O processo da Reforma Sanitária conduz necessariamente a um conceito abrangente e político da saúde, deixando superado o histórico conceito da Organização Mundial de Saúde de 1946.

Saúde é um processo dinâmico e contraditório resultante da confluência (com ou sem coerência) das políticas econômicas e sociais, das transformações do meio ambiente e ambiente de trabalho, de desenvolvimento científico e processo técnico, da formação da força de trabalho em saúde e mutações no mercado de trabalho do setor. É esta constelação de processos que configura um cenário repleto de desafios, onde os êxitos e os insucessos podem coexistir, podem suceder-se e superar-se. Portanto, a Reforma Sanitária não tem como objeto exclusivo o sistema de saúde. Envolve mudanças complexas e articuladas que têm repercussão nos níveis de emprego e salário, habitação, saneamento, condições de trabalho, formas de acesso ao sistema de saúde, e assim por diante.

Na trajetória que vai da VIII Conferência Nacional de Saúde à aprovação recente, pela Assembléia Nacional Constituinte, das propostas relativas ao capítulo da Saúde e Seguridade Social, ficaram demarcados vários campos de luta: a construção do sistema único de saúde, a partir da estratégia da descentralização e gestão pelos estados e municípios; a vontade política de mudança no âmbito da Previdência Social e as indecisões do Ministério da Saúde; os conflitos entre uma concepção moderna da administração pública e a política menor de favores e clientelismo; as resistências corporativas.

Berlinguer nos faz retomar a doença como objeto do conhecimento e da ação para a reforma sanitária, e nos estimula a reencontrar neste objeto as determinações históricas que envolvem o "social" e o "biológico". Ele não se prende a esquemas rígidos dos quais a "epidemiologia histórica" (ou marxista, estrutural ou social), muitas vezes, não soube ou não pôde romper. Rico em relato de situações, Berlinguer trabalha os conceitos teóricos, retifica-os, vai ao real do processo saúde-doença com rigor teórico e compromisso social. Nenhum conceito é vazio. Todos podem convergir, como vetores que ligam um intrincado campo teórico às forças e às resistências de uma realidade que deve ser transformada.

Hesio Cordeiro

SUMÁRIO

Prefácio, *Hésio Cordeiro* 7

Introdução 11

1 Muitas definições, poucas certezas 19

2 A doença como sofrimento 38

3 A doença como diversidade 58

4 A doença como perigo 76

5 A doença como sinal 94

6 A doença como estímulo 118

7 Perspectivas para a saúde 138

INTRODUÇÃO

Os homens e as mulheres podem estar doentes ou não. É uma questão de bom senso, antes mesmo que uma investigação científica. A saúde e a doença são porém distribuídas desigualmente entre os indivíduos, as classes e os povos. Existem até algumas pessoas que, por nascença ou por má sorte, simbolizam em si mesmas e nas suas famílias uma enciclopédia viva das doenças.

Na Clínica do Trabalho de Milão, fundada em 1902, foram recolhidas as fichas de evolução clínica de muitos trabalhadores e de seus familiares. Uma dentre essas pertencia a um envernizador, nascido em 1868, que aos quinze anos adoeceu de reumatismo articular agudo; depois serviu o exército na África e foi atingido pela malária e disenteria amebiana; em seguida começou a ter cólicas, ditas "saturninas", por intoxicação pelo chumbo contido no verniz. Casou-se, e os filhos tiveram muitas doenças graves: uma filha morreu de pneumonia aguda, uma outra de endocardite e subseqüente embolia cerebral. A mulher morreu depois, de tuberculose pulmonar, e ele casou-se novamente. Nasceram outras duas meninas que morreram, uma de broncopneumonia e a outra de meningite. Nesse meio tempo ele continuava com os sintomas de saturnismo, e, finalmente, morreu em 1933 por miocardiopatia agravada pela nefrite crônica.

O que há em comum (além do azar, para quem acredita) nessa soma de desgraças? Trata-se, considerando cada uma, de manifestações patológicas, de sofrimentos bem diversos (*páthos* em grego antigo significa exatamente "sofrimento"). Do ponto de vista histórico têm em comum o fato de que grande parte dessas patologias desapareceram, na sua forma grave e difusa, nos países industrializados, e persistem, ao contrário, nas zonas exploradas e subdesenvolvidas do mundo. Assim ocorre em relação à malária, à disenteria amebiana, saturnismo grave, às broncopneumonias, às meningites, à tuberculose. Do ponto de vista conceitual, têm em comum o fato de que alteram a saúde

individual e que por isso são reagrupadas sob o nome de *doença.*

Desde as civilizações primitivas os homens se interrogam sobre este conceito. No início parecia claro que as doenças fossem devidas à *ausência,* ou à supressão de algum princípio vital; outras vezes a uma *presença* estranha e nociva: corpúsculos de uma *materia peccans,* matéria impura, demônios ou animais perversos. Diríamos hoje: presença de substâncias tóxicas, forças autodestrutivas, comportamentos insalubres, micróbios e parasitas.

A ciência da Grécia antiga introduziu a idéia da desarmonia dos fatores, desequilibrados entre si. Alcmeão, filósofo e cientista do século VI a.C., que foi o primeiro a intuir que o cérebro é o órgão do pensamento, dizia que a saúde era um equilíbrio de forças: úmido-seco, quente-frio, amargo-doce. Se uma destas assumisse o domínio (a palavra usada é *monarquia*), a doença passaria a existir. A saúde, ao contrário, está baseada na sua *isonomia* ou igualdade. Existe assim certa semelhança, ou talvez influência recíproca, positiva ou negativa, entre as leis da política e as alterações do corpo humano. O maior médico da Antiguidade, o grego Hipócrates (460-377 a.C.), aprofundou e tornou mais complexa a análise afirmando que o estudo das doenças deve ser fundado "no quanto existe de comum e de individual na natureza humana: na doença, no doente, na dieta e em quem prescreve (porque deste depende o seu desenvolvimento favorável ou não); na constituição geral e específica dos fenômenos celestiais e de cada região, nos costumes do povo, no regime, nas profissões, na idade de cada um; na fala, nas maneiras de ser, no silêncio, no pensamento, no sono e na insônia, nos sonhos (como e quando), nos gestos involuntários (arrancar os cabelos, coçar-se, chorar); nos paroxismos, nas fezes, na urina, nas secreções, no vômito; na ligação entre as doenças (quais derivam do passado e quais geram o futuro); nos abcessos, se são sinal de morte ou de crise, no suor, nos calafrios, no frio, na tosse, no espirro, no soluço, na respiração, nos arrotos, na flatulência (silenciosa ou ruidosa), nas hemorragias, nas hemorróidas. Com base em tudo isso, estenda-se a investigação até onde se consiga".

Estas frases podem parecer uma confusão casual de palavras que pouco têm de comum entre si. Por que misturar flatulência e pensamento, vômitos e fala, tosse e profissão, hemorróida e costumes, calafrios e sonhos? Só recentemente foi demonstrado, e não apenas intuído, que a tosse crônica dos mineiros é devida à inalação de pó de sílica durante o trabalho; que o costume de ingerir bebidas alcoólicas favorece a hemorróida; que os

Hipócrates (460-377 a.C.) e Galeno (129-201 d.C.), os dois mais famosos médicos da Antiguidade, retratados idealmente juntos num manuscrito do século XIV.

sonhos e os gestos involuntários podem ser expressão de estados patológicos não conhecidos por outras vias; que a "ligação entre as doenças passadas e futuras" permite estudar a anamnese (história), o diagnóstico (investigação) e o prognóstico (previsão) das doenças. Isto vale tanto para os indivíduos quanto para as coletividades humanas.

O apelo de Hipócrates, "estenda-se a investigação", apelo a uma pesquisa sem dogmas e sem limites, nem sempre foi seguido em épocas posteriores. Por exemplo, as obras de Galeno (129-201 d.C.) que exercitou a arte médica na corte do imperador romano Marco Aurélio, foram estudadas quase que como textos sacros até o Renascimento. Considerava-se que contivessem todo o saber sobre anatomia (estrutura dos órgãos vivos), fisiologia (funções), patologia, e isso criou durante muito tempo obstáculos para o conhecimento médico. Quando William Harvey (1578-1657) expôs os resultados das suas descobertas sobre a circulação contínua do sangue, que derrubaram as teorias precedentes, teve consciência de dizer "uma coisa nova e impensada"; e de correr o risco "de que toda a humanidade possa voltar-se contra mim, pois o hábito torna-se uma segunda natu-

Por muitos decênios perguntou-se que tipo de doença teria este rapaz, retratado no século XVI por Hans Holbein, o Jovem. A evolução da capacidade de diagnóstico é um dos aspectos decisivos no progresso da ciência médica. A pintura, por outro lado, testemunha a história das doenças.

reza, sustentado pelo respeito em relação à autoridade".

A partir do século XVII, o conhecimento do homem sadio e do homem doente progrediu consideravelmente. Foi Giambattista Morgagni (1682-1771) quem criou a anatomia patológica: demonstrou que os sintomas clínicos correspondem a lesões orgânicas internas, encontradas quando um cadáver é examinado (autópsia). Posteriormente Claude Bernard (1813-1878) desenvolveu as bases da fisiopatologia: afirmou que ao conhecermos um fenômeno fisiológico, estaremos em condições de explicar os distúrbios que eles podem sofrer num estado patológico. Ele enfatizou que o conjunto das funções, a fisiologia humana e animal, que estudou experimentalmente, está baseado em leis químicas e físicas, mas tem também suas próprias leis. Tende, por exemplo, a manter ou reconstituir a constância do "meio interno", sangue ou linfa, em relação às modificações do ambiente externo. Esse conceito foi retomado no século XX com o termo *homeostasia,* com a descoberta dos mecanismos reguladores do equilíbrio fisiológico (nervosos e hormonais) diante dos agentes modificadores e com a teoria do *stress*. Essa palavra inglesa indica o esgotamento dos mecanismos de adaptação diante de agressões intensas e prolongadas.

Além disso, desde o final do século XIX, com o aperfeiçoamento de uma série de instrumentos, em particular do microscópio, um grande número de cientistas, médicos e estudiosos, de Robert Koch (1842-1910) a Louis Pasteur (1822-1895), individualizaram as causas, os mecanismos de transmissão, as medidas preventivas e higiênicas (profilaxia) para muitas doenças infecciosas, da peste à variola, da tuberculose à malária, contribuindo para reduzir, e em alguns casos eliminar, flagelos seculares.

Contemporaneamente porém fortaleceu-se a tendência a se imaginar uma relação muito simplificada entre a normalidade e a patologia, entre saúde e doença. Ao mesmo tempo criou-se a ilusão de que todas as doenças poderiam ser conhecidas através do microscópio, e serem vencidas com soros e vacinas, pois seriam atribuíveis a causas específicas, a agentes mórbidos portadores ou geradores de doenças claramente identificáveis.

Desprezou-se o fato de que, mesmo existindo organismos e fatores que poderíamos chamar "profissionalmente patogênicos", isto é, idôneos somente para produzir doenças, para provocar no homem fenômenos destrutivos, devemos admitir que cada elemento e cada fenômeno natural, como também cada condição de existência do homem pode igualmente transformar-se em fonte de doenças. Os mesmos fatores que permitem ao homem

viver (alimento, ar, clima, habitação, trabalho, técnica, relações familiares e sociais etc.) podem caúsar doença, se agem com determinada intensidade, se pesam em excesso ou falta, se agem sem controle. Um mesmo elemento pode assumir dois valores: ser fonte de saúde ou razão de mal-estar. A mesma ambivalência que circunda as *causas* de saúde ou de doença vale também para as *manifestações* dos dois fenômenos. A Organização Mundial de Saúde (OMS), no momento da sua constituição, em 1946, tentou dar uma definição, a mais abrangente possível, para a saúde: "Bem-estar físico, mental e social". Essa escolha teve efeitos positivos durante algum tempo, ligando fenômenos psíquicos e sociais, antes negligenciados no tema da saúde. Mas depois não teve êxito pela forma como foi usada e pela crítica feita. Identificando a saúde com o bem-estar, e confundindo assim o mal-estar mental e social com as doenças, a definição da OMS ampliou grandemente a esfera das atribuições na área de saúde, com o risco de transformar qualquer sinal de conflito e qualquer distorção nas relações entre os homens, em ocasião ou pretexto para tratamento médico. O tratamento médico pode ser útil, mas nesse caso é ineficaz, ou até prejudicial.

O que é, então, a doença? Este livro não tem pretensão de dar uma resposta. Existem de fato fenômenos patológicos muito diferentes entre si: o que reúne a esquizofrenia e o resfriado, um tumor e uma diarréia? Além disso, existem diferenças profundas, entre indivíduos e entre povos, no sofrer ou no modo de reagir às doenças. Existem, enfim, quadros patológicos que dominam uma época, como a peste no século XIV e a tuberculose no século XIX, e que depois regridem, enquanto se aproximam e prevalecem outras patologias, como atualmente os tumores e as doenças cardiocirculatórias. Além disso as nações, as classes, os indivíduos, são atingidos pelas doenças de forma muito diferente.

Certamente este livro não pretende tratar o assunto de maneira completa, pois já foram publicados ou estão programados outros livros que confrontam argumentos e aspectos mais específicos e também gerais em matéria de saúde e doença. Este volume é uma tentativa de raciocinar com o leitor, é uma aproximação do tema. O primeiro capítulo procura definir o conceito de doença. Ou melhor, refere-se a algumas definições e as comenta, para chegar à triste conclusão de que nenhuma delas parece suficiente; e que por esse motivo convém partir dos sofrimentos, das diferenças e anomalias, dos perigos, dos sinais e dos estímulos que cada processo patológico desencadeia e influi na vida dos indivíduos e nas relações sociais.

A cada uma de tais expressões ou interpretações da doença são dedicados os capítulos seguintes. Espero pois que cada leitor, mesmo não obtendo respostas abrangentes, possa compreender e agir melhor ao enfrentar a própria doença ou a de outrem. A esperança, naturalmente, é de que isto nunca seja necessário.

A fome, ainda que ignorada nas estatísticas sobre as doenças, é a causa (ou fator) principal da alta mortalidade nos países pobres.

Capítulo 1

MUITAS DEFINIÇÕES, POUCAS CERTEZAS

Entre as muitas atribuições que uma sociedade, de uma época a outra, atribui à medicina e aos médicos (tratar, consolar, iludir, controlar, prevenir, educar etc.), existe uma específica que sempre reencontramos: combater as doenças. Mudam as formas de organização, os métodos científicos, os instrumentos para atingir o objetivo. Não o fim. Ainda assim, tudo se complica quando se procura definir o que é a doença; qual é, portanto, a natureza do fenômeno que se quer controlar.

Proponho agora aos leitores um exercício: se vocês tiverem ou puderem pedir emprestado (restituindo-os depois!) algum dicionário ou enciclopédia, procurem a palavra *doença.* Dificilmente encontrarão duas definições semelhantes.

Hoje, nos países subdesenvolvidos, doente quer dizer principalmente desnutrido ou atingido por doença infecciosa. Na Europa e na América do Norte isso era também verdadeiro há alguns séculos atrás; hoje, quando se fala de doentes graves, pensa-se principalmente nos tumores, nas doenças mentais, nas cardiopatias.

Além disso, mudam o conhecimento e os valores científicos, e evolui a cultura geral. Também muda o poder, e com ele o juízo de valores dos homens. Um exemplo, aparentemente paradoxal, é que no século passado a saúde dos escravos do sul dos Estados Unidos certamente não era boa; mas de qualquer forma era melhor que a dos negros livres e dos brancos pobres do norte. O Tratamento dos escravos, mercadoria de uso e passível de venda, era um investimento, uma despesa de manutenção. Acontecia até de operários irlandeses serem contratados para evitar que os escravos trabalhassem nas zonas de malária.

É muito variável, enfim, a ótica do observador: a doença será diferente se for julgada pela própria pessoa ou por parentes ou amigos, ou por quem deve avaliá-la para um emprego, para o alistamento militar, uma pensão de invalidez, ou até pelo médico ao tratá-la.

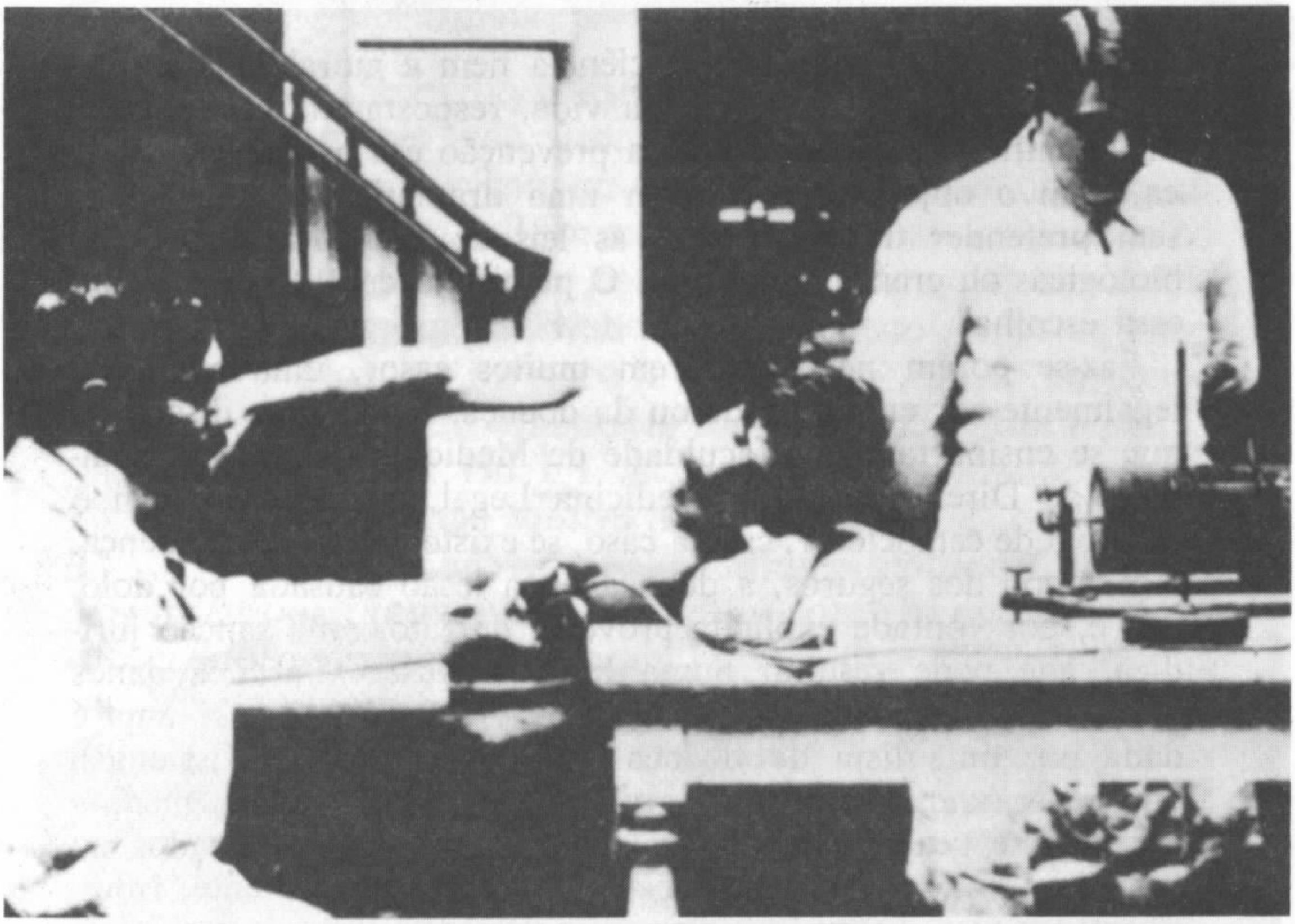
Em resumo, no fenômeno doença, quando se considera a espécie humana, estão interligados três componentes: *a)* um fato objetivo, corporal, isto é, uma alteração de algum órgão, aparelho, sistema ou função, mais ou menos demonstrável; *b)* um maior ou menor conhecimento do mal; *c)* uma idéia e uma medida, derivadas do conhecimento, dos prejuízos, dos interesses da época; e portanto um juízo de valor, uma interpretação ética, além da científica, que vale como guia de ação.

Mesmo em relação a um indivíduo preciso não é fácil saber com freqüência se ele está sadio ou doente. Às vezes, nem se está vivo ou morto. Lembremos da célebre consulta à cabeceira de Pinóquio, depois que ele havia sido pendurado a uma árvore pelo gato e pela raposa. Eram três os médicos: o corvo, que declarou solenemente: "o boneco está bem morto, mas se desgraçadamente não estivesse morto, então seria um indício bem seguro de que ele está muito vivo"; a coruja, porém, o contradiz: "para mim, ao contrário, o boneco está bem vivo, mas se por desgraça não estivesse vivo, então seria sinal de que realmente está morto"; e, finalmente, o grilo falante, que concluiu sabiamente: "eu digo que o médico prudente, quando não sabe o que diz, a melhor coisa que pode fazer é ficar calado".

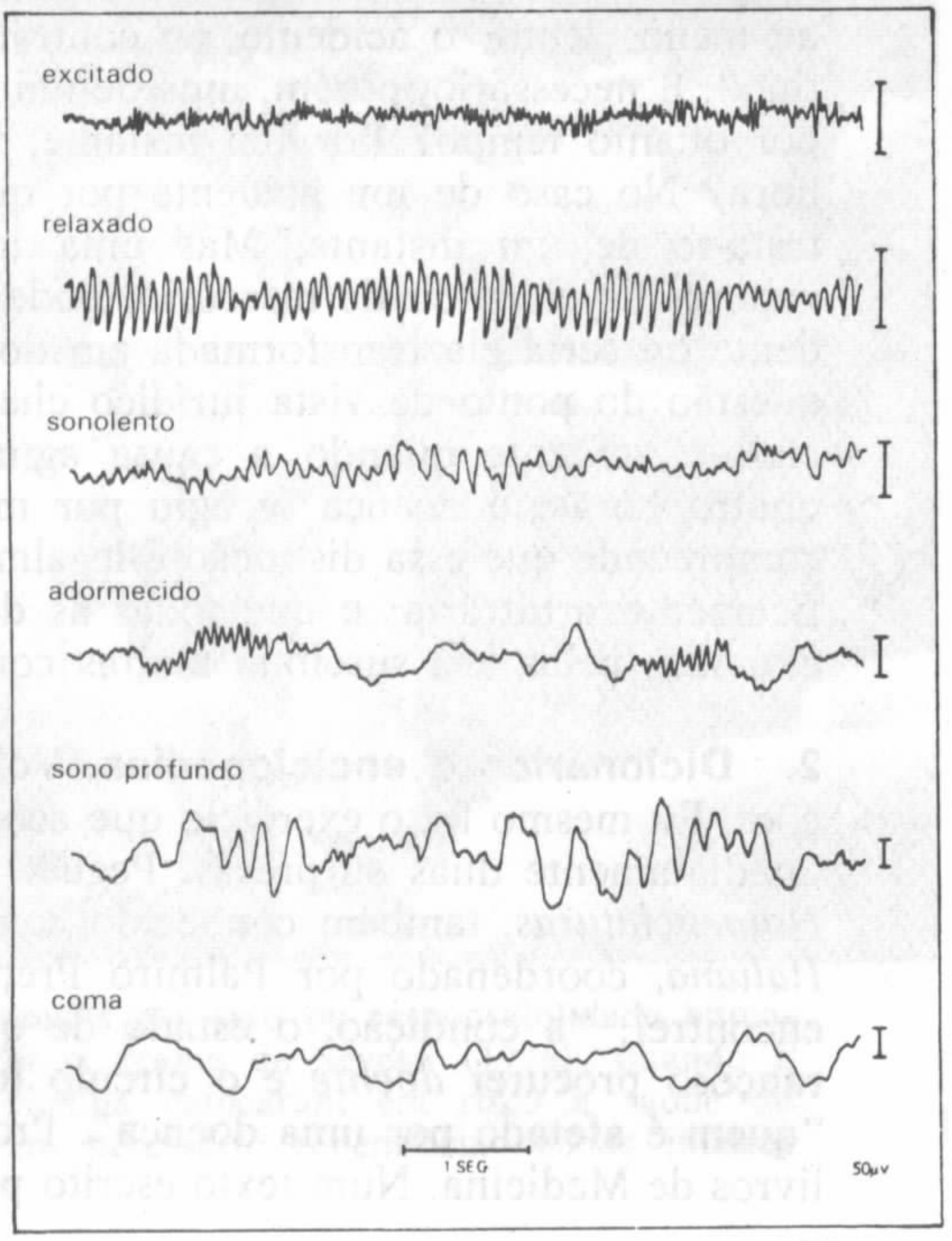
Ironia de um escritor? Certamente.

1. O que diz a lei? O Parlamento italiano também discutiu durante muito tempo, com toda a seriedade, como estabelecer com certeza se um cidadão está morto ou vivo. Isso era necessário ficar claro quando fosse preciso retirar do corpo órgãos para transplante, com o objetivo de curar ou salvar outra pessoa. A lei aprovada (1975) diz que não basta ter sido observado o cessar dos batimentos cardíacos. É necessário que ocorra "a observação contínua do eletrocardiograma durante pelo menos vinte minutos, e a certeza de ausência de respiração espontânea por dois minutos após a suspensão da respiração artificial; e que também seja constatada a ausência de atividade elétrica cerebral espontânea ou provocada". Para evitar qualquer abuso, prevê-se que a morte deva ser confirmada por uma junta médica composta por um médico legista, um médico anestesista e um médico neurologista especialista em eletroencefalografia. Acrescente-se a isso, lembrando-se talvez da consulta de Pinóquio, que os três especialistas devam exprimir um juízo concordante. Se não, pela lei, o indivíduo ainda estará vivo.

Em outra ocasião, o Parlamento discutiu o que era a vida, e quando essa se inicia. Foi na formulação da lei sobre o aborto. Decidiu-se, enfim, evitar qualquer definição precisa, e proceder



A eletrônica fornece hoje meios fundamentais de controle e de diagnóstico. No alto, o primeiro eletrocardiograma: os impulsos cardíacos são traduzidos em gráficos. Ao lado, os registros eletroencefalográficos ilustram o curso da atividade cerebral em diversas situações. Das ondas de alta freqüência e baixa amplitude, típicas do estado de excitação, passando a ondas menos ou pouco freqüentes, até o limite do estado comatoso.



empiricamente porque nem a ciência nem a moral haviam oferecido, a respeito da origem da vida, respostas unívocas. Decidiu-se enfrentar o aborto com a prevenção e a assistência médica, com o objetivo de resolver uma dramática questão social sem pretender transferir para as leis do Estado controvérsias biológicas ou crenças religiosas. O plebiscito de 1981 confirmou essa escolha.

Faz-se porém necessário, em muitos casos, uma avaliação legalmente correta da saúde ou da doença. Existe uma disciplina que se ensina tanto na faculdade de Medicina quanto na faculdade de Direito, que é a Medicina Legal, que também tem o objetivo de estabelecer, caso a caso, se existe ou não uma doença. No campo dos seguros, a doença ou a lesão causada por dolo, isto é, por vontade explícita provoca, de fato, uma sanção jurídica, que pode resultar numa longa reclusão. Para os danos derivados do trabalho existem outras prescrições legais: uma é dada por uma lista de doenças definidas como profissionais, que é periodicamente (mas tardiamente) atualizada, na medida em que se reconhecem novos quadros patológicos ligados ao trabalho. Aqui existe a distinção entre doença e acidente. Intuitivamente essa distinção é clara: a primeira é um processo mais ou menos lento; o acidente, ao contrário, é um evento "repentino". É necessário, porém, uma delimitação temporal: repentino por quanto tempo? Por um instante, por um minuto, ou uma hora? No caso de um acidente por queda ou choque elétrico, trata-se de um instante. Mas uma intoxicação química, por vapores de cloro ou de mercúrio, poder-se-ia defini-la como acidente ou seria ela transformada em doença? Para resolver essa questão do ponto de vista jurídico chegou-se a uma diferenciação: é acidente quando a causa agiu por menos de vinte e quatro horas; é doença se agiu por mais tempo. Todo mundo compreende que essa distinção é legalmente cômoda, mas cientificamente arbitrária; e que todas as definições de doença sancionadas pelas leis suscitam muitas controvérsias.

2. Dicionários e enciclopédias. Voltemos, porém, às definições. Eu mesmo fiz o exercício que aconselhei aos leitores e tive imediatamente duas surpresas. Peguei o antigo *Vocabulário de Nomenclaturas,* também conhecido como *O Tesouro da Língua Italiana,* coordenado por Palmiro Premoli. Na palavra *doença* encontrei: "a condição, o estado de quem está doente". Esperançoso procurei *dcente* e o círculo imediatamente se fechou: "quem é afetado por uma doença". Procurei, então, entre meus livros de Medicina. Num texto escrito por Luigi Ferrio em 1946,

Muitas doenças podem ser causadas por erro ou responsabilidade humanos: esta foto nos faz lembrar o drama de Seveso (1976), quando a formação e a liberação de dioxina colocaram em risco a saúde de milhares de pessoas e tornaram necessário rebeneficiar zonas inteiras da região.

Uma aula de anatomia na Universidade, numa ilustração tirada do manual de Anatomia do flamengo Andrea Vesálio (século XVI).

intitulado *Terminologia Médica,* que havia comprado quando estudante, a palavra *doença* não existe. Existem muitas páginas com descrições de doenças segundo a coloração assumida pelo paciente (doença azul, bronze, negra etc.), segundo as profissões (dos mergulhadores, dos radiologistas, dos alfaiates, das telefonistas, dos vagabundos, dos criadores de porcos, dos místicos etc.), e sobretudo segundo os nomes ilustres dos descobridores, desde Adam Stokes, Addison, Albers, e assim vai por todo o alfabeto até Winkel, Woillez, Zenker. Parece que, estranhamente, a maior ambição de um médico seja ter dado o seu nome a uma nova doença, não a novos tratamentos ou medidas preventivas. E assim as doenças epônimas (com o nome dos autores) chegam mais de 1.500, o que gera algum abuso e muita confusão. O professor Emanuele Djalma Vitali (autor de livros como *Guia da Alimentação, A Nutrição* e *Os Alimentos* nos fez lembrar que, por exemplo, o megacólon congênito, uma malformação intestinal rara, é conhecida como "mal de Hirschsprung". Para nós, italianos, requer um grande esforço de pronúncia, mas honra o cientista dinamarquês que em 1888 fez uma descrição eficaz da doença. Vitali acrescenta, porém:

> "Já que esta malformação havia sido descrita há mais de um século e continuou a ser objeto de estudos posteriores, outras denominações epônimas lhe foram impingidas. Assim, os holandeses a chamam *Doença de Ruysch* e os italianos, por outro lado, *Doença de Battini-Hirschsprung* ou também *Doença de Mya* (atenção: o Mya era italiano).
> "Essa competição reivindicatória das prioridades é quase humorística, e nos vem à lembrança, como contraste, a antiga e conhecida polêmica (séculos XVI e XVII) a propósito da provável responsabilidade na difusão da sífilis, que pelos italianos era chamada 'mal-francês', pelos franceses 'mal-napolitano' e pelos turcos 'mal-dos-cristãos'. Não acredite poder fugir totalmente das amenidades quando se escolhe... o caminho do internacionalismo como se fez com o *mal de Calvé-Legg-Perthes-Waltestrom* quatro bandeiras para assinalar somente uma doença.
> "Nacionalismo ou internacionalismo, a confusão aumenta ainda mais quando se verifica a circunstância oposta, isto é, quando uma denominação indicar mais de uma condição patológica. Lembremos somente, sem nos alongarmos mais, que sob o nome de *Doença de Marfan* e de *Síndrome de Marfan,* existem umas cinco formas patológicas, bem diferentes umas das outras".

Uma operação de fístula lacrimal e os equipamentos do cirurgião numa estampa da *Encyclopédie* dirigida por Diderot e d'Alembert. As ilustrações de matéria médica da colossal obra dos iluministas são uma fonte preciosa para se estudar os conhecimentos anatômicos e cirúrgicos do século XVII.

Retornando a Ferrio, é evidente que ele renunciou a enfrentar o tema geral, porque muito complexo; mas também por uma opção cultural, pela especialização exasperada, pela subdivisão do organismo humano (e das disciplinas médicas) em compartimentos que não se comunicam entre si.

Depois dessas desilusões preferi retornar às enciclopédias, ao invés dos dicionários, por serem a fonte mais autorizada das definições.

A primeira consultada foi, obviamente, a enciclopédia por excelência, isto é, a *Encyclopédie* de Diderot e d'Alembert. De *maladie* se diz: *"C'est en général l'état de l'animal vivant, qui ne jouit pas de la santé; c'est la vie physique dans un état d'imperfection"* ("é em geral o estado de um animal vivo que não goza de saúde; é a vida física num estado de imperfeição"). Diante da pergunta um tanto óbvia: o que são então a saúde e a perfeição? a *Encyclopédie* acrescenta que a palavra *doença* é muito bem compreendida por todos, que não é fácil dar-lhe uma definição clara e precisa.

É interessante que esses estudiosos do século XVII, tão diligentes ao abrir caminhos à razão humana, tenham caído na armadilha, com seu próprio consentimento, do círculo vicioso. Nas páginas sucessivas da *Enciclopédie* são expostas as concepções de Galeno, que define a doença como a afecção, disposição, constituição contra a natureza, uma mutação do estado natural para o antinatural. Tais posições são rejeitadas usando exatamente o argumento que não é claro o que é natural e o que não o é. Depois são ilustradas as idéias de Thomas Sydenham (1624-1689), segundo o qual a doença é, ao contrário, um esforço salutar da natureza, um movimento extraordinário tendente a restabelecer a integridade das funções orgânicas. As posições de Sydenham são criticadas usando-se o argumento de que freqüentemente se vê no doente o oposto, isto é, a atenuação do movimento, a depressão das funções, a mudança de uma doença para outra mais sombria.

Para chegar até a época atual, procurei os textos típicos de várias culturas.

Na *Enciclopédia Britânica,* a palavra *disease,* a doença, é considerada *"a departure from the normal physiological state of a living organism sufficient to produce overt signs or symptoms"*, "uma alteração do organismo da condição fisiológica normal, suficiente para produzir sinais ou sintomas evidentes". Essa é uma definição empírica: doença é aquilo que se pode ver, constatar, porque produz sinais ou sintomas. A explicação das duas palavras, *sinais* e *sintomas,* é essa: os *sinais* são ava-

liados mediante observação externa com ou sem instrumentos, enquanto os *sintomas* são aqueles percebidos pelo sujeito. Espanta que uma definição dada em 1979 inclua o conceito restritivo de "sinais ou sintomas evidentes". De fato, a medicina hoje se orienta tanto no sentido preventivo quanto curativo de encontro a muitas doenças que têm uma longa fase assintomática, durante a qual faltam sinais ou sintomas evidentes. É o caso de muitos tumores e cardiopatias, por exemplo. Na *Enciclopédia Britânica* aparece também o conceito de "alteração do normal": a antítese entre sadio e doente, perfeição e imperfeição, natureza e antinatureza, substitui-se hoje por aquela entre a normalidade e a anormalidade; termos que, como veremos no Capítulo 3, são muito discutíveis porque é freqüentemente acrescentada à medida biológica para medir a saúde, uma medida cultural e social.

O conceito de doença é levado ao extremo na *Enciclopédia Americana,* onde *disease* é considerada "*lack or absence of ease; a condition of uneasiness or for pain*", "carência ou ausência de comodidade, condição de incômodo ou dor". Já que *ease* é traduzido como "quieto", "tranqüilidade", "repouso", "cômodo" "conforto" e também como "facilidade", "graça", "espontaneidade", "rapidez", a falta e também a escassez destes atributos deveria ultrapassar imediatamente os limites do normal para o patológico; e requerer, portanto, a obra do médico (ou do psiquiatra, ou psicanalista). Se a isso for acrescentada a alusão à dor (física, ou também moral?), aumenta quase ao infinito o quadro das condições avaliadas como patológicas até coincidir com cada problema essencial; até ser colocado ao lado de cada indivíduo um médico e eventualmente um psicanalista.

A *Bolsciaya Sovetskaya Enciklopedia* define a palavra *bolezn* nos seguintes termos: "*process, voznikayusciy v rezul'tate vozdeystviya na organizm vredonosnogo (crezvycaynogo razdrazitelya vnes. ili vnutr. sredy, charakterizuyusciysy ponizeniem prisposoblyaemosti zivogo organizma k vnes. srede pri odnovremennoy mobilizacii ego zascitnych sil*". A doença é "um processo que aparece como resultado da ação sobre o organismo de um estímulo (extraordinário) nocivo, do ambiente interno ou externo, caracterizado pela diminuição da capacidade de adaptação ao ambiente externo pelo organismo vivo, com uma mobilização simultânea das suas forças defensivas". É interessante o aparecimento de novos conceitos: *processo,* que implica um fenômeno evolutivo, e *luta,* ação nociva, mobilização conseqüente das forças vitais. Isso ocorre em infecções por bactéria que suscitam reações imunitárias, ou em lesões onde se seguem rege-

nerações dos tecidos (pele e ossos, por exemplo). Mas a infecção às vezes nem sempre tende a suprimir as defesas imunológicas, outras vezes os processos degenerativos (como a arteriosclerose) vão adiante gradualmente, sem que intervenham defesas espontâneas.

Além disso, é discutível a afirmação de que sempre exista nos doentes uma redução da capacidade de adaptação ao ambiente. É ainda mais controverso o conceito sucessivamente exposto, segundo o qual a doença no homem comporta "a redução temporária da sua capacidade de trabalho". Posteriormente descobri que essas formulações da edição de 1970 não apareciam na precedente, de 1950; sinal de uma conceção produtivista prevalecente hoje? Na realidade, não é correto que um processo patológico sempre comporte uma eficiência de trabalho inferior; existem casos de indiferença, e até casos (como as formas maníacas) de maior empenho produtivo. Segundo alguns, ademais, a criação artística e literária (veremos os casos no Capítulo 6) foi exaltada até por doenças como a tuberculose e a neurose.

Mas na vida cotidiana é arriscado aceitar para o bem-estar humano uma medida baseada no rendimento. Chegaríamos a justificar a definição de saúde dada pelo sociólogo americano Talcott Parsons: "Condição de capacidade ótima de um indivíduo, para realizar com eficiência as atribuições e as tarefas para as quais foi socializado". Já que a socialização nunca é espontânea, mas guiada e freqüentemente manobrada por quem tem o poder, seríamos tentados a responder que dessa maneira a saúde torna-se "o que decidem os que possuem os meios de produção, para explorar quem trabalha". Vejamos dois fatos como exemplo. Um é o artigo 6 do *Regulamento Geral para a Higiene do Trabalho*, de 14 de abril de 1927, que fixava no período fascista as atribuições do médico da fábrica. Ele devia examinar os trabalhadores, antes de serem admitidos "para constatar se tinham os requisitos especiais de resistência à ação dos agentes nocivos aos quais deviam expor-se". Isso está claro? Devem portanto expor-se aos agentes nocivos; e é necessário que tenham requisitos especiais de resistência, uma saúde a qualquer prova. O outro exemplo é mais recente, de 1966. No *Tratado Italiano de Medicina Interna* organizado por Paolo Introzzi, o capítulo sobre os tumores profissionais fala também das aminas aromáticas, substâncias corantes que provocam tumores malignos na bexiga. O autor escreve: "A escolha dos operários: critério ao qual se deve considerar escrupulosamente é o de destinar indivíduos com idade acima de quarenta anos para este tipo de trabalho". A razão é clara: estes tumores conduzem à morte de-

pois de quinze a vinte anos de trabalho, e seria, portanto, um desperdício empregar nele jovens operários, que podem ser explorados por mais tempo. Um indivíduo de quarenta anos, ao contrário, completa o ciclo exatamente a tempo: se aposenta e morre logo após. O Estado também economiza.

3. Velho e Novo Testamento. Aconteceu para mim uma surpresa vinda da *Enciclopédia Católica,* onde a palavra *doença* não existe; ela remete à palavra *seguro social contra a doença,* uma idéia francamente muito utilitária do fenômeno. Existe depois a palavra *mal:* "é o quanto contrasta o bem (v.) e a perfeição de alguma coisa: *'hoc est esse mali quod est privatio boni' (Sum. Theol.* 1.ª q. 14, a. 10)". O mal é a privação do bem. Segundo a natureza da perfeição contrastada pelo mal, ele pode ser *físico* ou *moral.* É acrescentado, também, que "o criacionismo cristão ensina tudo que Deus criou bom em si mesmo" e que portanto o mal indica "uma situação posterior dos indivíduos devido ao defeito dos seus semelhantes e não de Deus. Todavia, o mal também tem a sua função porque serve de qualquer maneira ao plano da Divina Providência", como instrumento da justiça de Deus, e como contribuição para um bem maior: "o mal físico pode, de fato, tornar-se ocasião de virtude e o mal moral, com a sua desordem, estimula a razão a defender-se na procura do bem".

Tem-se a impressão que essas teses exprimem somente uma parte (a mais atrasada) das ricas elaborações religiosas sobre a doença, e da sua evolução no tempo. É verdade que no Antigo Testamento, onde tudo era mostrado como dependente da vontade divina, a doença estava sempre associada à presença de um Deus que punia, ligada ao pecado, às vezes derivando pela ação do anjo exterminador, mas com mais freqüência pelos demônios. No Novo Testamento, Jesus também liga às vezes a doença ao sinal da presença demoníaca e do pecado. Mas no Evangelho de João (9:1-3) ao ver, por exemplo, um homem cego de nascença, e aos discípulos que lhe perguntavam "Mestre, quem teria o pecado, ele ou seus pais, para que tenha nascido cego?", responde: "Nem ele pecou, nem os seus pais; ele será assim até que lhe sejam manifestadas as obras de Deus". E o curou.

Destas concepções cristãs derivam por um lado o convite para suportar a doença como sacrifício e purificação, por outro o estímulo para cuidar dos doentes. É interessante que em 1981, a Conferência Episcopal italiana tenha destacado que a relação entre o mal físico e o pecado seja lido "como novidade e espe-

A doença foi frequentemente entendida, no passado, como sinal diabólico ou como punição divina. Um exemplo da primeira crença é o da pintura do século XVII reproduzida ao alto: um padre cura com a hipnose uma doente que se acreditava estivesse possuída pelo demônio.

Ao lado, a célebre estátua de Castel Sant'Angelo: representa o arcanjo São Miguel no ato de embainhar a espada, significando o final de uma terrível peste mandada por Deus como punição pelos pecados humanos. A legenda da visão do anjo data do tempo de Gregório I (590-606), quando exatamente uma epidemia de peste caiu sobre a cidade de Roma.

rança da Páscoa, além da resignação e contra o desespero"; que, no plano operativo, os cristãos sejam convidados a sentirem-se envolvidos "não somente na reestruturação da assistência à saúde, mas sobretudo na modificação da complexidade de fatores — desde a realidade social ao ambiente físico e ao estado econômico — que, seja como for, incidem na saúde".

4. O ciclo saúde-doença. Cada cultura exprime, portanto, as suas definições para a doença (e para a saúde). Aquelas que citei provêm, na sua maioria, de vários ramos do pensamento teórico-científico consolidado no Ocidente a partir dos séculos XVII-XVIII. Deveriam ser lembradas outras definições, provenientes do Oriente, da África, ou da América pré-colombiana: e o confronto seria utilíssimo. Cito somente como exemplo o livro *Guia da Saúde*, escrito pelo grande filósofo e político indiano Mahatma Gandhi em 1923, onde o autor afirma que

> "as indisposições, as doenças, não são nada mais do que um aviso da natureza, a qual nos adverte que as imundícies foram se acumulando nesta ou naquela parte do corpo, e certamente seria sábio deixar que a natureza agisse, ao invés de cobrir a sujeira às custas de medicamentos".

E acrescenta também:

> "Está provado pela experiência que as doenças aumentam na proporção do aumento do número de médicos num dado país".

As definições e as análises tiveram, para esse caso, um objetivo explicativo mas também indicam comportamentos, decisões, atos que influenciam a existência de cada um.

Podemos, neste momento, tentar a nossa avaliação? O discurso seria mais preciso se falássemos de doenças no plural. Seria de fato necessária uma classificação dos fenômenos patológicos que supere os esquemas dicotômicos normalmente usados. Segundo esses esquemas as doenças dividem-se rigidamente em blocos que caminham dois a dois: *dicotomia*, do grego antigo, significa exatamente "divisão em duas partes contrárias". Assim, as doenças deveriam ser: endógenas e exógenas; infecciosas e não infecciosas; orgânicas e funcionais; idiopáticas e traumáticas; agudas e crônicas; congênitas e adquiridas; profissionais e sociais; físicas e mentais etc. Esse tipo de esquema está superado. Falaremos disso a seguir. Agora, para ser breve, ma-

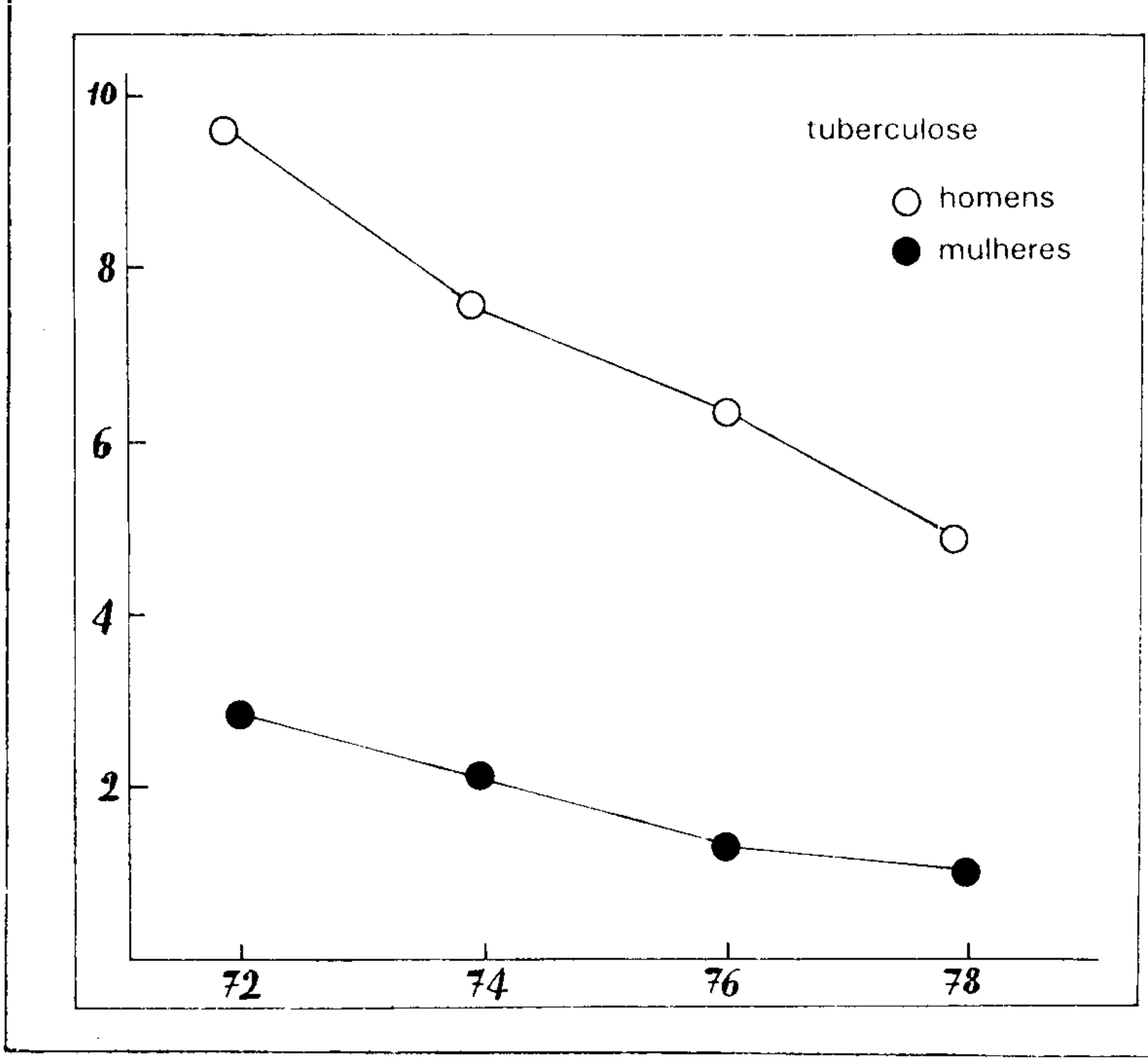
nifesto três convicções.

Primeiro, que a doença é um fenômeno vital. Essa visão dialética já foi encontrada num velho *Dicionário das Ciências Médicas e Veterinárias* de 1875: "A doença não representa mais do que uma das maneiras na qual pode manifestar-se a vida dos corpos organizados". Essa definição é interessante porque não contrapõe a doença e a saúde diretamente, mas dá a entender que a doença é um dos aspectos da vida, mesmo que seja de cunho prevalecentemente negativo; tanto é verdadeira essa afirmação que os sinônimos listados são: enfermidades, indisposição, mal, moléstia, incômodo, sofrimento, perturbação. Algumas destas palavras são naturalmente negativas, outras fazem pensar mais em uma luta (perturbação, sofrimento, mas também em uma *in*-disposição que ocorre no organismo. Também no *Léxico Universal Italiano*, afirma-se justamente, na palavra *doença,* que esse fenômeno é tipicamente transitório, evolutivo "para um êxito que pode ser, segundo o caso, a cura, a morte, a adaptação às novas condições de vida".

Segundo: a doença é um processo, um movimento de ação-reação, um conflito entre agressão e defesa. Enrico Ciaranfi escreve:

> "A doença é um desvio da homeostasia (caracterizada pela sintomatologia clínica e pelas modificações fisiopatológicas ou histopatológicas) que os mecanismos de controle não conseguem trazer às condições de partida, seja porque a perturbação é muito forte, seja porque alguns sistemas de controle estão funcionando mal".

O organismo tende sempre à homeostasia, ao equilíbrio funcional; mas pode ocorrer um curto-circuito nos seus aparelhos: por excesso de pressão ou por defeito de resistência. Na verdade, os homens são mais complicados que os circuitos elétricos. Os mecanismos imunitários, por exemplo, podem também exasperar-se, como é o caso das alergias: para certos indivíduos basta um pequeno grão de pólen primaveril para desencadear edemas, secreções mucosas, asma. Ou podem até vir a faltar. É esse o caso de uma nova doença, chamada *aids*, que está aparecendo pela primeira vez no mundo. Alguns quadros patológicos de fato desaparecem, e outros se manifestam, segundo a época: existe uma historicidade nas doenças, ligada a todos os acontecimentos do ser humano. A *aids,* ou síndrome de imunodeficiência adquirida, que atinge preferencialmente os homossexuais, e é mortal em quase um terço dos casos, parece ser causado por

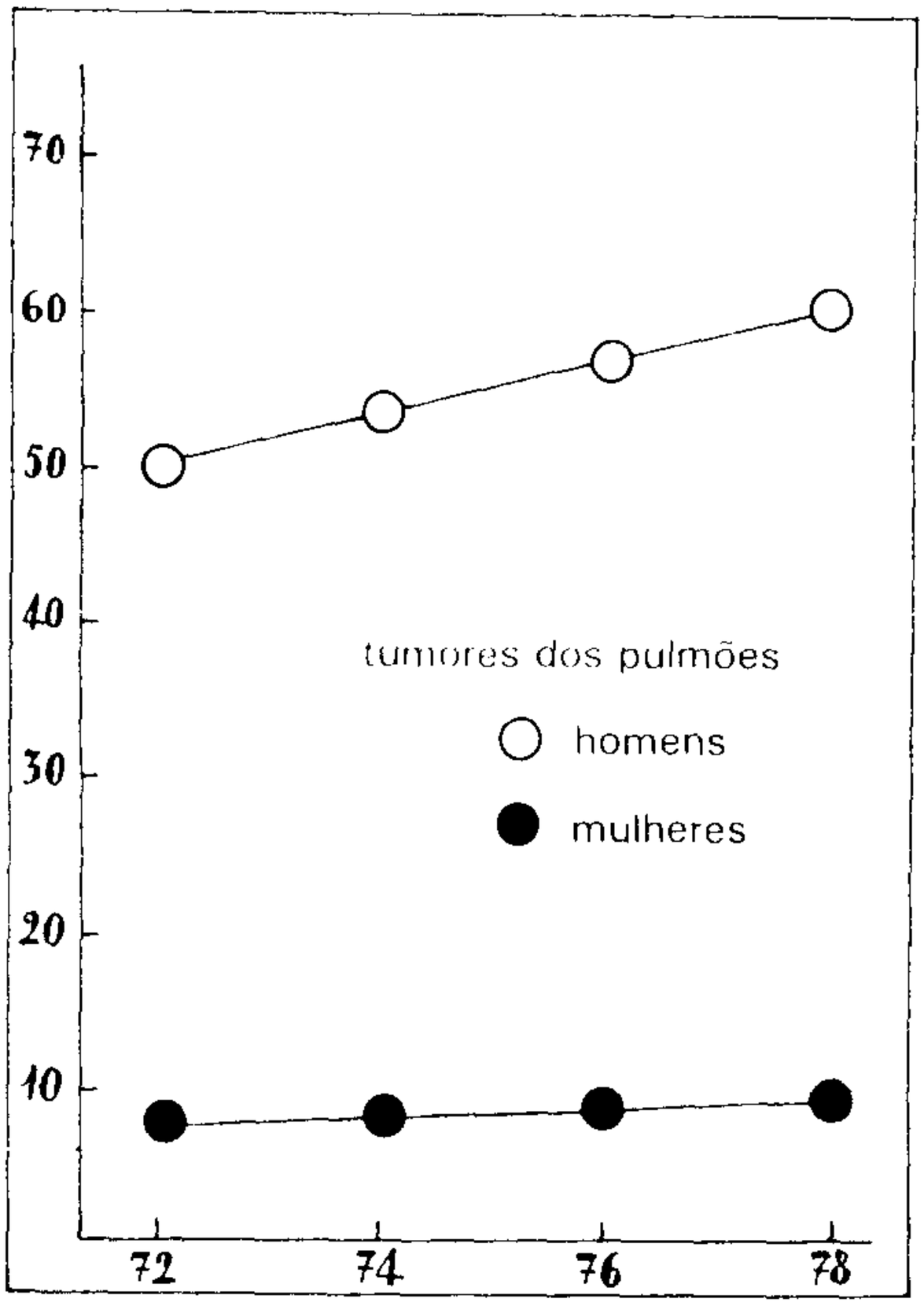


um vírus e consiste exatamente na queda das defesas imunológicas: o indivíduo que a adquire não tem defesas suficientes para reagir às infecções normais, tendo como resultado o seu aumento, tornando-as freqüentemente fatais.

A doença é, assim, a incapacidade permanente ou transitória de manter a homeostasia, o equilíbrio entre as funções do organismo, e é um processo: isto é, tem um início, uma história e uma conclusão. Melhor seria falar de um ciclo contínuo saúde-doença, que se desenvolve não somente no interior do organismo, mas entre esse e o ambiente. Alessandro Seppilli, estudioso dos problemas médicos e ambiente, disse que a saúde é

> "a condição harmoniosa de equilíbrio funcional, físico e psíquico do indivíduo integrado dinamicamente no seu ambiente natural e social".

Integração, obviamente, não significa adaptação forçada do homem a condições desumanas. Ao contrário, é uma condição

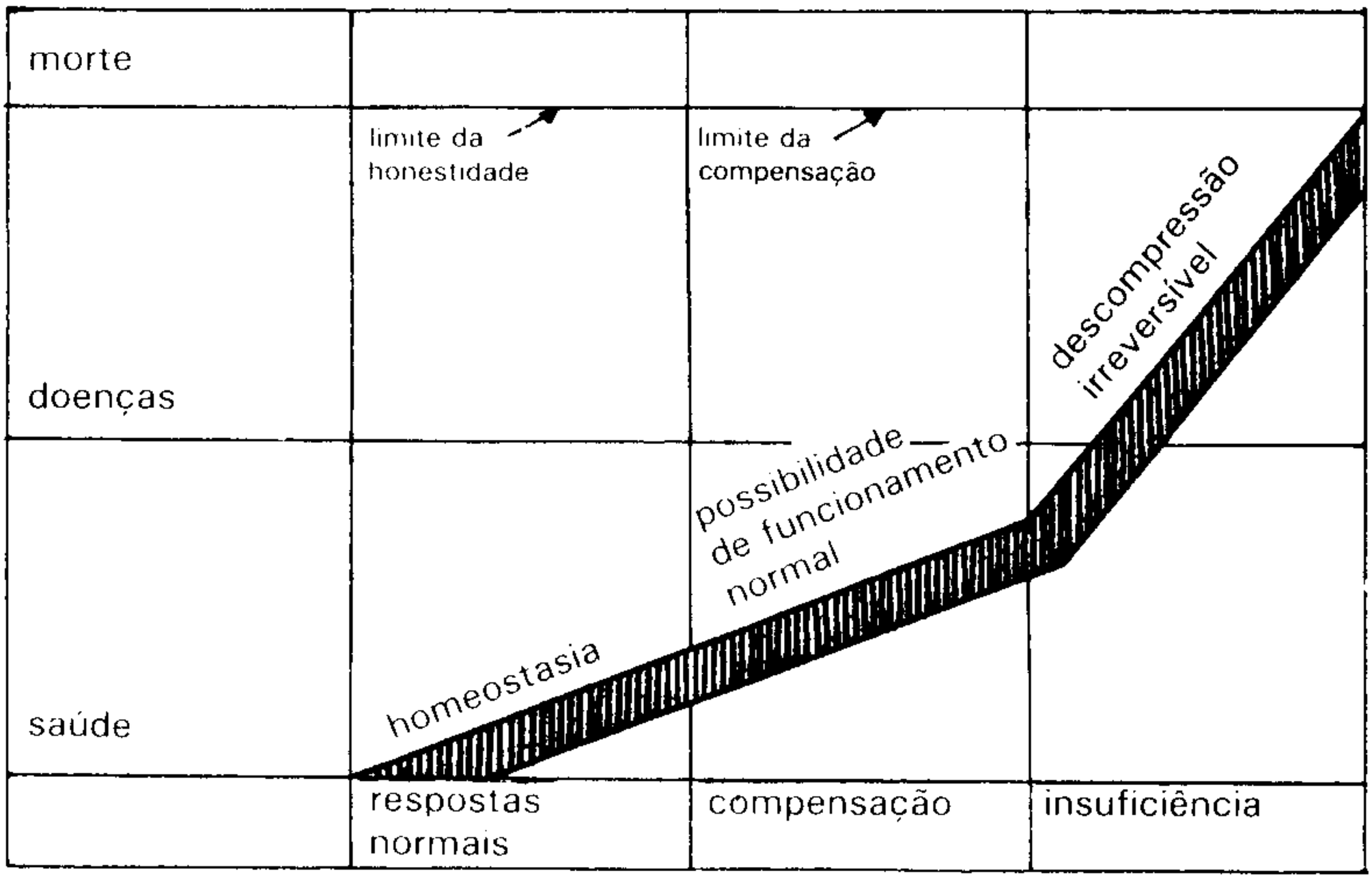


A evolução destes gráficos (retirados do *Relatório sobre o estado sanitário do país — 1980*, do Conselho Nacional de Saúde) ilustra a relação entre certas doenças e as condições históricas nas quais se verificam. Na ordenada são indicadas as taxas de mortalidade por tuberculose e por tumores. Na abcissa estão indicados os anos aos quais os valores se referem. Um mesmo órgão humano, o pulmão, é atingido menos pela tuberculose, hoje melhor controlada, e de maneira crescente por tumores, como conseqüência da poluição atmosférica, da fumaça, das intoxicações profissionais.

que permite prolongar a vida e atingir o ciclo biológico completo na plenitude relativa das capacidades físicas e mentais.

Manifesto agora a terceira convicção: a de que se deva preferir o estímulo a uma maior saúde substancial, isto é, atingir o bem-estar e o sentir-se bem, independentemente de pressões externas, ao invés da saúde instrumental, avaliada com base em critérios de produtividade ou de adaptação; e que se deve preferir a solidariedade para com o doente (e o sadio) a ser ajudado, ao invés de procurar o doente a ser explorado.

Questiono, porém, não somente as formas exageradas de especulação sobre os problemas dos outros, como também quem afirma que a saúde "é a condição ótima onde o homem pode realizar os valores pessoais e sociais para o qual foi chamado". Assim escreveu, por exemplo, L. Ciccone nas *Contribuições Bíblico-Teológicas ao Problema da Saúde,* especificando: "Uma pessoa é sadia quando é capaz de viver normalmente utilizando todas as faculdades e energias em seu poder, para cumprir a sua missão. mesmo que essa seja difícil e dolorosa; ou em



A homeostase, isto é, o equilíbrio funcional do organismo, atravessa várias fases antes de alterar-se de maneira irremediável. Parte das respostas normais (saúde), passando pelo estado de compensação, até a insuficiência (morte).

outras palavras para desenvolver em cada situação o máximo de amor oferecido a Cristo". Daí derivaria que "a saúde é um bem, mas não o maior". Concordo, existem outros. Mas se os simples bens (a liberdade, o trabalho, o amor, a igualdade e a religião para quem acredita) são assumidos como instrumental para atingir outros objetivos, mesmo se nobres, o risco é de que depois todos sejam esmagados juntos.

Coloquemo-nos, porém, na visão do doente. Vejamos como a doença é vivida e enfrentada. Perguntemo-nos, vendo outras definições, quais são as conseqüências para o indivíduo, e quais comportamentos suscita nos outros. Com esse ponto de vista procurei esquematizar, nos títulos dos próximos capítulos, as cinco faces de cada processo patológico: sofrimento, diversidade, perigo, sinal e estímulo. As três primeiras palavras exprimem mais a face negativa, dolorosa, agressiva e opressora da doença; as duas últimas tendem a modificar, tanto quanto possível, tais manifestações. Nos cinco capítulos que se seguem o leitor encontrará, assim, análises, exemplos e algumas linhas de ação.

O sentimento da crise e da dor, não menos psicológico que material, neste quadro do pintor norueguês E. Munch: *O Grito*.

Capítulo 2

A DOENÇA COMO SOFRIMENTO

A doença quase sempre comporta perturbações, mal-estar, dor. A raiz da palavra russa *bolezn* é *bol*, que significa "sofrimento" ou "dor"; também em outras línguas a palavra identifica-se com o "sentir-se mal". O doente é, então, uma pessoa que necessita de atenções particulares e de tratamento.

A pessoa individualizada: de fato é verdade que a saúde é um bem coletivo, que diz respeito a toda a sociedade, mas isto não anula as características individuais das doenças. Pelo contrário, a dimensão social dos fenômenos de saúde é o somatório, é a síntese das necessidades, das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher.

A pessoa que sofre: não é de fato alguém que tenha culpa para ser punida com a negligência ou com a penitência. Também em relação às doenças mentais descobriu-se, nos últimos decênios, a face sofrida da loucura, ao invés da face agressiva; e o medo, que impelia à internação no manicômio, foi substituído nos melhores casos pela solidariedade, que induziu à tolerância e às vezes estimulou a integração.

O sofrimento: nem sempre é dor. O diabetes, por exemplo, não é doloroso, mas limita a funcionalidade do organismo e impõe obrigações terapêuticas que criam obstáculos à vida cotidiana. Na síndrome de Down (anteriormente chamada mongolismo) verificamos que quem é afetado não parece ser menos feliz do que as crianças normais; mas a sua família pode sofrer, ou a sociedade, para mantê-lo e assisti-lo com gastos e assistência social.

A doença é constantemente perda de poder físico ou de dignidade humana ao invés de dor física, fato que se traduz na prepotência dos sadios, e que acentua a desigualdade social. Por exemplo, nos hospitais públicos, os doentes são freqüentemente chamados por você, ou são acordados de madrugada para se adaptarem aos turnos de trabalho dos funcionários. Isto também é um sofrimento para o homem que quer ser respeitado.

O Congresso Nacional de Filosofia discutiu na cidade de Pisa, em 1967, a relação entre homens e autômatos, prevendo sabiamente que o robô faria parte do nosso mundo futuro. A diferença, para o filósofo Guido Calogero, não pode consistir na capacidade de trabalho nem na lógica, porque "um robô pode resolver problemas de álgebra lógica, e controlar a validade de uma nova teoria lógica". Mas "um robô pode resolver problemas de cálculo infinitesimal e não ser um *indivíduo*". De fato, "a consciência implica sempre prazer ou dor; o indivíduo é aquele que sofre, não aquele que raciocina". Eis porque "o indivíduo é aquele que podemos compreender e ajudar nas suas aspirações e por quem nos tornamos moralmente responsáveis se não o fizermos".

Se a doença é, desse modo, sofrimento, o que ela não é?

1. Não é culpa. Apesar de tudo, não é culpa. A idéia de que a doença seja culpa está presente em quase todas as culturas primitivas da Polinésia ao Alasca, até a Ásia, segundo a qual a doença deriva ou da violação de um tabu, ou de um encanto mágico que obriga à expiação. O tratamento do curandeiro, o médico primitivo, consiste freqüentemente em extrair simbolicamente do corpo o objeto que provocou a doença; e a prevenção estaria em mandar para o mar uma "barca dos espíritos das doenças", rito análogo à expulsão das impurezas e dos pecados do grupo. Na Grécia antiga, terra de sadios e sábios, a saúde, ao contrário, aparece como uma aspiração disseminada (não foi por acaso que nasceram naquela época os Jogos Olímpicos); refletiram sobre as causas reais das doenças; e os médicos eram endeusados quando conseguiam trazer de volta a beleza, eficiência e perfeição a um corpo doente.

Mas a idéia de culpa persiste porque o doente é incômodo, embaraçante, às vezes odioso, até mesmo repugnante. Nada melhor, portanto, do que acusá-lo do seu mal. Isso acontece em todas as religiões, até mesmo na religião católica, que já afirmou que o sofrimento merece graça e purificação. Um santo como São Francisco, tão bom para com as criaturas, ditava assim uma das suas regras:

"se um frade ficar doente, um ou mais frades o atenderão, e peço ao frade enfermo para render graças ao Criador. Se ao contrário perturbar-se e voltar-se contra Deus e os frades, ou pedir medicamentos com insistência, desejando com intensidade liberar a carne, destinada cedo ou tarde à morte, e que é inimiga da alma, isso vem da parte do maligno. E é

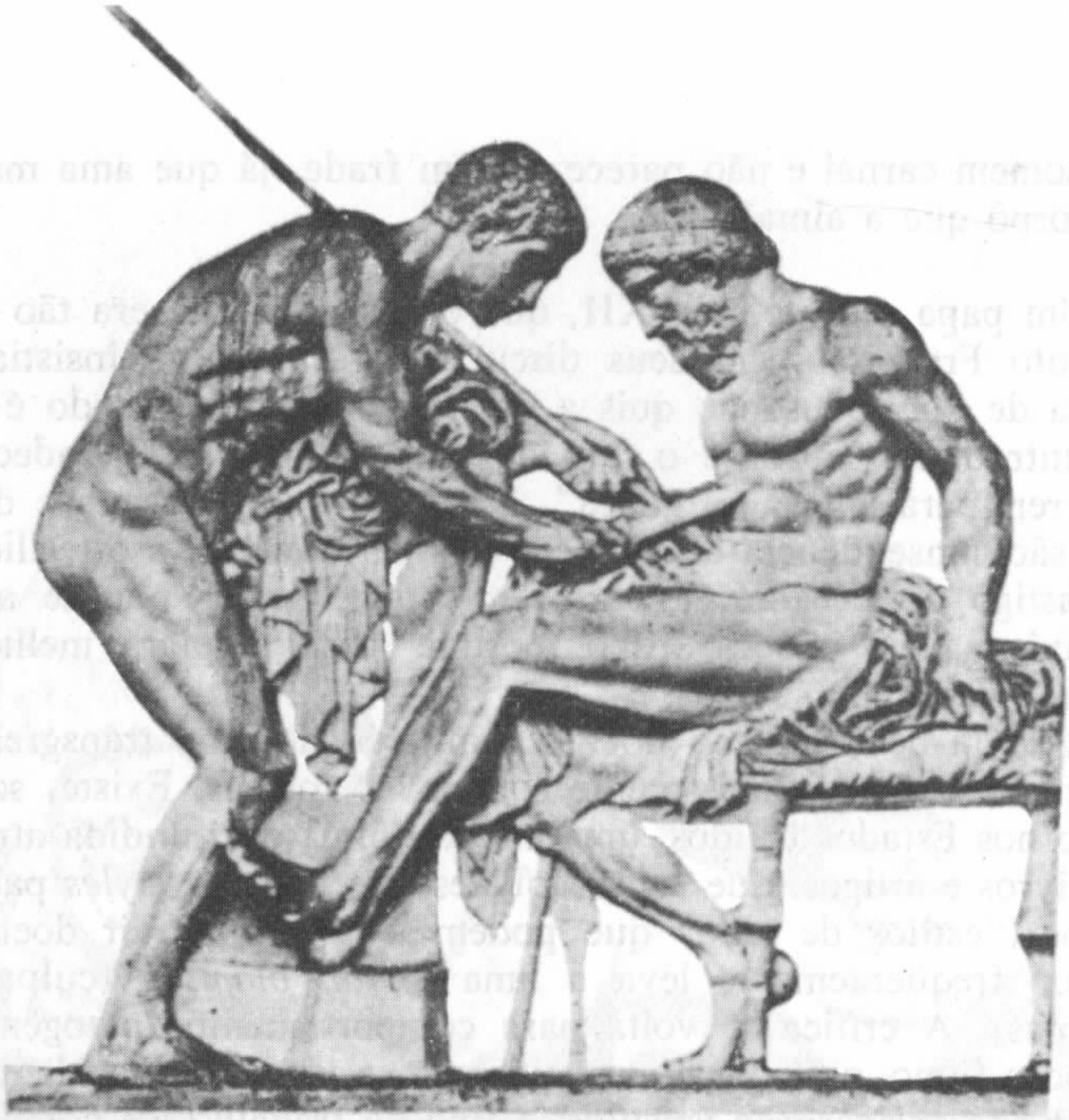
Feiticeiros de uma tribo da Malásia. A foto é de 1913.

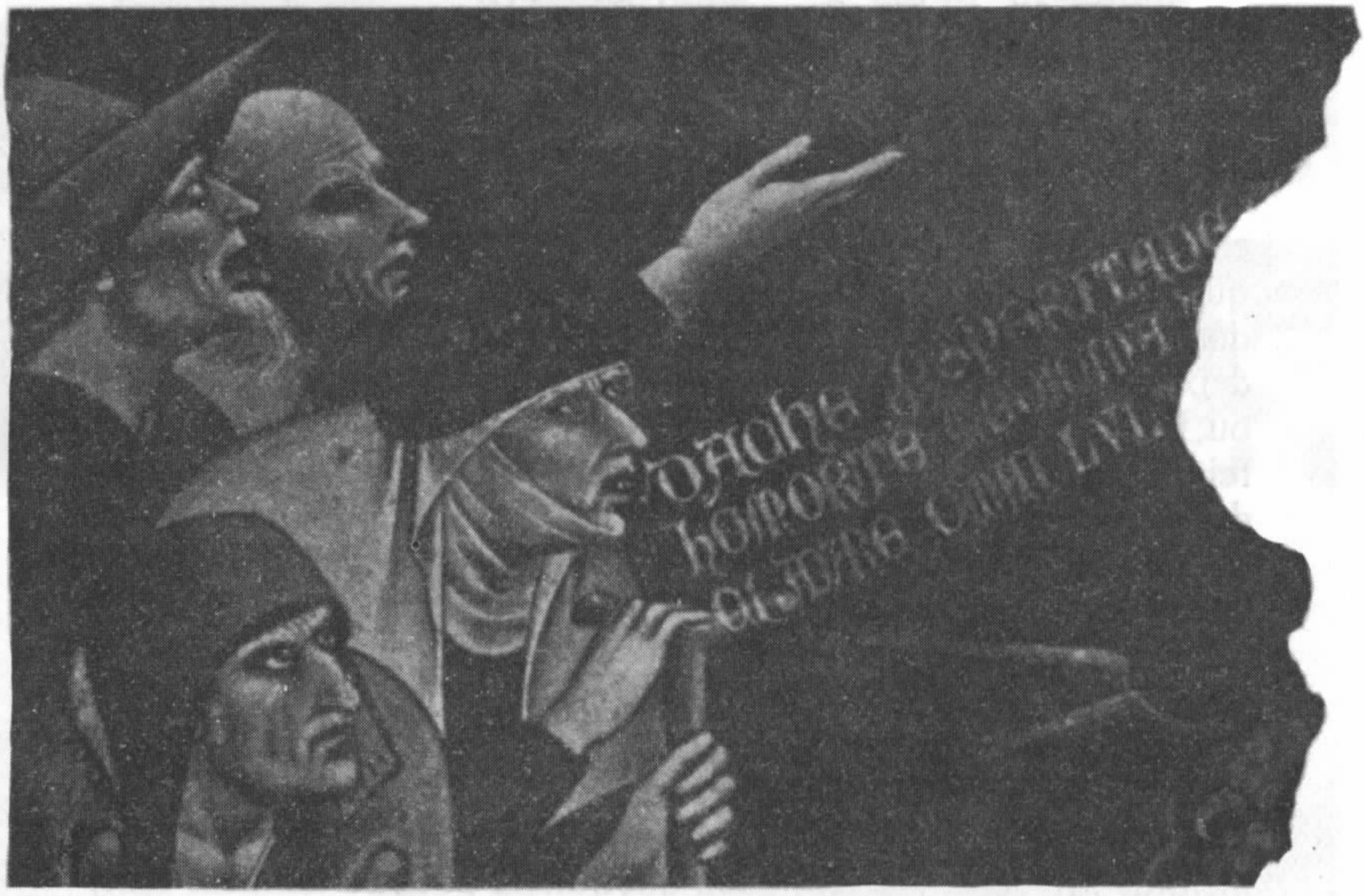
homem carnal e não parece ser um frade, já que ama mais o corpo que a alma".

Um papa recente, Pio XII, que certamente não era tão bom quanto Francisco, em seus discursos aos médicos insistia na idéia de que Deus não quis a dor e a morte: o pecado é que os introduziu, e sobre o fato de que "é necessário padecer e morrer, para entrar na glória". Dizia ele que desastres e doenças são conseqüência da violação das leis divinas; a esterilidade é castigo do pecador, a parturiente deve sofrer porque assim amará mais o próprio filho, porque assim expiará melhor o pecado original.

A idéia de culpa, do doente como réu de uma transgressão, é representada continuamente sob novas formas. Existe, sobretudo nos Estados Unidos, uma ampla opinião, difundida através de livros e artigos, que acusa aqueles que têm *life styles* patogênicos ("estilos de vida" que podem levar a contrair doenças) e que freqüentemente leva a uma *victim blaming* (culpar as vítimas). A crítica se volta para comportamentos patogênicos, como o fumo, o álcool e outras drogas, a vida muito sedentária, a direção perigosa de veículos, o tipo de trabalho, os comportamentos familiares etc. Surge também a idéia, motivada pelas restrições econômicas, de que quando existe uma "cumplicidade" do doente na origem da doença, o Estado deveria suspender a assistência ao indivíduo, porque senão se obrigaria a compromissos impróprios. Falarei mais da relação entre estilos de vida e saúde, porque hoje esta questão é muito mais complexa do que no passado; e além disso, a *victim blaming* não se dá conta dos condicionamentos e das pressões que determinam, mesmo deixando muitos espaços para escolhas pessoais, estilos de vida ou impulsos autodestrutivos de cada um. As acusações que são feitas contra os indivíduos mostram como a relação entre a doença e a culpa são freqüentemente representadas na história, de formas sempre variadas; e sejam dessa forma muito enraizadas na alma do povo.

2. Não é privilégio. A doença não é culpa e também não deve ser um privilégio. Afirma-se, pelo contrário, em muitas religiões, que as dores e os padecimentos são um sinal de eleição, um dom divino, um sinal de amor particular dos deuses, um meio de salvação. Na realidade quotidiana pode-se também fazer esta interpretação. No seu livro *Doença e Civilização* (1945), H. E. Sigerist escreve que





No alto, uma cirurgia na Roma antiga (baixo-relevo de Herculano, hoje no Museu Nacional de Nápoles). Embaixo, o medo e o desânimo diante da peste, no *Triunfo da morte*, de Orcagna (século XIV).

"o doente, pela sua posição preferencial, está liberado de muitos deveres. A criança doente é liberada da escola, o adulto não deve trabalhar e fica livre de muitas obrigações que a sociedade exige dos seus membros sadios [. . .] Mais a posição preferencial do doente é acentuada, mais óbvia é a inclinação para fugir da luta pela existência e para refugiar-se na condição de doente".

Mas cada uma destas afirmações podem ser invertidas: numa doença leve a criança pode ficar feliz de estar em casa, mas se ela se agrava sofrem com isso, além da sua saúde, as suas amizades e a sua constituição física; assim o trabalhador pode gozar de um dia de repouso, mas também pode ser obrigado a fazer algum esforço mesmo estando doente, e até ser despedido. Isso dependerá das doenças, das relações de trabalho, do ser mais ou menos indispensável, da proteção sindical ou jurídica.

Tem-se um exemplo de como a legislação social pode influenciar na avaliação da doença (prejuízo ou privilégio) nos benefícios econômicos ou trabalhistas, que são assegurados aos operários atingidos por acidente ou doenças profissionais. Por exem-

O atendimento aos doentes por parte da ordem dos monges no Hôtel Dieu de Paris numa gravura do século XVI.

plo, o forte sindicato dos metalúrgicos de São Paulo, no Brasil, no contrato coletivo de 1981 conseguiu que os trabalhadores atingidos por um acidente ou por doença profissional adquirida ou agravada dentro da fábrica, sejam obrigatoriamente mantidos no emprego por ela, mesmo se diminuídos na sua capacidade de trabalho (artigo 15 do contrato). Isso é um direito legítimo, é uma sanção para os patrões culpados, é também para eles um estímulo à prevenção; mas pode induzir os trabalhadores a descuidar da ação coletiva para a saúde, e a considerar um dano físico como um mal menor em relação ao desemprego. Existiram até casos de autodestruição, de pessoas que se feriram ou se mutilaram, semelhantes àqueles causados a si próprios pelos soldados em guerra para evitar ir para a linha de frente.

3. Estar e poder estar doente. Para o indivíduo existem, em síntese, quatro dimensões do fenômeno. Uma é *estar* doente, isto é, apresentar alterações por causa de doença no corpo e nas suas funções; a outra é *sentir-se* doente, isto é, perceber tais modificações do próprio organismo; a terceira é *identificar* a doença, com base nos conhecimentos adquiridos na época e conhecidos do indivíduo; a última é *poder estar* doente.

Para a primeira, a desigualdade entre povos, classes e indivíduos consiste sobretudo na maior ou menor probabilidade de adoecer e depois restabelecer-se. Cito apenas um exemplo: foi calculada na França, entre 1966-1971, a mortalidade entre os 45 e 54 anos, entre trabalhadores não qualificados, comparando-a com a dos dirigentes de estabelecimentos fabris da mesma idade. O primeiro grupo tinha um índice 3,03 vezes mais alto. Para as várias doenças obteve-se a seguinte freqüência:

doenças cardiovasculares	1,3 vez
tumores	2,3 vezes
suicídios	5,0 vezes
acidentes	4,3 vezes
cirrose hepática	10,9 vezes
tuberculose	9,4 vezes

A percepção da própria doença é também influenciada pela cultura, pelo trabalho, pela riqueza. Uma pesquisa sobre vários sintomas desenvolvida há algum tempo nos Estados Unidos, para controlar se as pessoas afetadas acreditavam necessitar ou não de tratamento médico, encontrou respostas as mais variadas entre indivíduos de várias classes sociais (veja a tabela). Alguns fenômenos (como a dor nas costas ou o emagrecimento) são considerados nas classes pobres como quase normais; mas até sinais

que fazem supor uma doença grave, como o sangue nas fezes e na urina, ou os nódulos provavelmente tumorais do seio e do abdômen, não eram reconhecidos com freqüência como suficientemente graves para necessitar de tratamento.

O sentir-se doente é ligado com freqüência à percepção do próprio corpo. Nas pessoas que pertencem às classes populares é constantemente escassa a cultura somática (do grego *soma,* "corpo") enquanto nas classes abastadas existe maior costume de se ouvir os sinais que vêm do próprio corpo. Um dos resultados é que a doença acontece freqüentemente de improviso nos primeiros, e de forma mais grave, porque não enfrentada a tempo.

Os sinais são, às vezes, sufocados, com mais ou menos consciência porque se acredita o máximo possível que se esteja bem, que as obrigações domésticas ou de trabalho, dos quais depende a existência cotidiana e às vezes a sobrevivência, poderão ser cumpridas. Ou, por outro lado, a falta de educação sanitária e de conhecimentos científicos atualizados não permite identificar a doença. Nestes casos, mesmo se são percebidos os mais simples sintomas, não acontece aquela síntese diagnóstica que serve de mola propulsora à procura de um tratamento, ou de medidas para criar obstáculos ao avanço do mal.

Enfim, para também poder estar doente, valem as discriminações sociais. No diálogo do filósofo grego Platão intitulado *República* Sócrates fala com o seu amigo Glauco de doentes que pertencem a classes diversas. Diz Sócrates:

> "Nos Estados regidos por boas leis todos têm uma atribuição bem determinada e devem necessariamente segui-la, e não podem conceder-se o luxo de ficar doentes e de tratar-se por toda a vida; e é uma coisa que nós, é estranho, observamos nos artesãos [os trabalhadores da época], mas não nas pessoas ricas". [Glauco lhe pergunta:] "O que você quer dizer?" [A explicação de Sócrates é esta:] "Quando um lenhador pretende que o médico o trate enérgica e rapidamente, lhe dê um emético para vomitar o seu mal, um purgante para liberar-se, um cautério ou uma faca, estes são os medicamentos perfeitos. Mas se o médico lhe prescreve um longo tratamento com um regime ou lhe é colocada na cabeça uma touca de lã para que se mantenha quente, ele responde imediatamente que não tem tempo para ficar doente, que não pode viver pensando na sua doença e negligenciando o trabalho; isto é, saúda tal tipo de médico e retoma o mesmo sistema de vida. Se readquire a saúde, vive cuidando do seu trabalho; se a fibra não resiste, morre e se livra dos tormentos".

QUAIS OS SINTOMAS QUE NECESSITAM TRATAMENTO MÉDICO?
(percentual de respostas em 100 pesquisados)

sintomas	*pobre*	*classe média*	*rica*
inapetência	20	50	57
dor nas costas	19	44	53
tosse crônica	23	28	27
sangue nas fezes	60	89	98
sangue na urina	69	93	100
emagrecimento	21	51	80
fadiga	21	55	77
nódulo no seio	44	71	94
nódulo no abdômen	34	65	92

Fonte: E. Koos, *The Health of Regionville*, Columbia University Press, New York, 1954.

Platão e os personagens do seu diálogo viviam no século V-IV a.C. Mesmo assim, ainda hoje, quem não possui propriedades nem rendas e vive somente do seu trabalho teme a doença porque esta atinge tanto a pessoa quanto o instrumento do seu ganho, sendo assim uma dupla ameaça. Mesmo quem ocupa uma posição elevada e se considera indispensável a uma máquina complexa (uma empresa, um partido, um jornal, uma missão que se quer cumprir a qualquer custo) coloca-se em condições semelhantes. Às vezes a doença é negada até o limite do possível, o conflito entre as exigências de tratamento e a necessidade de ser forte é encoberto a ponto de rejeitar a própria realidade.

O poder estar doente depende tanto do tipo de doença quanto do tipo de trabalho: uma leve bronquite pode ser indiferente para o operário e para o diretor de empresa, e impedir, por sua vez, a atividade de um cantor ou de um orador; a artrose pode ser desagradável para um empregado mas inaceitável para um carregador.

De qualquer forma a doença existe e será conhecida e enfrentada. Parece óbvio. Mas às vezes isto é esquecido e até os próprios doentes não lembram deste dever. Em março de 1983 aconteceu em Cagliari (talvez seja a primeira vez, na história... sindical dos pacientes que se tornaram impacientes) uma greve de fome dos pacientes internados no Instituto de Oncologia, isto é, pessoas afetadas por tumores. Os doentes protestavam porque os médicos tinham decidido, no período da discussão contratual, atender somente aos casos urgentes. Sabe-se que para

os tumores a definição legal de urgência, que indica formalmente risco de vida iminente, não tem sentido, porque ninguém sabe com certeza quando se transforma em metástase ou quando se torna inoperável. Neste caso, eram os doentes que lembravam aos médicos o que os médicos deveriam conhecer perfeitamente como especialistas da matéria.

4. Quem tratar? Tratar: quem, e como? O ponto fundamental é que é necessário agir contra as doenças e não contra o doente. Além disso, deve-se tentar tratar da doença em cada doente. Lembro-me que uma vez, por volta de 1968, fui convidado para um debate com os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Roma. Um deles perguntou-me: deve-se tratar também o tirano? Respondi: é claro, se o tirano morrer por falta de tratamento surge um outro, se for abatido por um movimento popular a tirania pode cair para sempre.

Existe há séculos uma discussão sobre a ética e sobre os deveres (deontologia) dos médicos. Mas tenta-se constantemente impor normas de comportamento extraindo-as diretamente de teorias sobre o homem e sobre a sociedade, e violentando, assim, as reais necessidades dos indivíduos. Um livro de E. F. Healy chamado *Medicina e Moral,* por exemplo, usado como livro de texto para as escolas católicas de Medicina e como "referência para uso nos hospitais católicos", prescrevia em 1956 "soluções prontas e seguras para perplexidades eventuais". Cito somente, entre tantas, as indicações sobre um dos temas então muito discutidos (e hoje superado, em quase toda a parte, pelos progressos da obstetrícia): se o parto for perigoso para a mãe e para a criança, como agir? quem salvar? O princípio de Healy é de que em nenhuma condição a intervenção é lícita, para resolver o conflito entre duas vidas. Entre os exemplos citados, lembro estes:

> "*Cesariana em caso de tuberculose.* A paciente de 27 anos está grávida de um feto de oito meses. Ela está a ponto de morrer pela tuberculose. O único meio para extrair a criança viva é a cesariana, mas esta operação levaria a mãe à morte na mesa operatória. Poderá o médico fazer a cesariana com o objetivo de salvar a criança?
> "*Solução.* Nesta circunstância a cesariana não é permitida. Logo após a morte da mãe a criança será retirada e batizada.
> "*Explicação.* O V Mandamento e a lei da natureza proíbem tirar diretamente a vida de uma pessoa inocente".

O outro exemplo é ainda mais paradoxal, porque se refere a um fenômeno raro, excepcional, de um feto destinado seguramente a não sobreviver:

> "*Parto de uma criança com duas cabeças.* O médico, fazendo um parto, descobre logo depois da saída da cabeça, que o recém-nascido tem duas. Ele pretende amputar a segunda cabeça para tornar possível o nascimento da criança.
> "*Solução.* A amputação da segunda cabeça seria altamente ilícita. Num caso semelhante a este aqui descrito o obstetra poderá proceder licitamente na tentativa de liberar a criança, tentando da melhor forma possível fazer passar a cabeça através da vagina. Se durante este procedimento a criança morrer, este efeito danoso da ação do médico não será desejado nem imputável a ele. Durante um parto tão perigoso o médico deveria lembrar-se de batizar ambas as cabeças, se ambas puderem ser religadas".

Outros conselhos, que assinalo por curiosidade, dizem respeito a fenômenos que não têm relação com o campo científico: por exemplo, a possessão diabólica. Mas também para ela existem preceitos a serem seguidos:

> "A maior parte dos psiquiatras praticantes talvez nunca encontre um caso de um indivíduo que esteja possuído pelo demônio. Não há dúvidas, no entanto, que tais casos já foram verificados em nossa época. Diante dos sintomas que ele é obrigado a reconhecer como sobrenaturais, o melhor para o psiquiatra é renunciar a efetuar um tratamento com métodos de seu conhecimento e dirigir-se ao sacerdote para que este efetue a cura, no momento em que as condições forem tais que somente a prece poderá servir de remédio."

É necessário acrescentar que o juramento do médico soviético, juntamente com o compromisso de "proteger e melhorar a saúde dos homens, tratar e prevenir as doenças, trabalhar conscientemente onde forem necessários os interesses da sociedade" contém também o de "fundamentar todos os meus atos nos princípios da moral comunista [. . .] sempre consciente das minhas responsabilidades para com o povo soviético e para com o Estado soviético".

É sabido que tais indicações prestaram-se a muitas aplicações arbitrárias, por exemplo, na psiquiatria. Seja no caso da "moral católica" ou no da "moral comunista" assim interpretados, tem-

Outro exemplo de como o mal era visto pelas culturas passadas como sinal da ação de forças extraterrenas: nesta miniatura do século X, graças à intervenção dos Apóstolos o diabo sai da boca da sua vítima.

se a conseqüência inevitável de desacreditar o que existe de válido nas respectivas tradições de assistência e de solidariedade.

As motivações para o tratamento podem ser muito diversas. Uma é a solidaridade: o doente é um homem, é um indivíduo que tem os mesmos direitos de viver sem sofrer, como os que são sadios: portanto deve ser tratado. A esta motivação foi acrescentada gradualmente uma outra, o benefício. Isto está até determinado na Carta Constitucional da nossa República que no artigo 32 diz: "A República protege a saúde como direito fundamental do indivíduo e em benefício da coletividade".

Já que se trata de um benefício para a coletividade, que requer sobretudo uma ação de prevenção, ninguém deve ter dúvidas pelo menos na teoria. Quando, ao contrário, se deve avaliar o "benefício"* em tratar um determinado indivíduo, entram então cálculos econômicos complexos, que são, nesse momento, diferenciados segundo os indivíduos. Existe um maior ou menor "benefício" em tratar um indivíduo segundo características da classe social, da sua renda, da sua produtividade. Enquanto a solidariedade deveria compreender todos os homens no mesmo nível, o lucro, isto é, a outra motivação que leva ao tratamento, é a que compreende todos os homens, mas de maneira diferenciada entre si. É esse o pressuposto das "duas medicinas" curativas, isto é, a aplicação dos conhecimentos médicos segundo uma discriminação social. De um lado prevalece o gênero humano, de outro a classe a que pertence.

Esse fenômeno não é novo. Lembrarei o que tinha sido apontado por Platão. O filósofo grego imaginou um Estado ideal: na sua República as divisões sociais eram rígidas, estáticas e justificadas. Ele reconhecia as diferenças entre as classes nos tratamentos e as considerava válidas. Talvez por isso as exprimisse com maior sinceridade em relação aos nossos tempos, quando tais diferenças persistem, mas são de alguma maneira camufladas. Num diálogo de Platão, aquele entre Clínia de Creta e um seu hóspede ateniense, o hóspede (que é Sócrates) afirma que existem médicos e "substitutos dos médicos", e que os doentes são divididos em duas classes: os doentes livres e os doentes escravos.

"Os escravos são tratados por escravos que lhes visitam ou lhes atendem nas salas de consulta. O médico escravo não

---

* (N.T.): as aspas são minhas; na versão original a palavra italiana é *interesse*, que no texto foi usada com duplo sentido, isto é, como *benefício* na primeira parte, e como *lucro*, quando é descrita sob o ângulo de vantagens econômicas com o tratamento.

discute com o paciente as razões da sua doença, mas prescreve autoritariamente qualquer medicamento com ar onisciente, como um tirano arrogante, e logo depois se retira e se dirige para um outro escravo doente, deixando assim o doutor livre do tratamento de tais pacientes. Este estuda desde o início, e mantém em observação a natureza da doença; fornece informações ao doente e aos seus amigos, aprende ele mesmo no paciente, procura ensinar o doente; não prescreve nada antes de ter persuadido o paciente e procura levá-lo a um completo restabelecimento tornando-o ciente e convencido dos remédios sugeridos".

A descrição é precisa e também atual.

5. Somente os doentes. Tratar quem? Somente os doentes. Infelizmente existem estatísticas demonstrativas, segundo as quais o número dos pacientes catalogados como doentes mentais diretamente proporcional ao número de psiquiatras existentes em cada região; isto também é válido para os cirurgiões e para outros especialistas. A única exceção são os obstetras, que não podem aumentar por sua vontade o número de partos. Mas os piores deles vingam-se na qualidade da intervenção: antes abusava-se do fórceps, e muitos recém-nascidos tiveram o cérebro lesado e deficiências psicomotoras causadas por este instrumento; e agora abusa-se do parto cesário, que custa mais caro, pode ser programado sem a espera das dores, requer menor disponibilidade de tempo do obstetra.

Os estímulos e as motivações para o abuso dos tratamentos são os mais variados: desde o interesse do profissional até o da indústria, e às vezes da família. Eis, por exemplo, um episódio contado por um clínico da região de Catânia, Massimo Gaglio:

> "Fui envolvido, excepcionalmente, numa consulta fora da província. Tratava-se de um homem riquíssimo, com câncer de estômago e metástase hepática no estágio terminal. O problema não foi ajudar o doente. Mas quem chamou 'o professor de Catânia' adquiriu a honra para uma modificação do testamento em seu favor. Se der tempo, creio que os outros parentes chamarão outros professores".

Pelo menos neste caso, o doente existia. Em outros casos é somente um pretexto ou uma invenção. Existe a tendência a multiplicar mais do que necessário os diagnósticos de sofrimento, com o objetivo de levar ao infinito as ocasiões de tratamento.

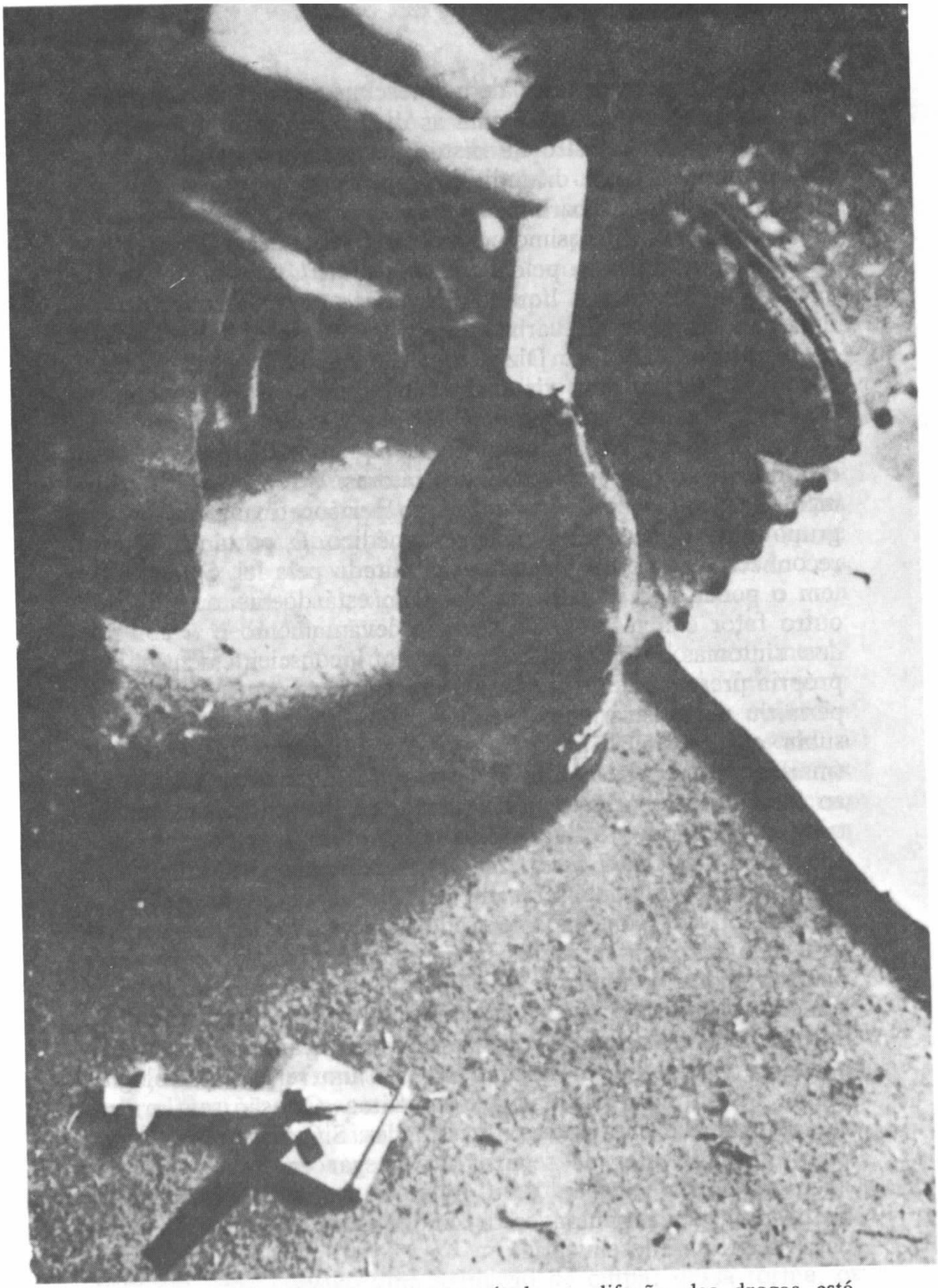
O professor Mario Coppo precisou escrever na revista *Minerva Médica* um artigo para definir quem era doente do fígado. Ele havia constatado que, logo após a prescrição, muito freqüente, de uma vasta bateria de pedidos de exames de laboratório para o estudo da funcionalidade hepática, tornava-se muito provável que pelo menos um destes desse um resultado anormal. E o indivíduo era logo considerado doente do fígado, submetido a um tratamento sem necessidade, e às vezes terminava realmente doente. Da mesma forma pode acontecer às crianças ditas "mimadas" e submetidas, pelos pais muito cuidadosos, a tratamentos intensivos com vitaminas e reconstituintes. Na realidade teriam somente necessidade de estar ao ar livre, de esporte, de crescer livremente.

L. Cadorini escreveu:

> "Quantas crianças comem bem e crescem muito bem, mas são levadas ao pediatra porque os pais e avós gostariam que comessem mais? A quantas crianças irrequietas a professora sugere o eletroencefalograma? Quantas vezes os pais pedem ao médico 'um calmante' para seu filho, que mal suporta o confinamento no pequeno apartamento onde mora (e talvez não seja levado para passear ao ar livre, e na escola é obrigado a ficar sentado grande parte do tempo)? Quantas crianças são entulhadas de vitaminas, xaropes de cálcio, reconstituintes os mais variados, recorrendo ao médico, ao farmacêutico ou à automedicação — mesmo sendo bem nutridos e bem desenvolvidos, vivazes, *normais?* Por qual motivo os pais querem dar aos filhos aquele 'mais' do que não necessitam? São os modelos consumistas propostos pela propaganda, ou complexos de culpa maternos (ou paternos) por que a criança foi sacrificada em detrimento do trabalho, ou outros mecanismos psicológicos que os atingem profundamente? Queremos superalimentar o corpo de nosso filho, a quem damos menos no plano espiritual?"

Começa a se consolidar na população e entre os médicos a

Doutor Spock de Lemont



Entre os flagelos típicos do nosso século, a difusão das drogas está assumindo aspectos cada vez mais devastadores. Somente há pouco tempo o problema da toxicodependência foi visto sem preconceitos, como gravíssimo problema social.

exigência de se acreditar mais no crescimento natural, dar maior margem de tolerância para com as disfunções menores (quando estas não forem registro de distúrbios mais graves).

Mas, junto a isso, difundiu-se uma outra moda, quase uma embriaguez cultural, para o *check-up,* consultas médicas acompanhadas por numerosíssimos exames de laboratório e investigações instrumentais, ou pelo *Screening Multifásico,* que parte de análises múltiplas dos líquidos orgânicos para descobrir, como uma peneira, casos de várias doenças. As despesas são imensas, os resultados escassos. Diz-se, maldosamente, que os médicos encontraram, por essa via, a forma de ter lucro não somente sobre os doentes, mas também sobre os sadios.

A dificuldade em distinguir entre quem está sadio e quem está doente é complicada por dois fatores. Um é o poder: certamente, a decisão de se um indivíduo pertence a um ou a outro grupo não é dada por ele, mas pelo médico. É, portanto, alguém reconhecido como competente e habilitado pela lei. Somente ele tem o poder de estabelecer se alguém está doente ou sadio. O outro fator é a técnica: às vezes o levantamento e o controle dos sintomas estão viciados, mesmo inconscientemente, pela própria presença do especialista. Uma pesquisa entre 48 pessoas permitiu demonstrar, por exemplo, que a pressão arterial deles subia em média 25 pontos, isto é, milímetros de mercúrio (mmHg), e em certos casos chegava a 75, quando se submetiam ao controle pelo médico; a freqüência cardíaca também aumentava em média de 15 batimentos por minuto, e em certos casos chegava a 45 (*The Lancet,* 24 de setembro de 1983).

O tratamento pode ser também uma necessidade devido a outros motivos, não estritamente de saúde, além de uma necessidade não real, mas induzida, com um ato supérfluo e às vezes danoso. Existem muitos casos de mal-estar que necessitariam somente de um regime de vida mais saudável; não querendo-o ou não podendo segui-lo, recorre-se aos medicamentos. Às vezes a doença e o pedido de tratamento são um refúgio psicológico diante de outras dificuldades e conflitos. Ou são, enfim, um refúgio material para outras necessidades. Simula-se uma doença para obter prêmios de seguro (até chegar em certos casos à "neurose da indenização"), ou prefere-se a internação de idosos no hospital por dificuldades de cuidar deles em casa. Às vezes para sair tranqüilo em férias.

6. Como tratar. Tratar os doentes: mas como? No instrumental técnico-científico da Medicina ocorrem pouco a pouco acréscimos resultantes das conquistas das ciências de base (Qui-

mica, Física, Biologia) e de outras ciências aplicadas, como a Engenharia. Registramos, ao mesmo tempo, sucessos e deformações, até um exagero das tecnologias que freqüentemente perdem de vista o homem doente na sua complexidade. Descuida-se, assim, da exigência de concentrar a atividade curativa não somente em simples organismos e aparelhos, mas também em regimes de vida, em comportamentos, na participação do paciente no tratamento da sua doença.

A participação do doente é sempre útil, porque o restabelecimento é devido a três fatores: a força medicamentosa da natureza (*vis medicatrix*, diziam os latinos), a ajuda da ciência (também a compreendida e acumulada pela experiência popular) e a determinação consciente do doente. Esta última sempre útil, mas hoje indispensável: a malária, de fato, podia ser curada pela força do quinino, enquanto que em algumas doenças típicas da época moderna, onde é necessária uma mudança de costumes, o ato de vontade das pessoas é insubstituível. Tais são, por exemplo, a toxicodependência, as cardiopatias e uma vasta série de doenças psicossomáticas.

Cada doença requer um tratamento apropriado: nem menos nem mais. Todas necessitam que o tratamento seja feito com disposição à solidariedade; com tempo, compromisso e cuidados iguais, qualquer que seja a classe social, a idade, o sexo, a cultura do paciente. Se for perguntado a um médico quais as distinções que ele faz entre os próprios doentes tomando como base a sua renda, quase sempre se ofendem pela pergunta. Mas se o tempo das consultas é cronometrado, ou se são registrados o tom e os argumentos usados para falar sobre a evolução da doença, as diferenças são freqüentemente abismais. De qualquer forma são lealmente e cinicamente reconhecidos. No *Tratado de Medicina Interna* de um ilustre clínico, Michele Bufano, está escrito em relação ao tratamento das bronquites crônicas: "Os doentes na estação fria deverão dirigir-se ao mar, ou de qualquer forma a zonas de clima temperado; os operários e os pobres ficarão em casa ou irão para o hospital".

Além da pressão das indústrias e dos especialistas para o uso de instrumentos e de fármacos em excesso em relação às exigências do tratamento, além do abuso de internações hospitalares, existe também a necessidade de ser superada pela população a idéia de que sejam preferíveis os tratamentos que parecem levar consigo uma expiação de culpa; dessa forma, os medicamentos amargos são mais eficazes, as injeções são melhores que as pílulas, a confissão dos pecados é necessária para a cura. Por outro lado, foi observado pelo estudioso francês Michel

Durante o parto, a presença do companheiro pode ter uma função importante de apoio psicológico para a mulher.

Foucault, que a medicina moderna, prescrevendo ao doente de modo rigoroso e autoritário o que ele deve fazer para curar-se, rompe a sua relação com o mal. Isto é, obriga-o a romper com uma parte de si, que ele, ao contrário, deve fazer emergir do inconsciente para decidir-se voluntariamente a combater. É necessário que o doente conheça o seu mal, e contribua para vencê-lo com as próprias forças. Discute-se muito entre os médicos se é justo ou não informar ao doente no caso de uma doença provavelmente letal. O verdadeiro problema, porém, é informar sobre a saúde e sobre cada doença, mesmo leve; não somente por uma exigência de verdade e lealdade, mas para associar o sadio e o doente na prevenção e na cura.

Sobre a escolha dos métodos assistenciais, existe hoje a tendência a lastimar e a idealizar o passado. É relembrada a maior

"naturalidade" dos tratamentos de antigamente; elogia-se a espontaneidade dos atos, como o parto, que a medicina moderna transformou em ocasião para intervenções altamente especializadas retirando delas o caráter humano. Deve-se lembrar, porém, que na Antiguidade a relação mais freqüente não era entre o doente e a sua doença, mas entre ele e seus espíritos, potência divina ou diabólica, muito mais estranha do que é hoje o médico. Deve-se lembrar, também para o parto, que muitas crianças morriam ao nascer pelos métodos ditos naturais; e com eles pareciam muitas parturientes. A medicina científica interviu para liberar o nascimento destes perigos; impôs porém a separação imediata entre a mãe e a criança, freqüentemente sem reais motivações higiênicas. A exigência atual é reconstruir a relação entre a parturiente e o recém-nascido, entre o doente e a sua doença, mas ao nível da medicina moderna e da sociedade na qual vivemos. Não se tratando, portanto, de retornar ao passado.

Capítulo 3

A DOENÇA COMO DIVERSIDADE

A doença, antes de ser definida como diversidade, é definida freqüentemente como anormalidade ou desvio, ou como inferioridade em relação à média da população. Mas, o que é a norma? No texto de patologia geral de Guido Vernoni, que foi professor da matéria, existe esta consideração sobre o conceito de normal e patológico:

> "As observações estatísticas na Biologia têm mostrado como estão interligadas numerosas variantes em cada espécie viva, dentre as quais as mais freqüentes correspondem ao protótipo da espécie, isto é, ao máximo da *normalidade,* enquanto as menos freqüentes afastam-se gradualmente, passando invariavelmente para o campo da *anormalidade*".

Este conceito, muito conhecido, não se refere somente às doenças, mas a toda estatística biológica. Vernoni acrescenta:

> "Entre o tipicamente normal e o claramente patológico existe toda uma zona cinza intermediária de condições seminormais. Na linguagem comum, tais condições variadas de observação simples foram sempre distinguidas por termos especiais. No campo morfológico exterior, por exemplo, são usadas as definições de 'belo, feio e disforme'; no campo moral, 'bom, mau, maldoso'; no campo das sensações corpóreas, fala-se de 'bem-estar, mal-estar e doença' ".

1. Quem é normal? A questão parece bastante simples. Mas se é difícil a norma ser avaliada até nos sistemas físicos, é mais ainda nos sistemas biológicos. Hoje, todas as ciências biológicas que estudam os seres vivos reforçam sempre mais a individualidade tornando o conceito de norma mais dinâmico, eliminando a rigidez que prevalecia nas idéias do século passado. Para as doenças, a distinção entre normal e anormal, e depois entre

A doença como caso particular da diferença social: neste desenho de W. Hogart está ilustrado o alcoolismo na Inglaterra de dois séculos atrás, como um flagelo social difundido.

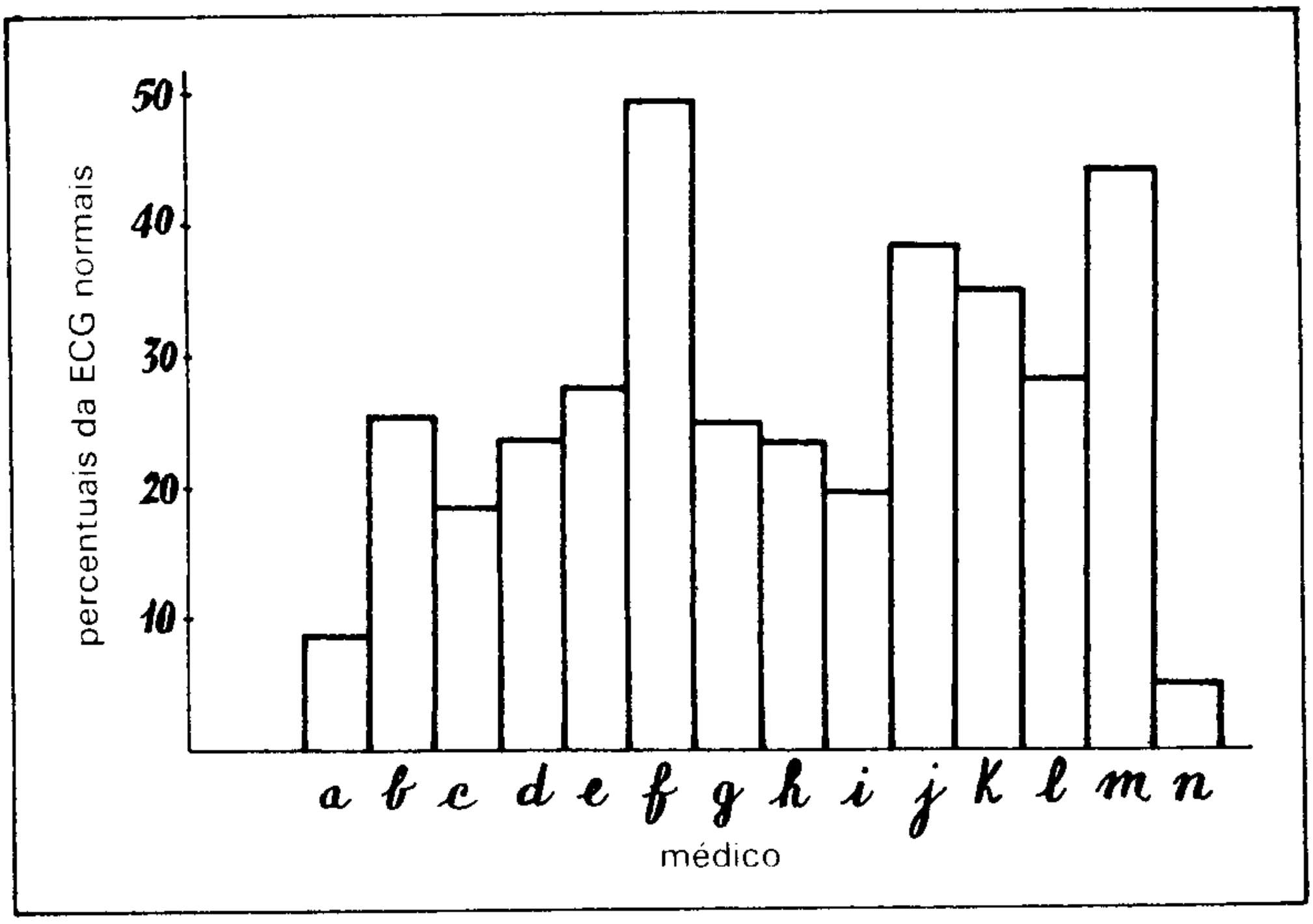
anormal e patológico, é ainda mais complicada, mesmo no plano estritamente diagnóstico.

Todavia dependem da capacidade de investigação, que progride continuamente. O chumbo, por exemplo, não é um componente normal do organismo humano (ao contrário do ferro, do magnésio, do zinco). Quando ele era pesquisado no sangue e na urina o resultado positivo dava-se somente devido a intoxicações com uma certa gravidade. Descobriu-se depois que o chumbo também altera os sistemas enzimáticos, ou seja, o conjunto de substâncias orgânicas que aceleram ou permitem reações químicas nos seres vivos. A pesquisa destas enzimas, modificadas pela ação do chumbo permitiu individualizar casos menos graves. Atualmente recorre-se a provas funcionais, como a alteração dos reflexos e movimentos das mãos, e dessa forma são documentadas lesões mínimas.

Várias outras provas diagnósticas tiveram, ao contrário, uma margem de arbitrariedade; podem ser interpretadas de várias maneiras, segundo, é claro, quem julga, quem é o árbitro das decisões. O colesterol no sangue, por exemplo, foi avaliado diferentemente em vários períodos e países. Qualquer pessoa corre o risco de ser definida arteriosclerótica na Itália e sadia, ou somente predisposta, nos Estados Unidos. Outro exemplo, o açúcar no sangue: acima ou abaixo de certo limite, todos dizem "é um diabético"; ou, ao contrário, "é um hipoglicêmico"; mas as áreas limítrofes são duvidosas e variáveis.

Também o *check-up,* o uso e abuso de exames para verificar o estado de saúde, pode dar lugar a dúvidas e erros. A glicemia normal é de 100 mg por 100 ml. Uma população foi examinada partindo da hipótese de que 110 mg já é um valor excessivo. Assim, foram descobertos 93% diabéticos, porém os 7% restantes foram resultado de "falsos-negativos": diabéticos com glicemia temporariamente normal. Além disso, os 51% dos sadios apareceram como "falsos-positivos". Uma outra população foi examinada partindo-se do pressuposto de que o valor excessivo seria 140 mg ao invés de 110. O erro dos "falsos-positivos" caiu para 9% mas cresceu de 7 para 26% o dos "falsos-negativos": eram diabéticos verdadeiros, que porém não atingiam naquele momento a alta glicemia de 140 mg por 100 ml.

Uma outra causa de perplexidade é dada pela disparidade de avaliação entre os médicos para um mesmo caso clínico. Por exemplo, nos Estados Unidos, os eletrocardiogramas de 38 pessoas foram submetidos a catorze cardiologistas de fama, perguntando-se a eles: estas pessoas são suspeitas ou não de terem



Percentual de eletrocardiogramas considerados normais por catorze diferentes cardiologistas. A variedade das respostas dadas suscita inquietações legítimas.

tido uma isquemia do miocárdio? As respostas variaram de 5% das respostas positivas do cardiologista *n* a 50% do cardiologista *f*. Imaginem as conseqüências da avareza ou prodigalidade nos diagnósticos de infarto! Pesquisas análogas, feitas dessa vez em pessoas verdadeira ou provavelmente doentes, colocaram em evidência julgamentos ainda mais divergentes.

2. Norma biológica e norma social. Evidentemente que para alguns fenômenos, a maneira de julgar é somente biológica. Existem, por exemplo, níveis de pressão arterial que, por excesso ou por defeito, são considerados anormais, em qualquer país e em qualquer classe social. Existem, ao contrário, outros fenômenos que são considerados normais ou anormais segundo a profissão, a cultura, a renda, as possibilidades terapêuticas; e a sociedade transforma essas avaliações em motivo de exclusão ou de reprovação. Porém, fazer coincidir anormalidade e patologia é freqüentemente uma arbitrariedade. Se de fato existe uma normalidade biológica com um campo próprio de variabilidade, além da qual se extrapola claramente no patológico, com ela se interliga uma normalidade social, uma avaliação ética e moral dos comportamentos, baseada em julgamentos e preconceitos

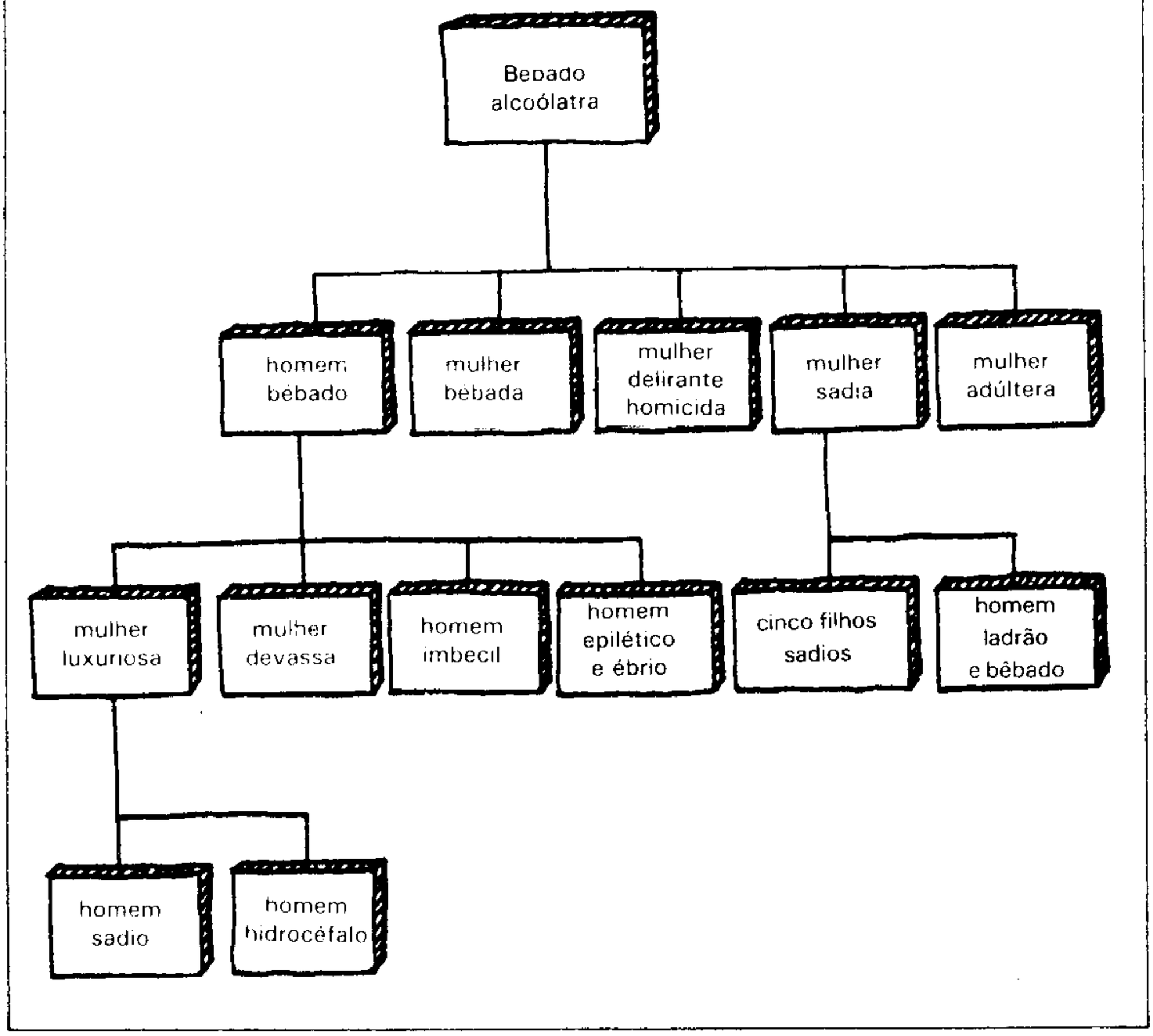
que mudam segundo a época. Por exemplo, um grau leve de anemia na mulher é freqüentemente considerado patológico; mas, já que não se acompanha de qualquer distúrbio, existem mulheres que começam a perguntar-se se não é o homem que está freqüentemente doente por excesso de glóbulos vermelhos.

A avaliação mistura, portanto, critérios objetivos com o comportamento, com as reações, com as ações desenvolvidas pela diversidade ou pelo desvio. Isto é típico de qualquer espécie vivente e de toda a história humana; mas nas sociedades desenvolvidas são sempre maiores as reações e as interações institucionais, que se ligam à economia, ao Estado, à cultura, ao poder. Mais a característica social das pessoas é ser pobre e marginal, maior é a probabilidade de que estas pessoas sejam definidas como anormais.

No século passado, havia uma tendência acentuada a considerar idênticos os dois conceitos, anormal e patológico, e confundi-los. Acabava-se por fixar de forma rígida e arbitrária as características e os limites das doenças, a sua origem e as suas conseqüências. Quando, por exemplo, a pelagra apareceu como doença de massa, entre os trabalhadores braçais do vale do Pó, afirmou-se logo que ela "como outros males que exprimem uma profunda modificação da forma e da composição do organismo e a produzem, é desgraçadamente hereditária, transmitindo-se tanto pelo pai quanto pela mãe, para gerações alternadas e remotas". Era necessário dar conta, a qualquer custo, das freqüentes internações nos manicômios dos doentes de pelagra; anormais, porém, eram os trabalhadores braçais, defeituosos por constituição, e não a dieta que lhes era imposta, substituindo pelo milho a comida mais variada com a qual se alimentavam antes. O fato estranho é que este atavismo patogênico, esta herança antiga, tivesse se manifestado somente no século XIX, e não antes (nem depois), e mesmo assim não suscitasse nenhuma dúvida.

Mas mesmo quando existia alguma herança morbígena, verdadeira, hipotética ou provável como o alcoolismo, o diagnóstico médico e os julgamentos morais vinham misturados de forma muito desonesta. É típica, por exemplo, a descendência descrita por Cesare Lombroso da família de um alcoólatra. Vejam na página 61 a árvore genealógica construída pelo célebre antropólogo de Turim.

Só o fato de que todas as "perversões sexuais" fossem somente atribuídas às mulheres (adúltera, luxuriosa, devassa) mostra como a moral dominante influía na avaliação da anormalidade. O alcoolismo, de resto, é um fenômeno típico que,



em várias épocas, foi avaliado às vezes como diversidade, às vezes como extravagância, às vezes como desvio moral, às vezes como doença. O mesmo poder-se-ia dizer da homossexualidade.

3. A medida variável. Parto da premissa, para evitar dúvidas, que as doenças existem, e assombra o quanto algumas delas sejam diversamente consideradas segundo a sociedade, a época, os indivíduos. Nos vilarejos mexicanos, por exemplo, quase todas as crianças têm vermes intestinais, entre eles o áscaris, com tamanho entre 15 e 25 centímetros, tão longo quanto as lombrigas ou pequenas serpentes; e mesmo assim essa condição é considerada normal. Em algumas populações tropicais era freqüente a bouba ou framboesia (do francês, *framboise,* "framboesa"), erupção cutânea causada pelo micróbio *Treponema pertenuis* (semelhante ao agente da sífilis, mas não tão capaz de causar danos ao organismo). Essa doença era de tal forma difundida que um observador superficial teria considerado normais os que eram atingidos, e doentes os que tivessem a pele lisa.

A epilepsia numa obra de Felipe Guamam Poma de Ayala (por volta de 1613). A quinta rainha inca Chimbomama-cava era acometida por esta doença.

Uma doença grave, que ocorre de improviso e é embaraçante, como a epilepsia, já foi vista como sinal divino e também como possessão do demônio, antes e depois que Hipócrates esclarecesse que não era um "mal santo", mas sim um quadro patogênico cientificamente reconhecível. Essa dupla face, essa ambivalência da epilepsia retornou no século XIX, quando a ciência positiva pretendeu explicar e ordenar todos os fenômenos, entre eles a criação artístico-literária. Assim escrevia Giuseppe Antonini:

> "É impossível negar algum valor à soma dos fatos [...] os quais provam que o gênio tenha em comum com a epilepsia a extraordinária irritabilidade do córtex [cerebral], as verti-

Quino

Distr. Quipos s.r.l.

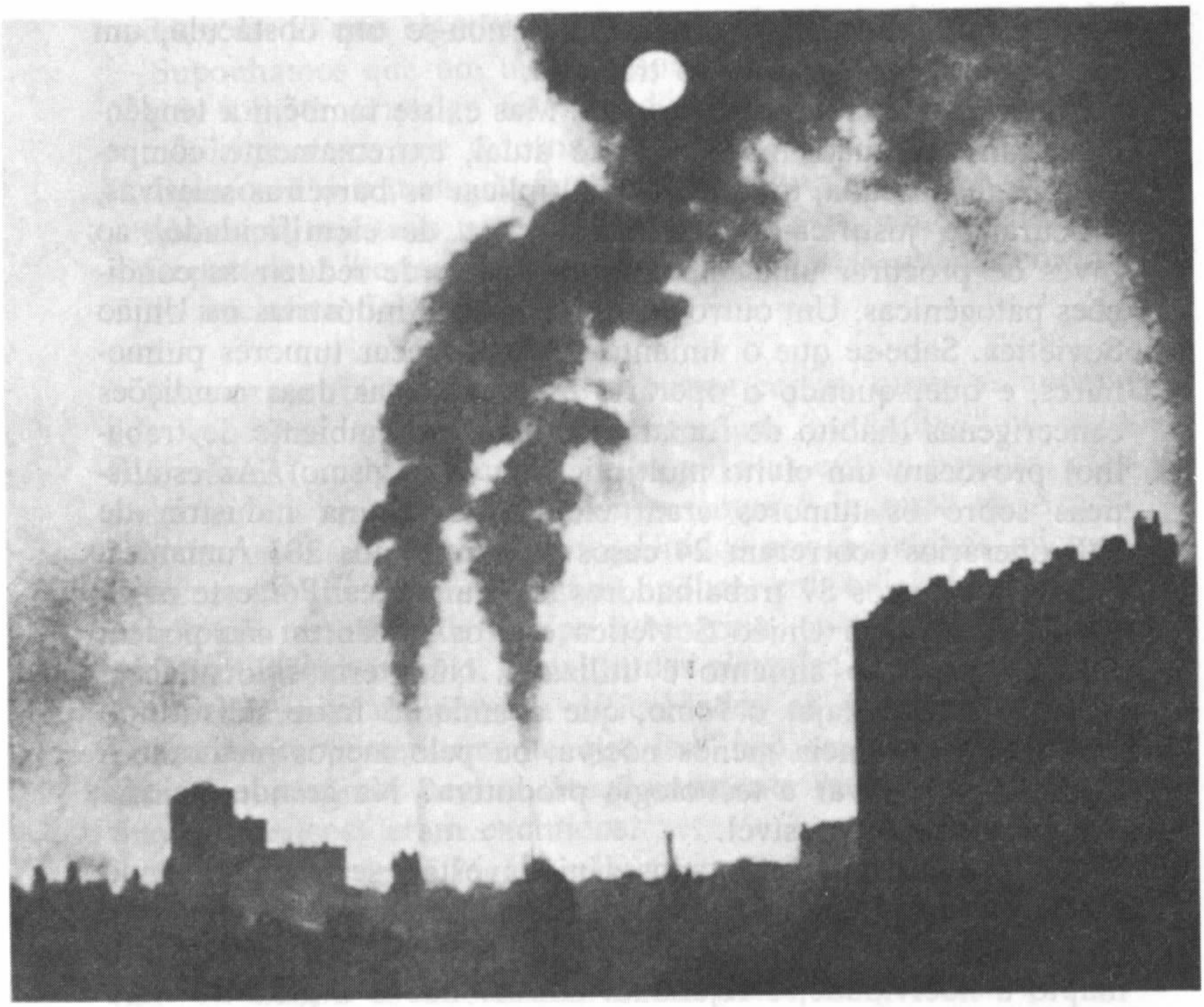
gens, as convulsões, as amnésias, as alucinações, as intermitências, a periodicidade; como os caracteres degenerativos do gênio, canhoto, precocidade, esterilidade, dupla personalidade, hiperestesia, anestesia, ou as verdadeiras formas de alienação, como em Baudelaire, Comte, Tasso, Cardano, Lenau, Gerard de Nerval, Maupassant etc. sejam mais freqüentes nos gênios, e como a etiologia do gênio seja submetida a um acúmulo de influências [. . .], com estreita analogia com o que acontece aos alienados".

Mas a referência não é somente ao passado, ou a outras civilizações. Hoje na *labelling theory* (teoria classificatória, da doença mental, baseada no estigma), afirma-se que muitos sintomas não são mais do que informações do desvio do normal; que a condição de sadio ou doente também deriva de uma negociação, influenciada por sua vez por relações de poder; e quanto mais são marginais as características das pessoas, maior é a probabilidade de retornar à categoria das pessoas que são definidas como anormais.

A marginalidade, que dessa forma se agrava, pode também resultar de anormalidades físicas, não só mentais. É típico, por exemplo, um caso que ocorreu recentemente na Sardenha.

4. Quem pode trabalhar? Um desempregado de 23 anos, Cláudio Nocco, de Guspini, solicitou emprego como guarda carcerário. Passou nos exames e foi submetido a uma consulta médica. Foi considerado clinicamente sadio, mas portador de microcitemia (deformação dos glóbulos vermelhos, que atinge 10 a 20% da população da costa do Mediterrâneo). Depois de alguma espera, recebeu do Ministério da Justiça a seguinte carta assinada pelo doutor Francesco Di Girolamo, diretor sanitário: "Comunicamos que, após exames médicos posteriores, a comissão designada para a seleção do quadro dos agentes carcerários declarou-o não idôneo por microcitemia". Visto que não existe nenhuma relação (nem por facilidade de adoecer, nem por risco de contagiar outros) entre a microcitemia e o trabalho de carcereiro, é evidente que uma *anomalia biológica* foi interpretada (por ignorância ou preconceito) como uma *doença* e tornou-se pretexto para marginalizar, através de uma condenação civil.

O fato paradoxal é que durante muitos milênios essa anomalia era uma vantagem, porque seus portadores eram menos atingidos do que os indivíduos normais pela mais grave doença da região: a malária. O protozoário *Plasmodium* que a provoca se aloja e se multiplica nos glóbulos vermelhos do sangue, ino-



A nocividade das substâncias químicas e do lixo da civilização industrial é um dos fatores críticos para a "qualidade de vida" do mundo de ontem e, mais ainda, de hoje.

culado pela picada dos mosquitos (somente fêmeas e somente do genero *Anopheles*). Ter glóbulos anormais não determinava no indivíduo nenhum distúrbio (somente da união de um casal microcitêmico poderia nascer um filho em quatro afetado por uma doença grave chamada mal de Cooley), mas protegia dos parasitas maláricos, mais gulosos de glóbulos gordos e cheios do que dos glóbulos raquíticos dos microcitêmicos, o suficiente para viver bem. Já que um agente carcerário não deve casar-se nem com os colegas nem com os presos, porque seria inconveniente, e de qualquer forma não poderia procriar filhos com eles, a sua anomalia não poderia transmitir-se a outros dentro da prisão. Não obstante, Cláudio Nocco (e muitos como ele) foram rejeitados. O que geneticamente havia sido um mérito, uma forma para sobreviver mais facilmente à adversidade do

ambiente, para a lei dos homens tornou-se um obstáculo, um pretexto para a exclusão do trabalho.

Ignorância? Provavelmente sim. Mas existe também a tendência, mais acentuada na sociedade atual, extremamente competitiva e tecnificada, que é a de multiplicar as barreiras seletivas, procurando justificá-las com uma capa de cientificidade, ao invés de procurar uma maior integração e de reduzir as condições patogênicas. Um outro exemplo é o das indústrias na União Soviética. Sabe-se que o amianto pode provocar tumores pulmonares, e que, quando o operário é fumante, as duas condições cancerígenas (hábito de fumar e amianto no ambiente de trabalho) provocam um efeito multiplicador (sinergismo). As estatísticas sobre os tumores eram eloqüentes: numa indústria de 370 operários ocorreram 24 casos de câncer nos 283 fumantes, e zero nos outros 87 trabalhadores não fumantes. Por este motivo decretaram na União Soviética que os fumantes não podem trabalhar onde o amianto é utilizado. Não teria sido melhor, além de desencorajar o fumo, que o amianto fosse substituído por outra substância menos nociva, ou pelo menos melhorar o ambiente e renovar a tecnologia produtiva? Na grande maioria dos casos isso é possível.

Nas indústrias dos Estados Unidos estão se desenvolvendo sistemas muito mais graves: a seleção genética e os exames bioquímicos para a admissão ao emprego. Se alguém é considerado inapto à nocividade, é rejeitado. Diz-se: não é o grau de risco ambiental que deve ser diminuído, mas a resistência dos trabalhadores é que deve ser aumentada. O acontecimento é assim narrado pelo jornal americano *Washington Post:*

> "Dezoito grandes empresas americanas já efetuaram no passado controle genético sobre os seus empregados com este objetivo, enquanto outras 59, como é afirmado por um relatório do Congresso, se prontificariam a realizar em pouco tempo a mesma operação. A iniciativa, que numerosos parlamentares definiram 'digna dos pesadelos da ficção científica de Orwell', poderia no futuro avaliar com precisão se o patrimônio genético dos trabalhadores submetidos a um teste foi comprometido pela exposição a radiações e substâncias químicas usadas nos processos produtivos, ou se isso pode causar, por motivos hereditários, uma maior predisposição ao aparecimento de doenças. Por outro lado, usando o teste com tal objetivo poder-se-ia discriminar alguns indivíduos ou grupos étnicos somente porque o seu patrimônio genético os torna potencialmente mais sujeitos que outros a contrair

doenças. O que significaria fazer a seleção em bases raciais? 'Suponhamos que um teste demonstre que um operário negro que solicite emprego numa indústria têxtil tenha um patrimônio genético que o torna mais predisposto que os brancos, digamos 5% a mais, de ficar doente com a síndrome do algodão: será rejeitado por esse motivo?' É a pergunta feita pelo Deputado Albert Gore, um dos congressistas que discordam da iniciativa do legislativo".

Raramente foi avaliado, entre outras coisas, quais as anomalias genéticas que efetivamente tornam os indivíduos mais vulneráveis ou podem criar perigo para as outras pessoas. Não obstante, foi vedado durante longo tempo o ingresso na Academia de Aeronáutica dos Estados Unidos aos indivíduos microcitêmicos porque com atmosfera pobre em oxigênio "pilotos, co-pilotos, membros da equipe submarina, portadores deste erro genético correm o risco, em altitudes elevadas e em exercício no fundo do mar, de pôr em dificuldades os próprios colegas". Constatou-se posteriormente que isso não era verdade. Mesmo assim, muitíssimos negros (freqüentemente mais microcitêmicos que os brancos) eram excluídos.

A aplicação dessa lógica seletiva também levou a resultados paradoxais. Como as substâncias manipuladas em algumas indústrias podem danificar o embrião humano, as empresas americanas solicitaram às trabalhadoras em idade de procriar que demonstrassem a própria esterilidade. Uma jovem senhora de 32 anos, Bárbara Cantwell, perita química, declarou que sua situação econômica difícil a obrigou de fato a uma intervenção de esterilização para garantir o trabalho. Nesses casos, não mais a saúde mas a supressão de uma função orgânica, isto é, uma condição patológica, torna-se vantajosa para a admissão ao trabalho. Quando existe uma incapacidade para o trabalho produtivo, cria-se a incapacidade para a vida reprodutiva.

São raros os casos em que o doente recusa-se a ser tratado porque usa a própria condição para ter uma indenização ou para encontrar trabalho. Existe, por exemplo, um ator que sempre faz o papel de feio e de mau nos filmes de aventura. Existe, na realidade, uma hipertrofia da mandíbula, do nariz, dos seios frontais e maxilares que lhe dá um aspecto feroz: isto é, é afetado por uma acromegalia, uma disfunção da hipófise. Isso lhe serve para viver e ter um bom salário, enquanto que se fosse tratado correria o risco de ficar na miséria. Mas quase sempre o que acontece é que as doenças facilitam a marginalização e o desemprego.

5. Somos todos deficientes? Uma postura discriminatória análoga é freqüentemente assumida em relação aos indivíduos com alguma deficiência. Um deles, Mauro Cameroni, jovem corajoso, que mesmo tendo sofrido uma paralisia por lesão cerebral quando criança, conseguiu estudar e tornar-se médico, escreveu no seu livro *A Deficiência Dentro Dela e Além Dela:*

> "O deficiente é considerado um indivíduo que não pode trabalhar ou que pelo menos tem uma capacidade de trabalho inferior à norma. Isso é absolutamente errado, porque na maior parte dos casos se aquele que tem alguma desvantagem é colocado numa função adequada pode produzir como todos. Admitamos que um indivíduo seja completamente paralítico dos membros inferiores, enquanto que para o resto seja completamente normal, e que a ele seja reconhecido um grau de 80% de diminuição da capacidade de trabalho. Vejamos onde está o absurdo de que falei: este indivíduo colocado para fazer um trabalho que requeira o uso quase perfeito das pernas, ou que também requeira esforço físico, terá naquele posto uma redução da capacidade de trabalho de 100%; se, ao invés disso, for colocado para fazer um trabalho que requeira o uso das mãos, ou da mente, ou da voz, o mesmo indivíduo produzirá no seu grau máximo. Tomemos agora um indivíduo que tenha uma encefalopatia do tipo espástica, atetósica ou atáxica e que seja gravemente afetado em todas as atividades motoras (uso dos membros inferiores, dos membros superiores, da linguagem etc.), mas que tenha uma inteligência normal ou até superior à média; para este seguramente será dado um grau de invalidez de 90 ou até de 100%. Se esse indivíduo também for colocado num determinado cargo que requeira o uso máximo das atividades motoras, seu rendimento será nulo ou mínimo, e num outro cargo que requeira o uso máximo das faculdades mentais e intelectuais e o mínimo das faculdades motoras, o rendimento, com a ajuda dos suportes tecnológicos necessários, será máxima, ou quase".

Para confirmar isso, basta refletir sobre as experiências pessoais ou próximas. Eu, por exemplo, sou um deficiente visual, porque sou míope desde jovem; a correção mediante lentes permitiram-me ser professor universitário, mas teria sido considerado anormal se quisesse tornar-me piloto de avião. A mesma doença, no meu caso a miopia, é avaliada diversamente. Para o mesmo grau de anormalidade biológica corresponde um julga-

mento oposto de normalidade ou de anormalidade social. Isto acontece não somente no trabalho, mas também na escola. Um indivíduo pode ser considerado deficiente e ter capacidade de aprendizagem igual ou maior em relação a outras pessoas, dependendo da forma como é enfrentado o seu problema pelo professor, pelos médicos, pelas leis e pelos companheiros.

As doenças e as deficiências existem, seja no campo físico, seja no campo mental. Mas é arriscado catalogar a saúde como ideal e o patológico como desvio, porque os dois fenômenos são parte de um processo único; e porque a doença, que se constitui sobre bases biológicas ou psíquicas, é revestida de um juízo social pelas conseqüências que provoca na vida cotidiana. Daí derivam os comportamentos que podem agravar ao invés de atenuar os fenômenos patológicos em ação. Entre as personagens de Luigi Pirandello (1867-1936), existem, por exemplo, muitíssimas extravagantes e numerosas loucas. Mas Pirandello nunca as coloca no manicômio. Num dos seus romances, *Um, Nenhum, Cem Mil*, mostra que, ao contrário, em certas condições pode acontecer a qualquer um de ser "considerado louco". Temos constantemente diante de nós situações alienantes, trabalhos incompatíveis com a vida muito mais que vidas incompatíveis com o trabalho, sociedade para ser transformada muito mais do que homens a serem rejeitados.

6. Abaixo as barreiras! Como agir, então? No plano ético é válida a frase do Talmude, o texto sacro da lei hebraica: "Quem vir um negro, um homem manchado de vermelho ou de branco, um corcunda, um anão, um homem edemaciado diga: 'bendito sejas tu que varias o aspecto das tuas criaturas' ". Isto é, é válido considerar as doenças como diferenças, não como desvios. Já que nem todas as anormalidades são doenças, seria errôneo afirmar o oposto: que as doenças sejam desprovidas de objetividade e de substrato biológico ou psíquico. Por outro lado, é necessário reconhecer as variações do equilíbrio que podem tornar-se nocivas, utilizando e somando os conhecimentos científicos; e reduzir paralelamente, quer sejam as causas de tais anormalidades, quer seja a amplitude do conceito de desvio quando a medida cultural e social se sobrepõe à clínica.

Na época atual isso é facilmente possível, tanto pelas maiores possibilidades de pesquisa no organismo humano, quanto pelo maior impulso à solidariedade coletiva, sustentada também por técnicas específicas para a integração.

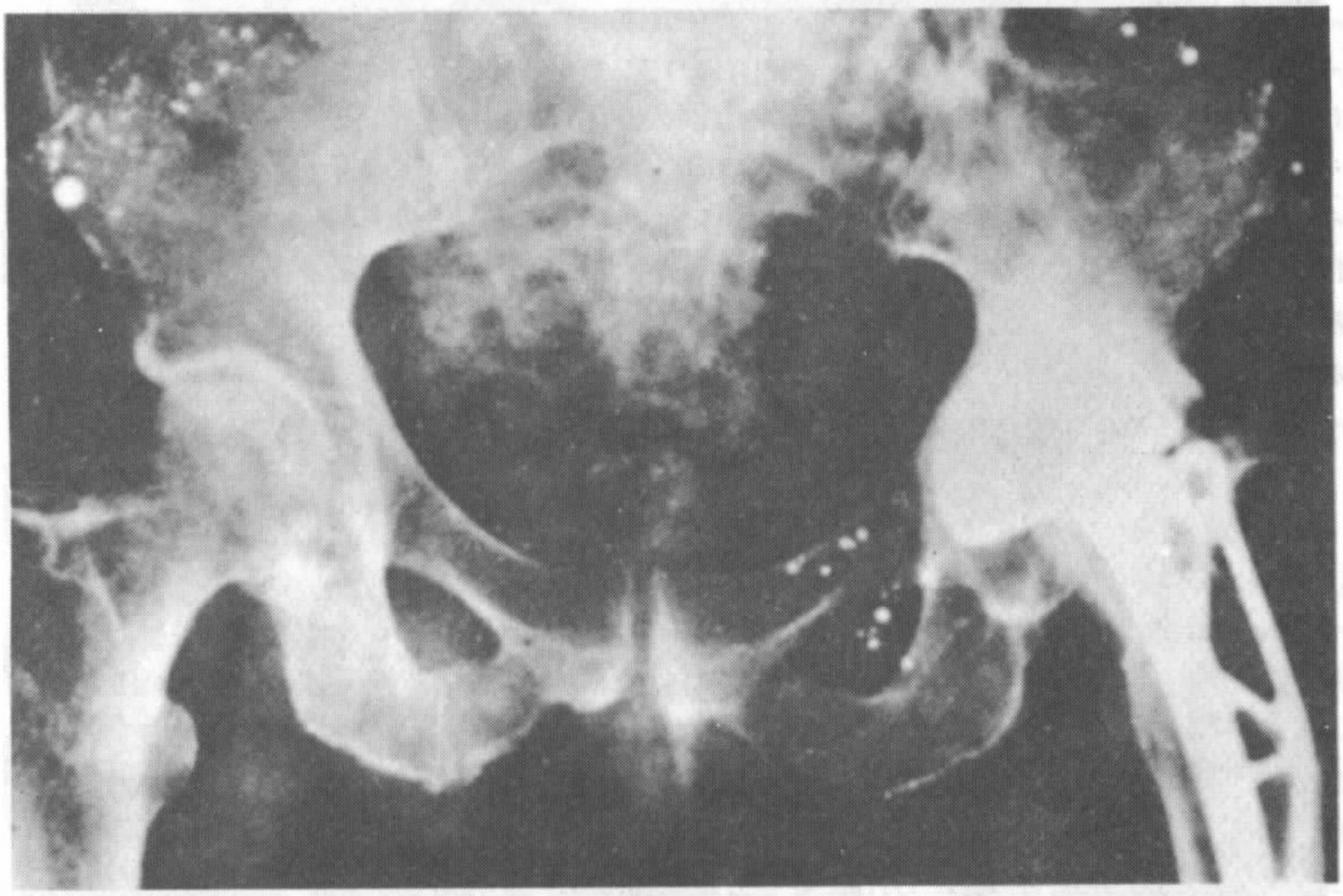
Ao contrário, nos comportamos freqüentemente como as tribos Kubu, da ilha de Sumatra, das quais fala Sigerist. Elas

O distúrbio mental pode ser recuperado com a ajuda de uma atenta ação de sustentação e reinserção social. Nesta foto, um grupo de pacientes no Hospital Santa Maria della Pietà de Roma (1982).

aceitam e integram no seu grupo, normalmente, os casos de doenças (pequenas doenças, feridas ligeiras) que não atrapalham a vida comunitária. Por outro lado, quando a doença impede o indivíduo de fazer parte da vida coletiva, eles rejeitam, com meios bastante enérgicos, aqueles que são afetados, os afastam e os condenam a um fim prematuro. Sigerist escreve que "o doente está morto socialmente, muito antes que esteja morto fisicamente". É necessário reconhecer que hoje, na sociedade industrial altamente competitiva e desumana, ocorre algo de semelhante quando não intervém a assistência pública ou a solidariedade das pessoas. Isto é, ocorre um retorno às leis tribais, com o agravante de que estas talvez fossem necessárias para a sobrevivência da tribo. Hoje não.

Para agir mais modernamente e mais humanamente, existem quatro caminhos a serem percorridos.

Um é prevenir e tratar as doenças. Grande parte das deficiências não deveriam existir: são o fruto de omissões ou erros. A prevenção, mais do que uma exigência moral, é também uma necessidade econômica: senão os custos da assistência tornar-se-iam insustentáveis e quem realmente tem necessidade não

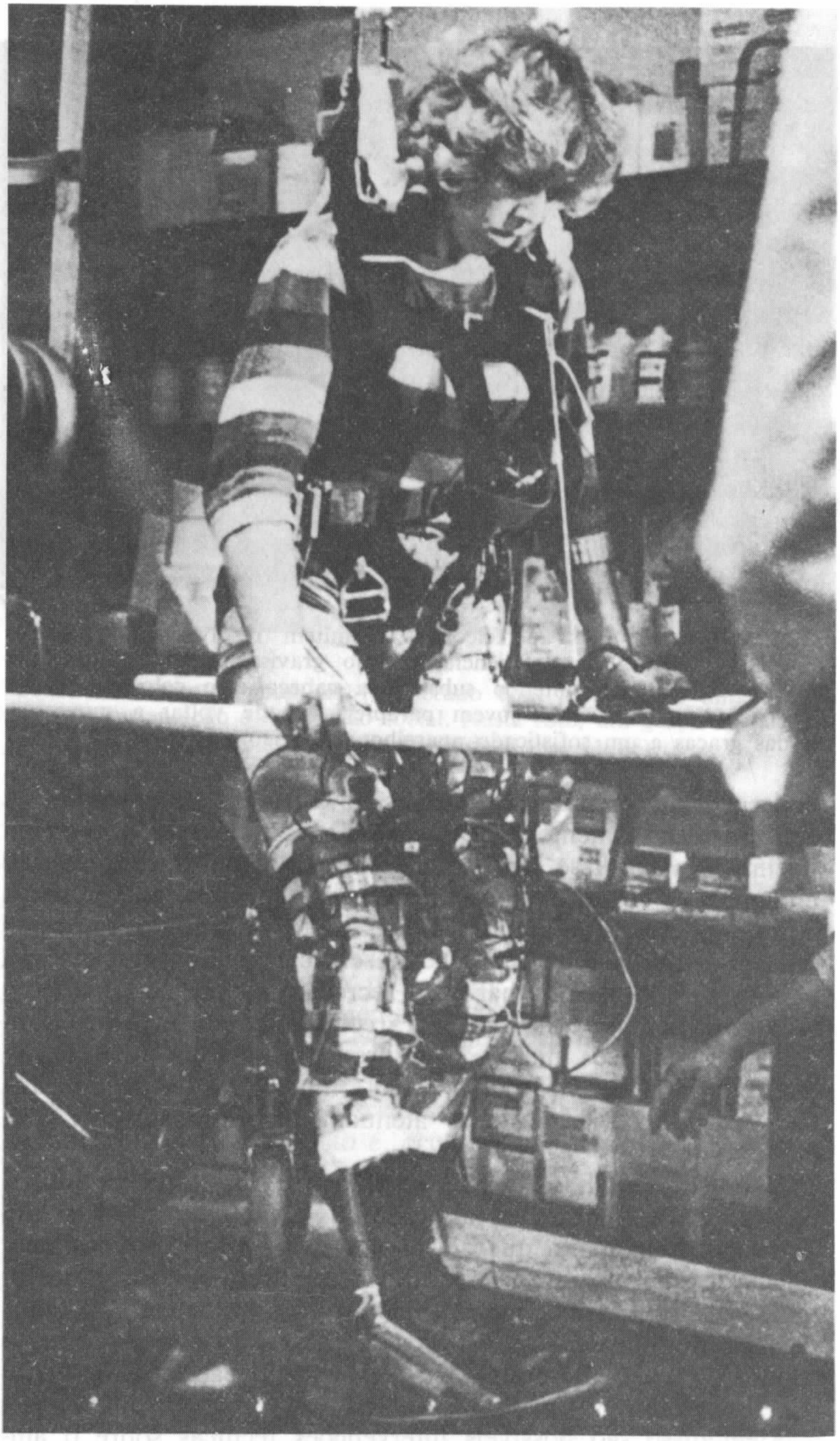


Técnicas sempre mais aperfeiçoadas permitem resolver com próteses especiais situações de deficiência, mesmo gravíssimas. No alto, uma prótese de material sintético substitui a cabeça e o colo do fêmur. Na página seguinte, uma jovem paraplégica pode voltar a mover as pernas graças a um sofisticado aparelho eletrônico.

poderia mais ser tratado. Falemos novamente, por exemplo, da epilepsia: antigamente quem a possuía poderia ser adorado ou queimado vivo. Isso não acontece hoje, não somente porque mudaram os conhecimentos e os comportamentos, mas também porque a crise que impressionava tanto os antigos tornou-se raríssima (perda repentina da consciência, parada respiratória, palidez ou congestão, olhar fixo, secreção mucosa na boca, convulsões violentas, com posterior recobro e retorno à normalidade. Os epiléticos, mesmo não curados completamente, controlam a própria condição com psicofármacos, medicamentos que não curam a epilepsia, mas atenuam os sintomas mais dramáticos.

O outro caminho a ser percorrido é o das próteses individuais, para corrigir reduções sensoriais e motoras. Estas já são de uso comum, tanto que em alguns casos (os óculos, os aparelhos de surdez) ninguém repara mais. Os filmes nos apresentam, já algum tempo, homens e mulheres "biônicos", dotados de membros ou de todo o corpo artificiais, bem mais fortes e sólidos do que os naturais. Não é somente ficção científica, isso ocorre em muitos casos.

Além disso são possíveis intervenções técnicas sobre o am-



biente físico e social, para diminuir a esfera da anormalidade. Hoje, por exemplo, pede-se a eliminação das barreiras arquitetônicas (grades, portas, outros obstáculos) que não permitem a alguns deficientes, como os paraplégicos, de entrar em qualquer lugar. É uma grande obra de civilidade reduzir essas barreiras para criar possibilidades iguais a indivíduos que correm o risco de se afastarem da vida coletiva. Mauro Cameroni nos conta que até a AIAS (Associação Italiana para Assistência aos Espásticos) está freqüentemente situada em edifícios inacessíveis:

> "Em Roma, na Via della Giuliana, vizinho ao Palácio Clódio, existia a sede de um centro da AIAS freqüentado por encefalopatas com grande dificuldade de deambulação; e para chegar a esse centro existia uma escada muito longa, íngreme, externa e sem corrimão. Na mesma cidade, na Via Vitor Pisani, no bairro Prati, estava situado um outro centro da AIAS, no qual existia uma rampa muito longa e íngreme que ligava o interior com o jardim, cuja escalada não causava inveja à do Cervino, insuperável para os deficientes em cadeiras de rodas".

Barreiras de trabalho, mais que arquitetônicas; mesmo nas fábricas, seriam possíveis mil idéias para fazer com que as máquinas fossem projetadas não somente para serem usadas por indivíduos considerados normais, mas também por aqueles que são "deslocados". Um exemplo simples é o de que muitas máquinas são construídas para indivíduos destros, e que até o canhoto, diante disso, se torna anormal porque não pode usá-la.

Enfim, é necessário organizar a sociedade de modo a integrar as "anormalidades", criando obstáculos à tendência a defini-las sempre como doenças, com as conseqüentes discriminações e prejuízos, como aconteceu com freqüência com as internações nos hospícios. A tendência à integração é tanto mais praticável quanto menos a sociedade é competitiva. Quando se tornar norma de vida a concorrência desumana por qualquer meio, e tendência será inevitavelmente aceitar no trabalho, na escola, na coletividade, somente os indivíduos dotados de qualidades particulares; chegar-se-á a alargar o círculo das pessoas consideradas deslocadas ou anormais, e a encaminhá-las, porém, ao beco sem-saída da internação forçada e do abandono.

Capítulo 4

A DOENÇA COMO PERIGO

Quando, nos séculos em que a lepra assolou a Europa durante toda a Idade Média, se consentia aos doentes saírem de casa, eles eram obrigados a andar cobertos com longos pedaços de pano e munidos de campainhas nas mãos e nos pés, para que fizessem barulho a fim de que os sadios pudessem se distanciar. Os leprosos eram às vezes discriminados com cerimônias semelhantes nos funerais, e considerados perdidos para a sociedade. Idade Média? Na Itália, até a Lei n.º 180 de 1978, que iniciou a transformação da assistência psiquiátrica, um tratamento semelhante era reservado a muitos doentes mentais: diagnóstico de irrecuperabilidade, internação no hospício, abandono, e no prontuário o carimbo já pronto: "perigoso para si e para os outros".

Em todas as épocas a doença, ou melhor, as doenças, vêm sendo consideradas um perigo. Estão aqui interligadas várias motivações: o risco dirigido à saúde dos outros; a pesquisa de um "indivíduo-alvo", isto é, de um bode expiatório em quem descarregar as desgraças da comunidade para liberar-se; e as dificuldades e angústias introduzidas pela doença na convivência familiar e social.

1. Contágio e condenação. A primeira motivação é a mais racional, e tem origem em um fato real. A consciência empírica de que o mal pode ser transmitido de pessoa a pessoa (diretamente ou por meio do ar, água, excrementos, insetos, vestimentas etc.) é muito antiga; afirma-se porém como teoria científica somente no século XIX, junto com a possibilidade de medidas apropriadas, de profilaxias específicas. Mas tem sempre existido, e dura até hoje, uma ligação entre a exigência legítima de isolar as fontes reais de contágio e outras razões ou preconceitos extrasanitários.

A primeira elaboração teórica do conceito de infecção deve-se a Girolamo Fracastoro (1474-1553), no livro *De Contagione et Contagiosis Morbis* (Sobre o contágio e sobre as doenças con-

tagiosas). Porém as medidas sistemáticas de prevenção afirmaram-se somente no século passado; talvez porque não se conheciam anteriormente os micróbios e os vírus, visíveis somente ao microscópio, ou porque muitos preconceitos impediam ver claramente o que fazer. As regiões mais evoluídas tomavam medidas eficazes como o Grão-Ducado da Toscana que, para evitar a peste, resolveu fechar suas fronteiras, e a República de Veneza que estabeleceu rigorosas quarentenas (quarenta dias de parada obrigatória longe do porto, para os navios suspeitos). Mas às vezes, idéias enraizadas impediam entender também o que era visível aos olhos. Quando foi introduzida, por exemplo, uma vestimenta que cobria inteiramente o corpo e um véu com a ponta umedecida com odores, para os médicos que desejavam tratar os pestilentos, muitos lhes perguntaram: "Para que serve? no máximo para evitar o incômodo das pulgas". Ao contrário, eram exatamente as pulgas, como foi descoberto no final do século XIX, que transmitiam as doenças. Tê-las longe significava viver ao invés de morrer.

Mas também no caso da lepra nem sempre existiu uma perfeita relação entre contágio e medidas de prevenção. Podem ser citados dois fatos, um antigo e outro recente; um de perigo real sem isolamento, o outro de tentativa de segregação em ausência de perigo.

Um historiador da medicina, Pericle Di Pietro, escreveu que no passado

> "o leproso era considerado como punido por Deus por suas graves culpas, e era por essa razão que devia ser isolado da convivência dos homens. Porém, era-lhe permitida a entrada na cidade em ocasiões particulares, como na Semana Santa, para não privá-lo da ajuda divina, da qual evidentemente tinha necessidade. Além disso, os leprosos eram introduzidos no centro da cidade para a execução de trabalhos particulares. Em Módena, por exemplo, está escrito nos Estatutos de 1327 (livro II, rubrica 60) que os leprosos deviam a cada sexta-feira limpar a praça comercial por ocasião da feira. É evidente por estas duas exceções que o isolamento destes homens tinha como objetivo evitar mais o contato com o pecador do que a doença contagiosa".

O outro fato, um episódio recente, mostra que mesmo quando desaparecem as razões sanitárias, o medo em relação ao doente continua. No outono de 1981 um menino de sete anos, ex-leproso, Peppino Galli, teve dificuldades para ser admitido na escola,

na Província de Teramo; e quando entrou na sala quase todos os pais retiraram os próprios filhos da escola. O episódio teve um final feliz, pela ação corajosa do diretor pedagógico que convenceu os pais em dúvida; mas suscitou muitas polêmicas e provocou uma intervenção do presidente da República, que convidou o menino para almoçar no Palácio Quirinale. Não se pode censurar, neste caso, os pais desconfiados: é muito antiga e enraizada a recordação pavorosa da lepra. Devemos, ao contrário, exaltar os dois fatores que permitiram a inserção de Peppino Galli na escola: os conhecimentos científicos, que possibilitaram a cura do doente e anular assim o risco de contagiar os outros; a coragem da democracia, personalizada nesse caso por um professor moderno e depois pelo presidente Pertini que o levou à integração ao invés da marginalização.

Por outro lado, a conclusão foi trágica num episódio ocorrido na Estação Terminal de trens de Roma em 31 de janeiro de 1982. Fazemos a referência pelas reportagens dos jornais:

Na Idade Média os doentes de lepra eram mantidos fora dos muros da cidade, e obrigados a assinalar a sua própria passagem com uma espécie de campainha. Os sãos podiam assim afastarem-se e evitar qualquer risco de contágio.

"São oito horas da manhã. Faz frio na estação. Uma mendiga, uma das tantas da numerosa colônia que freqüenta a estação, sente-se mal. Alguns viajantes percebem e avisam o fato aos policiais da estação. São eles que prestam os primeiros socorros e a transportam na maca até o ambulatário da estação. Aí o médico de plantão dá uma olhada e percebe que a mendiga 'está com pediculose', como informam as agências. Isto é, tem as roupas cheias de piolhos.

"O médico chama a Cruz Vermelha. São 8h23m quando o Hospital Policlínico recebe o telefonema. Parte a ambulância. Devia ser o início do salvamento da mendiga. Foi o início do fim. Chegando à Estação Termini, os enfermeiros vêem pessoalmente o estado da mulher, percebem que ela está cheia de piolhos e criam objeções — as informações vêm da própria Cruz Vermelha — que a sua ambulância não estava preparada para transportar doentes infectados. Segundo outra versão — fornecida pelo serviço de imprensa — estava escrito no inquérito policial do Poder Judiciário que os enfermeiros recusaram-se a carregar a mulher porque não sabiam para

qual hospital transportá-la 'por causa das condições higiênicas determinadas pela presença dos parasitas'.
"A mulher permanece ali, no ambulatório da estação, e as suas condições agravam-se. Mas provavelmente ninguém percebe, talvez na realidade ninguém lhe dá mais atenção. O importante é estabelecer a quem compete a tarefa de transportar um doente tão 'incômodo'. Entre as negações, negociações e reflexões, demora-se muito. Alguém se lembra depois de dirigir-se ao Hospital Spallanzani, para doenças infecciosas (talvez porque se pense que os piolhos sejam uma doença infecciosa). O hospital é chamado pelo rádio da primeira ambulância, e decide dirigir-se ao local com a sua ambulância aparelhada para o transporte de pacientes atingidos por doenças infecciosas.
"Mas nesse meio tempo surge outro conflito de competência. Do Hospital Spallanzani perguntam se a mendiga pode ser internada; do outro lado da linha o médico da estação diz não considerá-la nem contagiosa nem com doença infecciosa. Toma conhecimento do problema o diretor da garagem da Cruz Vermelha, doutor Marinocci. Novos telefonemas: para o ambulatório da estação, para o Hospital Spallanzani, para o Hospital Policlínico. Por fim, a decisão: que fosse transportada para o Hospital Dermatológico San Gallicano. É quase meio-dia. Novo telefonema: ao Spallanzani para fazer sair a ambulância. Quando finalmente chega a nova equipe de enfermeiros, a mendiga está morta".

Este episódio ocorreu por insensibilidade humana.

Dos vértices do poder chega o exemplo do Estado que é manobrado por interesses privados, e são canceladas assim até as últimas engrenagens humanas, com a idéia de que os serviços de saúde servem para as doenças, a escola para os alunos, as repartições públicas para os cidadãos. Esse episódio ocorreu por um conflito de competência entre hospitais, mas também por ignorância. Os piolhos incomodam, é verdade, e são um sinal de sujeira. Mas não transmitem doenças. Por sorte já passaram os tempos em que estes insetos transmitiam o tifo petequial, a terrível "febre das trincheiras" que dizimou o exército de Napoleão na Rússia e que fez um massacre na primeira guerra mundial. Hoje o verdadeiro perigo não é o inseto, mas o desprezo pela vida humana.

Quando as verdadeiras doenças epidêmicas eram desencadeadas por causas ainda ignoradas, os flagelos eram facilmente atribuíveis às culpas de cada indivíduo perverso. Descobriu isso

O Presidente Pertini enquanto acompanha o pequeno Peppino Galli na sala de refeições do Palácio Quirinale.

Roma, Estação Termini de trens, num dia qualquer. Os mendigos defendem-se do frio graças ao calor que sai do subsolo através de uma grade.

Renzo Tramaglino, o protagonista de *Os Noivos*, quando foi acusado de ter "provocado" a peste de Milão. Descobriram os governantes da Itália unificada, quando a plebe de Nápoles acusou os chefes do Estado da Casa de Savóia de terem provocado a epidemia de cólera que atingiu a cidade no final do século XVIII. Hoje, ao contrário, as causas das doenças são em grande parte conhecidas e os perigos podem ser enfrentados sem atingir quem é inocente.

2. A polícia médica. Mesmo quando, entre os séculos XVIII e XIX, descobriu-se que os agentes responsáveis pelas doenças infecciosas eram os micróbios e não os homens, o conceito de "perigo social" foi usado, mais como pretexto para um controle sobre as pessoas e não somente sobre as doenças do que para medidas específicas de prevenção. Isto é, fez-se um uso cultural e político negativo de uma descoberta que, ao contrário, era positiva. Foi naquele período que o setor da "Polícia Sanitária"

desenvolveu-se, como eixo da intervenção pública para a saúde. A organização de saúde moderna desenvolveu-se quase sempre a partir do Ministério do Interior. Na Itália isso durou até a queda do fascismo: a Direção Geral da Saúde fazia parte daquele ministério. O conceito de "Polícia Sanitária" compreende as quarentenas e as vacinações, isto é, o cumprimento obrigatório da lei para circunscrever as epidemias, mas faz fronteira muito próxima com a organização do Estado policial, e com outros aspectos da atividade repressiva do Estado.

Naturalmente que também existe uma justificativa. A "Polícia Sanitária" não foi somente uma perversidade política, mas também uma necessidade preventiva. Todavia, a repressão constantemente voltava-se contra o doente, ao invés de combater a doença. Isso deveu-se também ao fato de que com a afirmação do capitalismo, a coletividade foi induzida a tolerar menos, em relação à sociedade precedente, fenômenos de desvio que colocam em dúvida a organização fundada sob o poder e valores fixados do alto, sob a hierarquia.

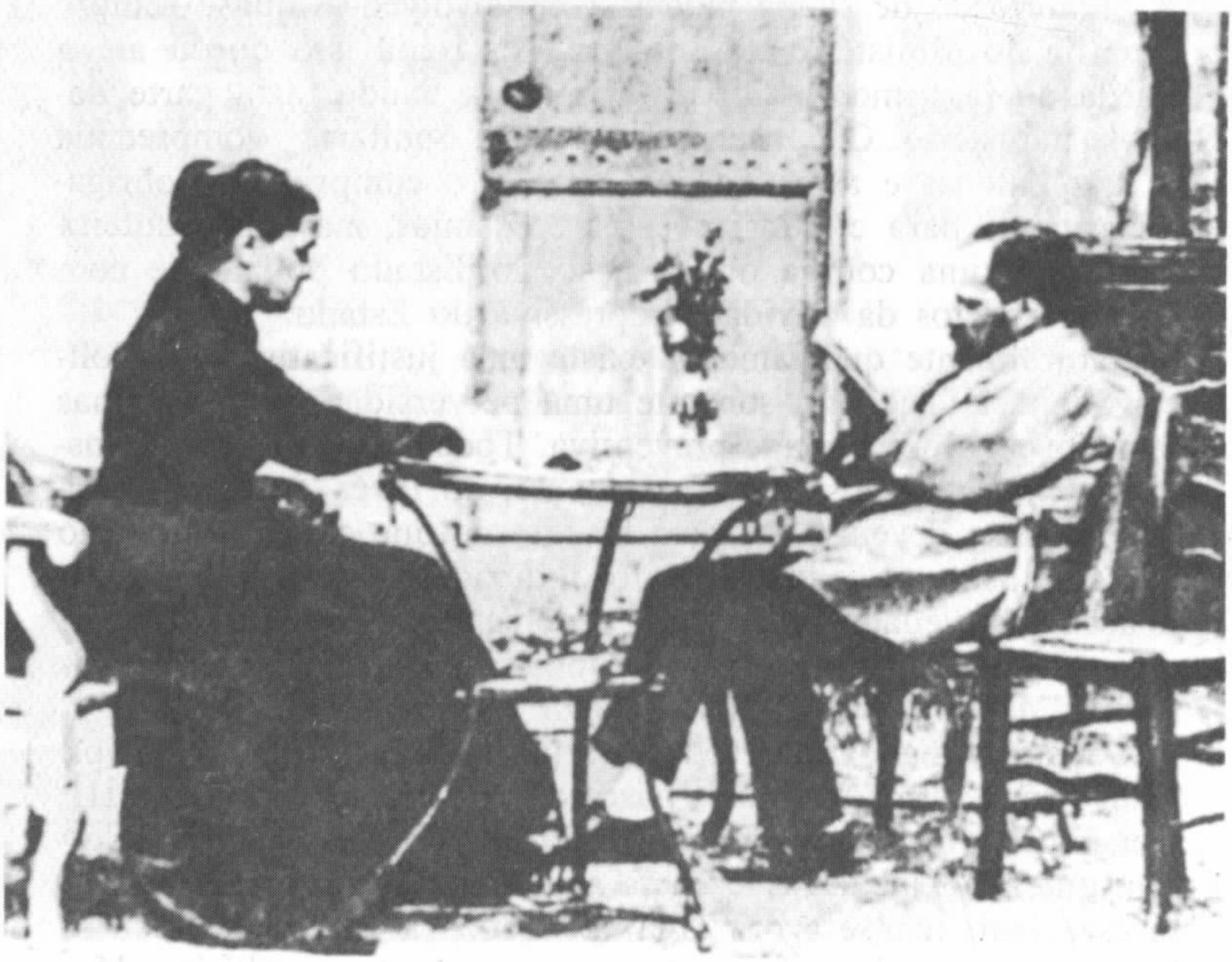
A história mais esclarecedora, a propósito, é a dos hospícios. Estes nem sempre existiram; nasceram a partir do século XVIII, e encontram a sua máxima expansão no período sucessivo. Nascem quando o medo da lepra se atenua e quando os leprosários se esvaziam: tem-se agora uma nova doença para isolar, são os loucos, e os locais estão vazios e prontos para recebê-los. Mas em outros campos também é acentuada a caracterização da Medicina não somente como ciência que procura conhecer e controlar as doenças, mas como organização que quer controlar os doentes porque são perigosos. Isto é, tem-se um aumento do poder dos médicos sobre os doentes. Esse fenômeno é, às vezes, acompanhado da redução do poder sobre as doenças, da queda da eficácia da intervenção médica.

Nos casos em que a definição de doente é ditada por motivos claramente políticos, como para muitos dissidentes na União Soviética, tem-se na realidade uma inversão do conceito clínico: não "perigoso porque doente", mas "perigoso, portanto doente". Nas regras de saúde soviéticas sobre as internações urgentes e forçadas por doença mental, a referência é para com a "necessidade de prevenir ações danosas para a sociedade". Os indivíduos a serem internados no hospital são aqueles que têm comportamentos perigosos por causa de:

a) estado psicótico agudo;

b) síndrome do delírio sistêmico;

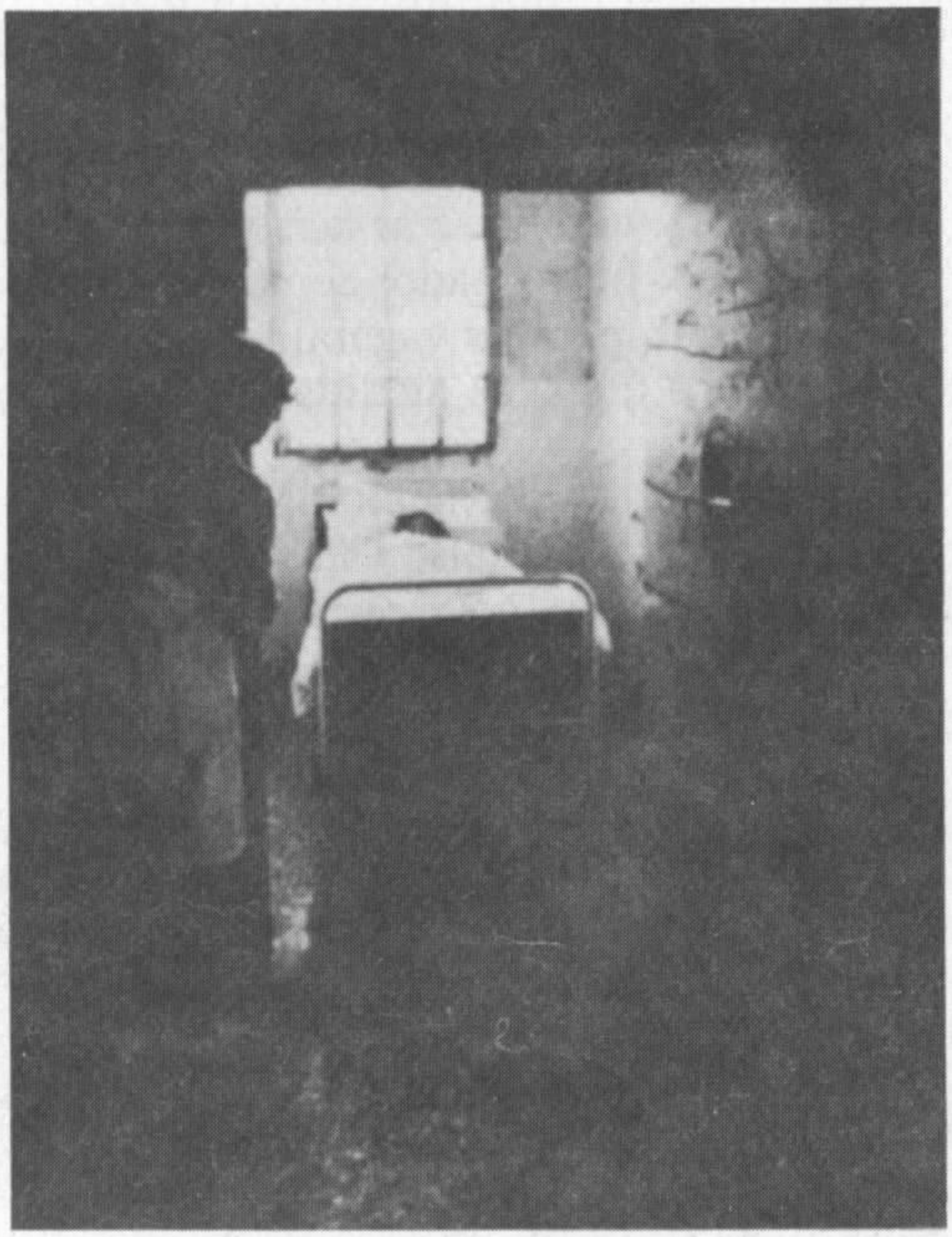
c) delírio hipocondríaco que determina agressividade "em relação a certas pessoas, organizações ou instituições".



A gravidade desta última formulação é acrescida da indicação de que "os estados patológicos [. . .] podem ser disfarçados. Impõe-se, por isso, a maior vigilância na avaliação das condições mentais de tais pacientes, para prevenir qualquer ação socialmente perigosa".

Na prática, qualquer crítica em relação ao poder pode ser definida como doença, e o presumido paciente internado e encarcerado. A medicina se torna punitiva ao invés de curativa, e o diagnóstico transforma-se em julgamento político. No prontuário médico do dissidente Grigorenco estava escrito que "ele considera a sua luta justa, o caminho por ele seguido como o único caminho; se um médico esforça-se em dissuadi-lo, ele fica nervoso e se enfurece [. . .]". Para a dissidente N. D. Gaidar afirmou-se que "ela sofre de fadiga nervosa, provocada pela procura da justiça; deve ficar internada durante algum tempo, assim não se lamentará mais"; e para Feinberg formulou-se o diagnóstico de "esquizofrenia-dissidência". A visão que leva a esses abusos é talvez uma idéia religiosa, messiânica do socialismo, ao invés de científica e histórica; a revolução resolveu todos os

À direita um testemunho estarrecedor do interior do hospício de São Clemente, em Veneza (1977).



À esquerda, Louis Pasteur, com sua mulher. A obra de Pasteur foi de importância decisiva para o desenvolvimento da bacteriologia e da imunologia, e conseqüentemente para o controle das epidemias.

problemas, quem não entender isso é discordante, tem o cérebro doente. Ao invés de aperfeiçoar o sistema social, é mais fácil aprisionar quem critica os seus defeitos.

3. O hospital: tratamentos e infecções. Estes fatos fazem lembrar outros casos, nos quais o isolamento e a segregação representaram uma dissimulação dos conflitos sociais, e para os indivíduos internados um prejuízo maior do que a própria doença. Na história dos hospitais, no início da era moderna, muitas vidas foram salvas, muito sofrimento foi aliviado, mas também existe o que segue. Gigliola Lo Cascio escreveu que

"do momento em que as causas do mal não são mais procuradas nos deuses mas nos homens, inicia-se a caça aos 'corpos de delito': bruxas, bruxos, marginais e minorias são perseguidos porque são considerados responsáveis pelas causas do mal. Nasce além disso a nova concepção da morte, não mais como passagem para o além, mas como ameaça à destruição da ordem social; e do momento em que não se consegue dar-

lhe uma explicação aceitável, a única reação possível é a de afastá-la, aprisioná-la, separá-la. Os hospitais funcionam, assim, de um lado como antecâmara da morte, onde são recolhidos os doentes para liberar a sociedade das doenças e dos contágios; do outro lado como prisão para os agitadores da ordem civil, para os vagabundos, para os mendigos, para aqueles para os quais as medidas de repressão são necessárias".

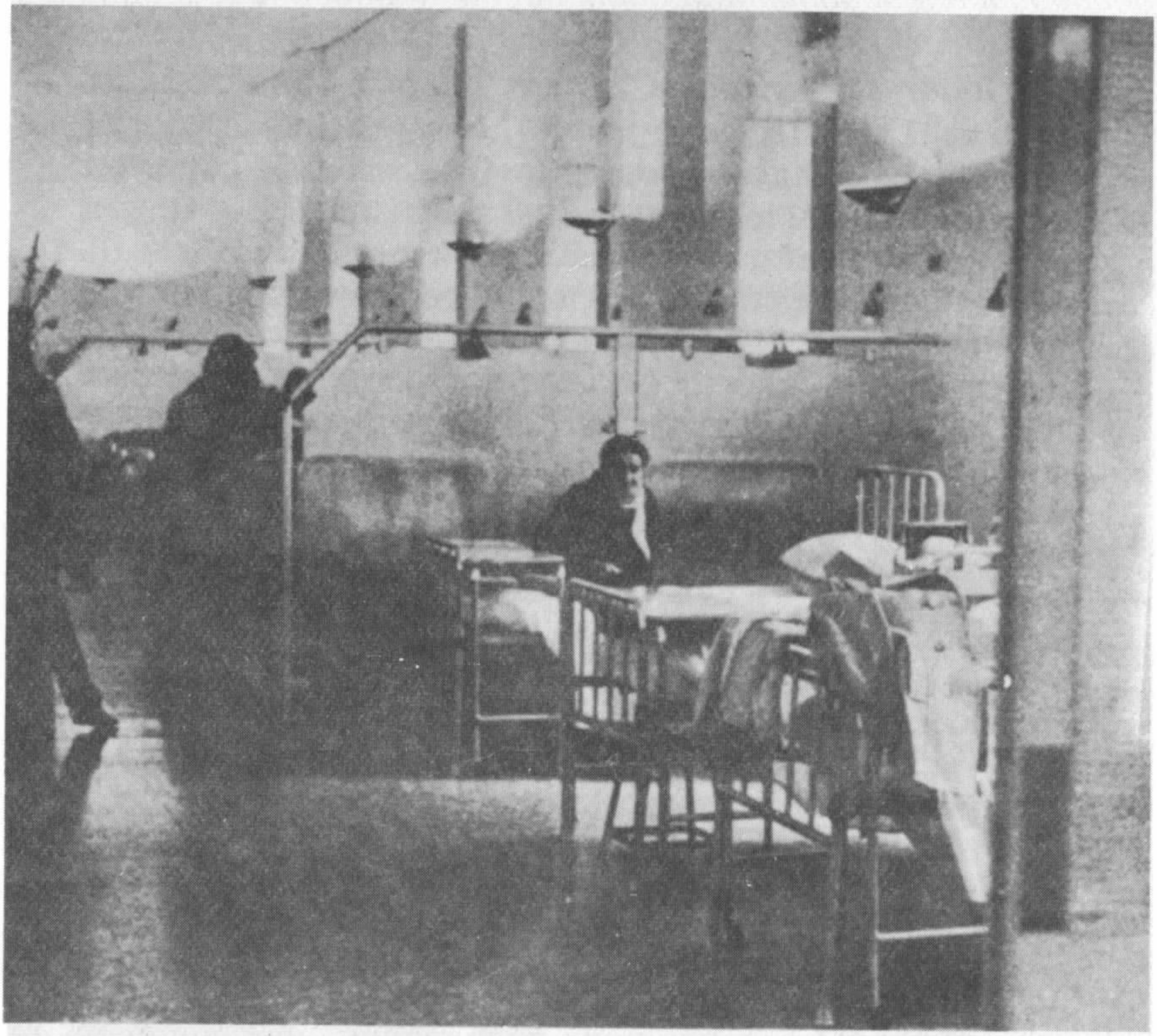
Com o advento da medicina moderna, que faz os seus primeiros testes nos hospitais, esta instituição considerada providencial e benéfica (foi, com certa freqüência, eficiente) absorve também outra atribuição: os doentes, quase sempre escolhidos fora da classe dominante,

> "não são tratados somente da sua doença, mas são utilizados como objeto de experiência pelos médicos, aos quais é consentido o exercício da sua profissão para experimentar, no corpo dos pobres, os tratamentos que serão realizados no corpo dos ricos".

Os tratamentos errados ou inadequados tornaram-se, portanto, perigosos, não as doenças. Lembrando a história das infecções hospitalares, D. Greco escreveu que

> "na metade do século XIX o índice de mortalidade verificado depois da amputação era quatro vezes mais alto nos indivíduos hospitalizados do que naqueles que eram tratados em casa. Sir James Tompson, cientista que descobriu a anestesia com clorofórmio, registrou uma mortalidade entre os 10 e os 40% logo após a amputação, e evidenciou que tal taxa era mais alta nos hospitais urbanos do que nos das pequenas cidades rurais, levantando como hipótese, portanto, que as condições sanitárias específicas de cada hospital pudessem influenciar o resultado do tratamento médico ou cirúrgico. Em 1843 Oliver Wendel Holme, no seu trabalho *Sobre a Contagiosidade da Febre Puerperal,* sustentava que as infecções puerperais fossem transmitidas às parturientes por médicos que visitavam as mulheres logo após terem realizado exames de necrópsia ou terem visitado outros pacientes infectados. Alguns anos mais tarde Semmelweis publica os dados, hoje históricos, encontrados nos estudos sobre a febre puerperal: as mulheres que pariam, atendidas pelo médico, desenvolviam uma infecção com uma freqüência quatro vezes maior em relação às mulheres que pariam em casa, atendidas pela obstetriz".

Nesta página, a vida e a organização de um hospital em Roma, entre os séculos XVI e XVII, num quadro do pintor alemão Adam Elscheimer. Na página seguinte, a mais prosaica realidade de um hospital atualmente, com os seus corredores, com a sua solidão.



Parecia evidente o fato, e também o remédio: uma acurada lavagem das mãos, na sala de parto do Hospital de Viena, reduzia notavelmente as infecções e as mortes. Mesmo assim, esta demonstração dada por Ignaz Philipp Semmelweis não foi assimilada, aqui também por uma razão de princípio, ideológica: não se admitia que o médico pudesse ser portador de doença. Semmelweis foi perseguido e terminou louco, internado num instituto psiquiátrico. Foram necessários anos para que a sua tese fosse acatada pela ciência oficial.

São realizados hoje nos hospitais partos quase sempre sem perigo, e a mortalidade é quase perto de zero; mas o tema das infecções contraídas na internação se apresenta de outra forma. Avaliou-se que cerca de 5% dos pacientes internados que são tratados por outras patologias, são infectados por microorganismos resistentes aos antibióticos comuns (mais nas enfermarias de cirurgia e de obstetrícia, menos nas enfermarias de clínica geral). Isso é devido ao abuso de tais medicamentos, que selecionam cepas de microorganismos resistentes; ao uso de medi-

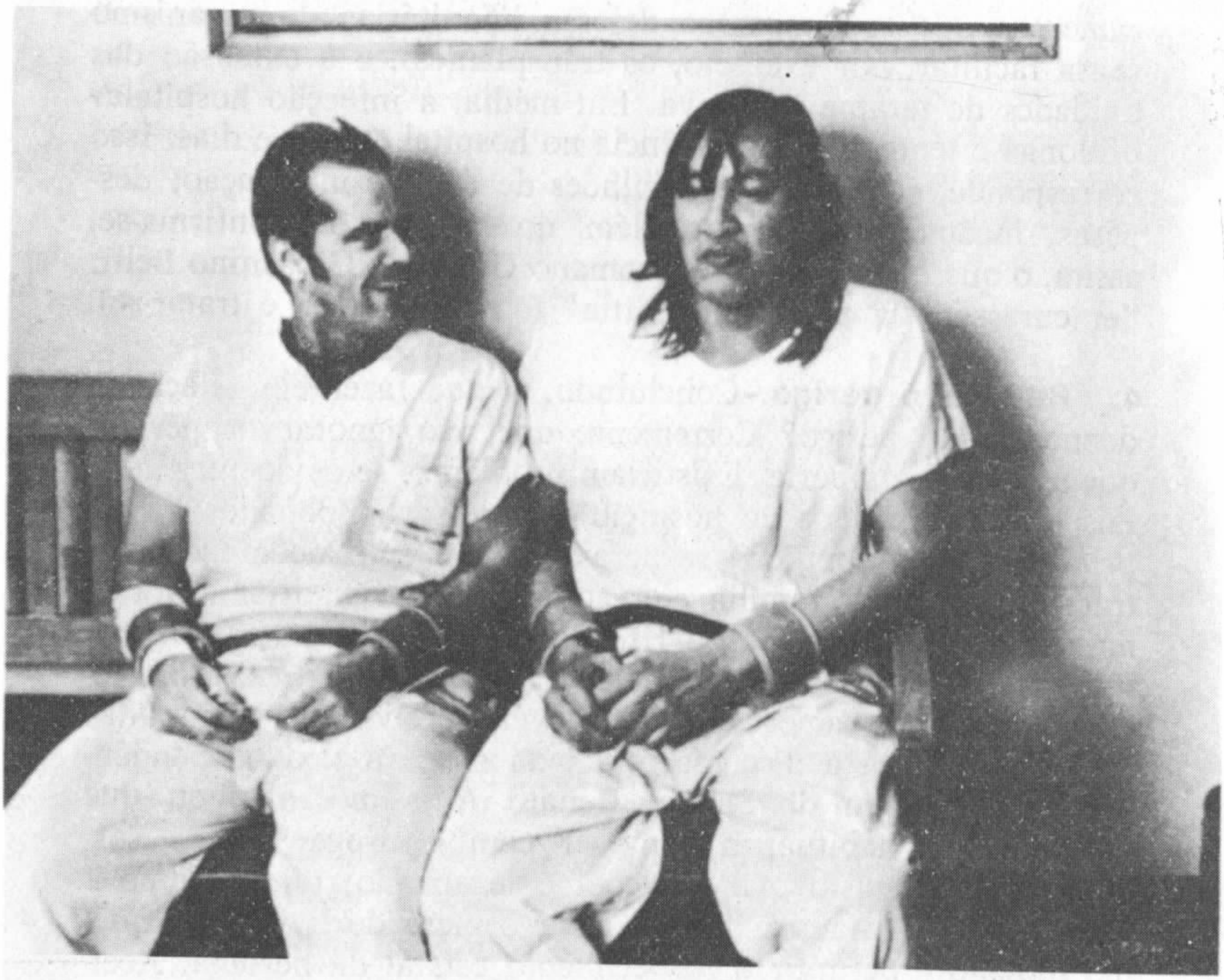
camentos que suprimem as defesas imunitárias do organismo (para facilitar, por exemplo, os transplantes), e à extensão das unidades de terapia intensiva. Em média, a infecção hospitalar prolonga o tempo de permanência no hospital em nove dias. Isso corresponde, na Itália, a 7,2 bilhões de dias de internação; despesas, incômodos e perigo além do necessário. Confirma-se, assim, o que escreveu o poeta romano Giuseppe Gioachino Belli: "er curasse è la peggio amalattia" (a pior doença é tratar-se).

4. Reduzir o perigo. Concluindo, o que fazer em relação à doença como perigo? Certamente que não ignorar os perigos que a doença comporta. Existiriam problemas se os doentes mentais fossem retirados do hospício e depois abandonados à própria sorte; sua condição se agravaria e o seu incômodo seria transmitido à sua família e à comunidade. Existiriam problemas se não avaliássemos o risco de contágio para as doenças infecciosas, ou se fôssemos induzidos a não tratar-nos e a tolerar doenças que ameaçam a convivência civil e a saúde das pessoas. É típica a discussão iniciada sobre a toxicodependência. Um ministro da Saúde, Renato Altissimo, afirmou que devemos nos habituar a conviver com a droga; outros sustentaram que, visto que o álcool é legalizado, que o fumo é monopólio de Estado,* deve-se abrir o mercado livre do cânhamo indiano e permitir o fornecimento estatal da heroína. Aceitar todas as drogas, ao invés de agir paralelamente no plano da luta contra os traficantes e na solidariedade com os toxicodependentes, provavelmente abriria as portas a males piores.

O perigo se torna maior se pensarmos que a corrida armamentista nuclear, cujo uso foi confiado a computadores e a operadores que devem agir e reagir em tempos recordes, fez nascer dois terríveis riscos de guerra: por erro do computador, ou por uma loucura repentina dos técnicos. Um relatório de L. J. Dumas, sobre a *Falha Técnica e Humana na Organização Militar,* relata que em três anos (1975-1977) cerca de cinco mil militares foram excluídos da responsabilidade de controlar e usar as armas nucleares nos E.U.A. por alcoolismo (3-5%), uso de drogas (25-40%), ou outros motivos, compreendendo "comportamentos físicos e mentais aberrantes e prejudiciais para um operador competente, documentados pela autoridade médica". O relatório acrescenta que "mesmo as pessoas física ou psiquicamente normais, que não usam álcool ou outras drogas, apresentam limites reais quando são submetidos ao *stress,* isolamento

---

* Na Itália, o fumo é monopólio do Estado (N.T.)



O hospício como meio para eliminar qualquer rebelião social: eis a mensagem do belo filme de Milos Forman, *Um Estranho no Ninho,* a quem se deve o dramático testemunho do interior do "estilo de vida" americano.

e ansiedade que são componentes da cena militar de hoje, sobretudo no setor nuclear".

O perigo, também nesse caso, só num segundo momento são os doentes. Deve-se primeiro evitar o risco de guerra com o desarmamento, e impedir que os jovens militares sejam expostos a tensões que possam levá-los à toxicodependência ou a distúrbios mentais.

Além de criar perigos, a doença pode perturbar o sistema social. O sociólogo americano, Talcott Parsons, insistiu nesse ponto e, aliás, utilizou o papel do doente como exemplo da estreita especialização das funções sociais. A tese é de que a doença não é funcional, porque torna os indivíduos incapazes de desenvolver tarefas preestabelecidas. Constrói-se, porém, o "papel de doente" que, por coação externa e pela própria escolha, implica uma série de conseqüências: isenção do papel social

normal; o reconhecimento de que é impossível curar-se somente pela própria vontade; a obrigação de querer estar bem e de procurar, com esse objetivo, uma ajuda tecnicamente competente. Estaria assim restabelecido um novo equilíbrio, fundado exatamente no "papel do doente". Se bem que as opiniões de Parsons tenham sido muito discutidas, o mecanismo que regula os comportamentos na sociedade americana (e não somente nela) é freqüentemente aquele descrito por ele. Além de tudo, com certa freqüência, não existe nenhuma correspondência entre a escolha de ficar doente (ou a atribuição a essa categoria) e a existência de uma doença verdadeira e peculiar. Mas a ordem é, de qualquer forma, restabelecida.

Em outras casos, ao contrário, é exatamente a ordem constituída a favorecer-se das doenças. O governador da província de Catamarca, na Argentina, nos anos da ditadura militar, foi solicitado pelos técnicos de saúde a tomar medidas contra a difusão do bócio, degeneração da tireóide que aumenta a glândula, impede o crescimento e induz ao torpor intelectual, à passividade e às vezes ao cretinismo. O governador respondeu aos técnicos que se os indivíduos portadores de bócio não se rebelavam, se eram tranqüilos e mansos, não haveria, no caso, razões para intervenção.

Sabe-se que até chegou-se a difundir de propósito algumas doenças (ou comportamentos morbígenos) para "impor a ordem" ou melhor, para consolidar a opressão.

Os colonialistas levaram muitos povos africanos ao consumo de álcool; o poder nos E.U.A., abalado pelas revoltas negras, facilitou a distribuição de heroína e cocaína nos guetos urbanos; provavelmente na Itália, depois que os jovens em 1968 e nos anos sucessivos tornaram-se protagonistas da política, a concentração do tráfico de drogas orientou-se com o mesmo objetivo. Se depois da repressão às rebeliões se consegue algum lucro, tanto melhor.

Concluindo, é justo reafirmar que se pode e se deve reduzir a incidência das doenças; que o perigo são as moléstias, quem as propaga, quem não as impede; e não o doente. É verdade que ele também pode ser fonte de contágio, que os comportamentos individuais contam, que a disseminação de microorganismos ou a difusão de comportamentos patogênicos (desde o fumo até dirigir perigosamente) não podem ser negligenciados. Mas também no caso das doenças infecciosas, o que conta é sobretudo a prevenção e o tratamento. Já foi o tempo em que o tuberculoso era evitado, e ele mesmo envergonhava-se diante dos outros. Hoje, ao contrário, pode acontecer de um jogador

Houston, Texas: uma manifestação dos racistas da Ku Klux Klan contra os homossexuais, acusados de difundir a *aids*. A doença, diz o cartaz, seria um "presente" de Deus para aqueles que, como diz a Bíblia (*Levítico 20*,13), cometeram, com a homossexualidade, um pecado "abominável". Estes homens, continua o texto sacro, "deverão ser mortos; o seu sangue cairá sobre eles".

conhecido da Juventus,* acometido por esta doença, ter sido tratado eficazmente; e a sua moléstia tornou-se pública através das reportagens esportivas, o que não impediu a sua vida social e a retomada da sua atividade profissional, chegando até a retornar à seleção nacional de futebol.

O quanto o medo das doenças suscita ainda de reações irracionais e atos discriminatórios é demonstrado por um novo fenômeno patológico, a *aids,* à qual fizemos menção no Capítulo 1. Essa nova doença, causada por um vírus, é caracterizada pela depressão do sistema imunológico (de onde o nome que significa "síndrome da imunodeficiência adquirida") provocou nos Estados Unidos muitos episódios de pânico. Um jornal, sob o título "A América Retorna à Idade Média", assim a descreve (*Repubblica,* 13 de julho de 1983):

> "Desde que os médicos assegurem que não existe perigo em aproximar-se de um doente e tocá-lo (e tem razão, já que

* Time popular da Itália, da cidade de Turim (N.T.).

ficou provado pelo fato de que nenhum profissional de saúde contraiu até agora a doença), a reação de medo é tal, até mesmo entre os funcionários hospitalares, que os doentes encontram-se freqüentemente em condições de completo abandono e isolamento. No Hospital 'Lenox Hill' de Nova York (a diária é de 420 dólares), o quarto de um paciente com *aids* não era mais arrumado e as atendentes deixavam o prato com comida diante da porta. O doente foi, então, transferido para a casa de amigos no Arizona, mas os seus acompanhantes tiveram que argumentar durante muito tempo com o comandante do avião, que se recusava deixá-lo subir a bordo.

"Em São Francisco, muitos homossexuais — o grupo de mais alto risco — foram despejados de seus apartamentos por seus locadores. O delegado de polícia precisou distribuir máscaras de gaze e luvas de plástico para os agentes que prestavam serviço externo que afirmavam correr alto risco de contágio pela alta concentração de *gays* que existe na cidade californiana.

"A ansiedade por aquela que praticamente é definida como 'a morte negra do século vinte' pode assumir conotações histéricas. No Centro Preventivo de Doenças Infecciosas, em Nova York, a cada dia são recebidos telefonemas de pessoas querendo saber se é aconselhável usar luvas dentro dos trens do metrô (um dos lugares dessa metrópole não muito limpos) e que risco correm em passar pelo Greenwich Village, o bairro de Nova York onde a presença dos homossexuais é mais visível".

Como estava previsto, retorna com força, no caso da *aids*, o tema da punição pela transgressão da ordem. O jornal *New York Post* escreveu que "a revolução sexual está devorando os seus filhos [...]. Pobres homossexuais, declararam guerra à natureza e hoje ela lhes dá o troco com um castigo assustador".

Chegaremos a conhecer também as causas precisas da *aids* para enfrentá-la; o medo será vencido tão cedo quanto possível e os preconceitos serão combatidos. A orientação atual é a de prevenir as doenças, tratar os que estão realmente doentes (e somente esses), e isolar os perigos reais somente pelo tempo estritamente necessário. Porém, afastar os efeitos, segregar os doentes ou até rotulá-los como perigosos para a coletividade impede de dar atenção àquele que é um dos aspectos mais interessantes da doença: o sinal, o fato de que o sofrimento individual é freqüentemente a manifestação de um fenômeno coletivo.

Capítulo 5

A DOENÇA COMO SINAL

A doença num indivíduo, fenômeno intimamente ligado à sua existência privada, é raramente um caso isolado. Processos patológicos semelhantes verificam-se paralelamente em outras pessoas, e são expressão de forças destrutivas que agem sobre a coletividade. A soma e a interpretação desses episódios poderiam fornecer muitos dados de natureza econômica e social, poderiam dar indícios e orientações para compreender o que ocorre nas várias sociedades humanas, ou o que aconteceu no passado; e para prever melhor o futuro. A doença, pode ser, portanto, um sinal.

1. Rompimento de um equilíbrio. Sinal coletivo, mas também individual. A doença é, de fato, com freqüência, ou pelo menos inicialmente, somente a expressão de dificuldade na vida de uma pessoa. É uma experiência comum, por exemplo, que muitos males que nos afligem durante todo o ano desapareçam durante as férias: seriam um pretexto para o absenteísmo no trabalho? eram pseudodoenças? Só isso, não. A minha gastrite recorrente e desagradável, que atribuo à desordem ou ao erro alimentar, deixa de atormentar-me logo que "dou uma parada", apesar de nas minhas férias comer de forma mais imprópria e irregular. Problemas, que não ousamos reconhecer, manifestam-se como distúrbios, e se depois descuidamos, tornam-se verdadeiras moléstias.

Em certos casos, mesmo a explosão de uma grave doença pode ser uma desagradável reação pelo risco do rompimento de um equilíbrio que se gostaria de conservar. Cito dois episódics.

Um pai, ligado de forma quase obsessiva ao núcleo familiar, teve um infarto depois que o filho decidiu sair de casa para viver sozinho. Ninguém fez uma clara ligação entre os dois fatos. Mas o filho, para melhor atender ao pai, renunciou ao seu propósito. Quando o pai restabeleceu-se, foi novamente decidido (com um acordo aparente entre todos!) a separação: e o pai

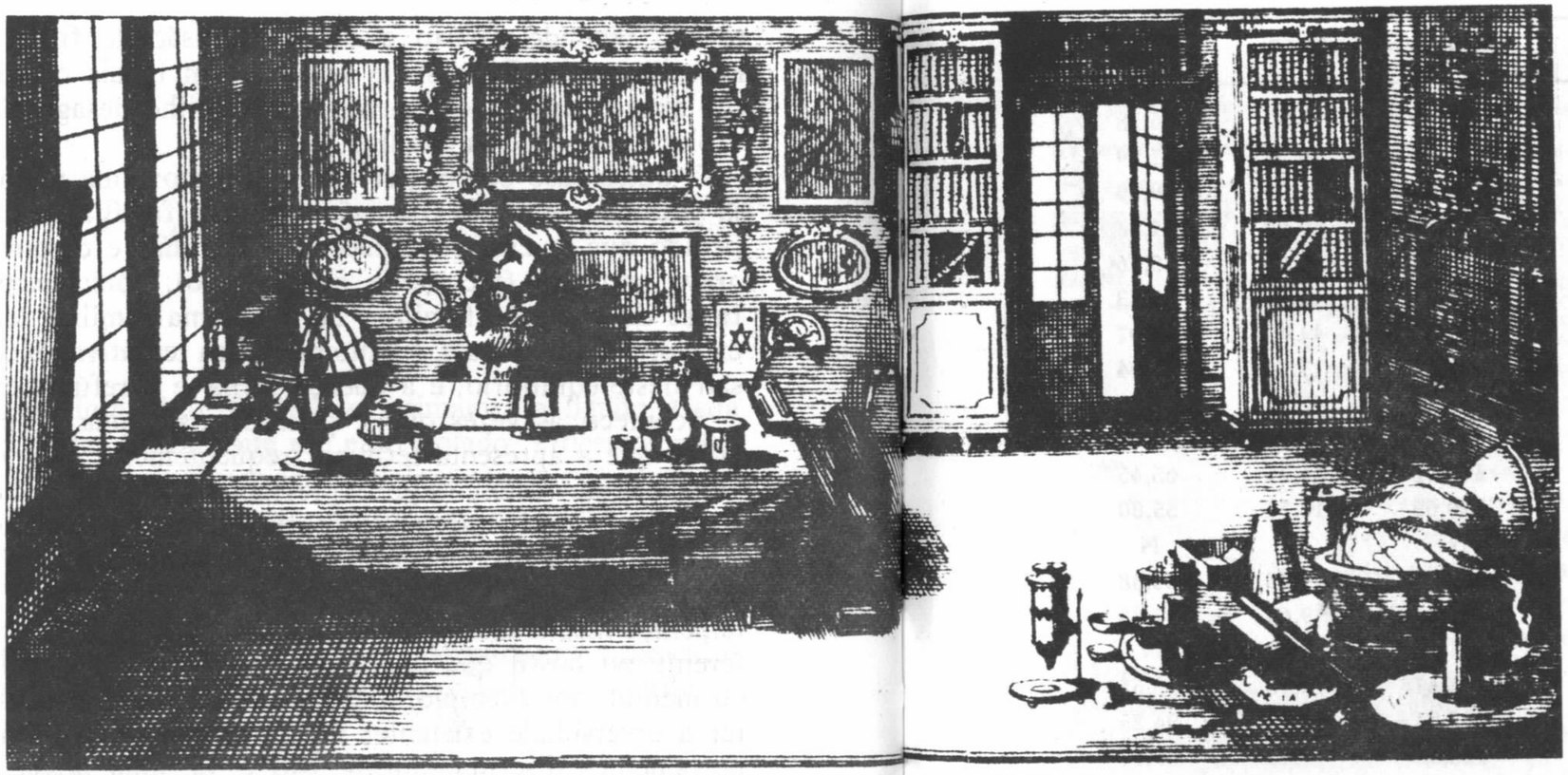
teve o segundo infarto e a nova decisão do filho de permanecer em casa. Depois um terceiro, em iguais condições. Reação exagerada, evidentemente, e empecilho desagradável para a evolução do sistema familiar.

O outro caso ocorre por motivo oposto: uma mulher solteira, já madura em idade, que vivia com a família, tendo esta lhe pedido que se casasse, começou a definhar e desenvolveu uma grave anorexia (recusa de alimentação), como recusa a separar-se da proteção familiar. Se o sistema familiar tende a uma excessiva homeostasia, o sintoma indica tentativas bloqueadas de sair deste equilíbrio, e a doença torna-se o refúgio extremo.

Acontece, às vezes que, "quando existe uma doença, o indivíduo que a apresenta termina freqüentemente por usá-la como momento de síntese e de expressão dos seus conflitos na vertente interna, e como instrumento útil para a sua comunicação com os outros e a vertente externa" (Cancrini). Mas mesmo as doenças dos outros sintetizam, às vezes, preconceitos e comportamentos inconvenientes. Freqüentemente o comportamento indiferente ou hostil que temos em relação a um deficiente físico ou mental, por exemplo, indica preconceitos e a recusa em aceitar a diversidade existente; indica que sobrevive em nós comportamentos discriminatórios, isto é, de uma nossa deficiência moral.

2. O sinal oculto e distorcido. Estes fenômenos, exatamente porque nesta situação se torna difícil agir, são freqüentemente negados ou mal interpretados. Isso acontece mais ainda pela dimensão coletiva das doenças; e verifica-se através de dois mecanismos: o ocultamento ou a distorção do sinal.

Ocultamento. Lembro de um fato dramático que se verificou há alguns anos em Ciriè, província de Turim, numa fábrica de corantes à base de anilina. Alguns operários descobriram alguns problemas na micção, e que a urina era de cor avermelhada (hematúria). Foram ao médico da fábrica (era o filho do proprietário), que lhes disse para não se preocuparem porque provavelmente tinham bebido muito vinho tinto. Na verdade, essa hematúria (presença de sangue na urina) era um sinal precoce de distúrbios que poderiam ter levado muitos desses indivíduos a morrer de câncer na bexiga, uma doença produzida pelos corantes à base de anilina, descoberta já no final do século, mas nesse caso específico ignorado, não creio que pelo médico que atendeu os operários, mas pelos próprios operários. Eis como o sinal *hematúria*, presente num indivíduo e sucessivamente em outros indivíduos semelhantes, que vivem nas mesmas



Um laboratório de microbiologia do século XVIII num desenho da época.

condições e estão sujeitos aos mesmos distúrbios, foi reprimido ao invés de ampliado. Não foi reconhecido como expressão de uma condição insalubre de trabalho, que deve ser enfrentada com uma obra de prevenção. Esse reconhecimento aconteceu muitos anos depois. Aconteceu, por um lado, no setor judiciário, porque os culpados foram processados e condenados; por outro lado, no setor técnico-científico porque foram realizadas transformações produtivas que eliminaram o risco de adquirir tumores. Mas para muitos operários aconteceu muito tarde.

Distorção do sinal. Quando o fenômeno patogênico coletivo assume tal evidência, por gravidade, número, simultaneidade dos casos, e de não poder ser mais escondido, a pesquisa do culpado, então, é quase sempre desviada para fatores naturais, estranhos à história concreta e à responsabilidade dos homens. Um episódio poderá explicar esse mecanismo cultural.

Quando, em 1981, na Espanha, começaram a verificar-se episódios de pneumonia, freqüentemente letais, ninguém se preocupou no início, a não ser, obviamente, os próprios doentes e os seus familiares. Dois fatos atraíram depois a atenção: o conjunto dos sintomas, que eram diferentes das pneumonias

comuns, e que também compreendiam erupções cutâneas, aumento do fígado e do baço, linfoadenite difusa; e o número crescente dos casos, que provocaram quinze mil internações hospitalares e mais de cento e trinta mortes em somente quatro meses. A primeira hipótese foi a de que se tratava de uma doença de tipo infecciosa: pneumonia por micoplasma. As pesquisas mostraram depois que a doença era mais difusa nos bairros pobres do que em outros bairros; viu-se que atingia todas as idades, menos os lactentes, e que poupava, estranhamente, exatamente as populações mais expostas a um contágio eventual, isto é, pessoas internadas, no quartel, nos asilos. Depois de outras hipóteses, a pesquisa concentrou-se nos alimentos, e descobriu-se que a causa da doença estava num óleo de colza quimicamente alterado, que havia invadido os mercados espanhóis por fraude dos produtores e por descuido ou cumplicidade dos serviços de controle. Os recém-nascidos, mais sensíveis que qualquer um, sujeitos a pneumonias virais e microbianas, nesse caso de intoxicação alimentar, estavam protegidos porque alimentados com o leite materno; e o restante da população com o abastecimento com óleo de boa qualidade adquirido no atacado. Os pobres não.

regiões	*leitos*	*internação*	*TMP*	*TO*
Piemonte	7,20	146,69	11,85	66,18
Vale d'Aosta	5,29	141,67	10,52	77,29
Lombardia	6,68	156,37	11,00	70,49
P. A. Bolzano	6,86	147,57	10,90	64,28
P. A. Trento	8,02	170,97	12,86	75,16
Vêneto	9,57	185,17	12,01	63,63
Friulli-Veneza Júlia	9,39	217,93	11,49	73,07
Ligúria	9,62	218,78	11,72	73,04
Emília-Romanha	8,29	183,39	12,21	13,95
Toscana	8,19	177,56	11,13	66,15
Úmbria	8,43	178,02	11,31	65,45
Marche	10,05	190,69	10,74	55,80
Lázio	N	N	N	N
Abruzzos	8,93	167,78	11,73	60,38
Molise	4,48	126,15	9,60	74,03
Campanha	N	N	N	N
Puglia	6,68	164,47	10,18	68,65
Basilicata	5,02	142,21	10,85	84,25
Calábria	4,71	125,76	9,44	69,07
Sicília	N	N	N	N
Sardenha	5,66	110,38	11,82	63,18
Itália	7,59	166,32	11,31	67,95

Atividade dos hospitais públicos na Itália, em 1980, separados por região (*Fone: Relazione Sullo Stato Sanitario del Paese, 1980*, Roma 1983). N = dados não fornecidos pela Região.

Na verdade, toda a organização dos serviços de saúde tende, hoje, a reprimir e a distorcer os sinais coletivos da doença, porque circunscreve a obra do médico àquela relação individual com o doente (freqüentemente apressada e padronizada), que mesmo assim é indispensável para os objetivos terapêuticos. Quando na Itália e no exterior nos diplomamos em Medicina e Cirurgia, em muitas faculdades de Medicina declaramos e recebemos o texto do juramento de Hipócrates. Nele o médico "por Apolo e Esculápio, por Igéia e Panacéia", promete entre outras coisas:

> "Regularei a dieta dos doentes em seu benefício segundo as minhas capacidades e o meu julgamento, e me absterei de qualquer má ação e de qualquer injustiça; não administrarei

O juramento de Hipócrates, escrito em forma de cruz. Este texto raríssimo foi encontrado num manuscrito originário do século XIII.

veneno a ninguém nem que me seja pedido; em qualquer casa onde entre, fá-lo-ei para benefício dos doentes, abstendo-me de qualquer ação injusta e corruptora, sobretudo de seduzir as mulheres e as crianças, os seres livres ou escravos".

Reduzir, todavia, as funções do médico a essas normas de comportamento em relação aos indivíduos doentes, significa deformar o grande ensinamento hipocrático. Tal ensinamento consiste sobretudo em reconhecer que existe uma continuidade entre as doenças do indivíduo e as doenças da coletividade. Mário Vegetti, estudioso do mundo grego e romano, escreveu que na concepção de Hipócrates o organismo humano

> "estava estreitamente ligado ao seu ambiente, principalmente geográfico, climático, hídrico; o médico não podia estudar o indivíduo se não tivesse compreendido os dados ambientais que condicionavam a higiene, a alimentação, as afecções do próprio paciente. Já que o homem vivia, de fato, num ambiente social, além do natural, era necessário não limitar-se à compreensão deste último: era essencial a análise da situação social, seus reflexos sobre a psicologia, sobre as condições de trabalho e de vida do indivíduo. Certamente será diferente um paciente escravo de um homem livre, um paciente que vive numa sociedade democrática de um que vive numa sociedade monárquica, e assim por diante, escrevia Hipócrates atingindo um conhecimento que durante muitos séculos a medicina não poderá mais recuperar. Essa integração com o ambiente estava estreitamente ligada à integração com a história, seja social ou individual. Hipócrates introduzia com essa orientação a noção de anamnese, que se tornou fundamental na medicina. Tratava-se de reconstruir a história do doente, para compreender — e para fazê-lo compreender, segundo uma norma constante do hipocratismo — a série de processos que causaram a doença atual, e também dessa forma a sua provável evolução futura; tratava-se de traçar as linhas essenciais do desenvolvimento da civilização e das diversas sociedades, com o objetivo de integrá-las à compreensão diagnóstica do presente".

A cumplicidade da medicina com a ordem social, ao contrário, mesmo se injusta e patogênica, deformou esses ensinamentos. Na maioria das vezes, como escreve Franco Ongario Basaglia, a cultura médica dominante

Franco Basaglia (1924-1980): dedicou a vida e suas pesquisas à batalha pelo fechamento dos hospícios.

"serve, de fato, para transferir o fenômeno sofrimento somente para quem o exprime, ocultando a estreita ligação com a situação responsável pelo seu aparecimento, e privando-a, portanto, do seu significado mais essencial. Uma vez realizado esse deslocamento, uma vez realizada a ruptura entre sofrimento individual e realidade social (isto é, condição de vida material, psicológica e de relação) será simples dedicar-se à doença como um fenômeno puro, natural, isolado do mundo cujo sujeito faz parte e é expressão, e organizar em torno disso o tratamento e a cura. Tratamento e cura que serão tanto mais impotentes quanto mais completo resultar o rompimento entre o indivíduo e a própria história, confirmando como incompreensível o fenômeno do qual se ocupa".
[Nasce assim] "o *ocultamento sistemático* daquilo que, na

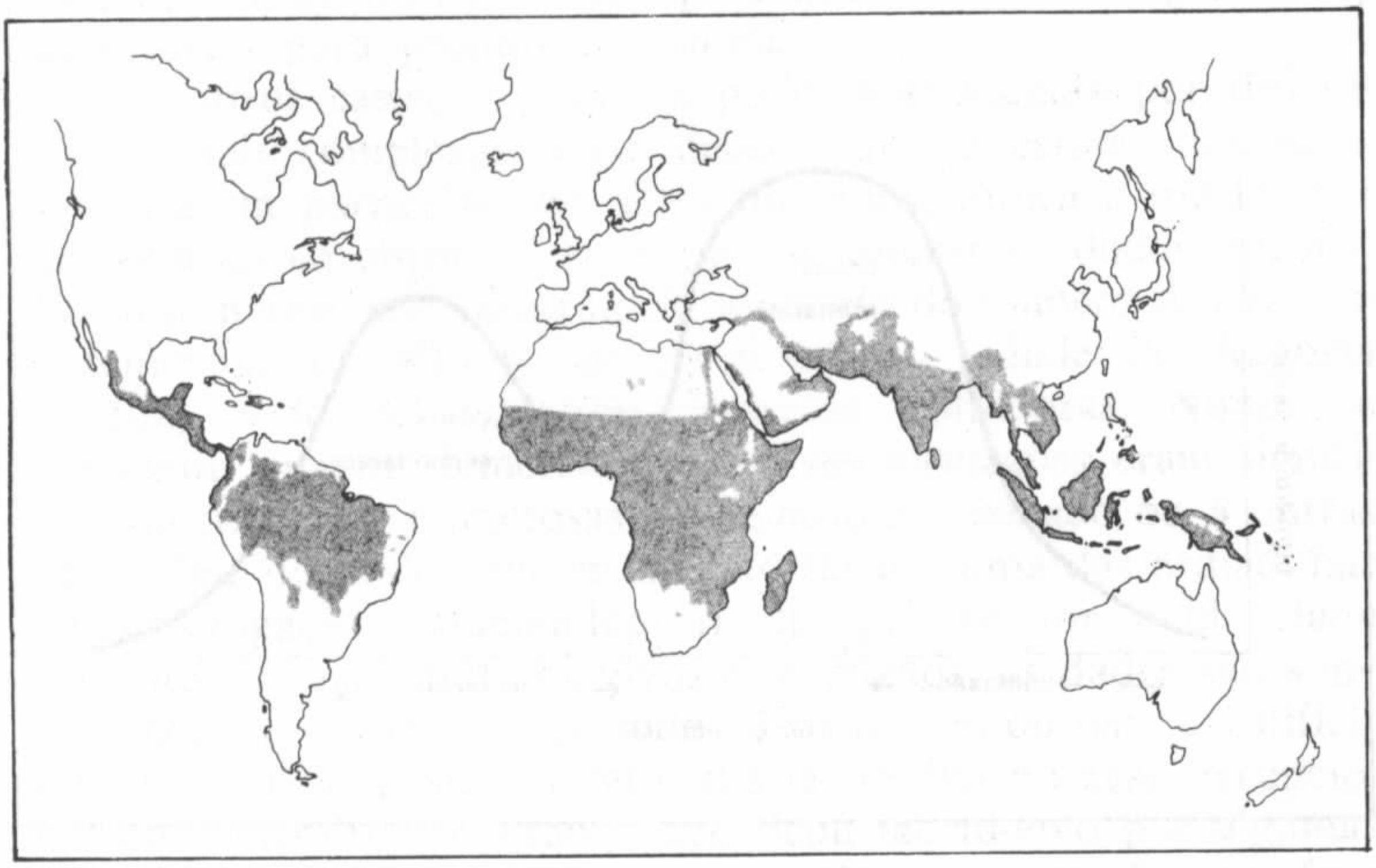
organização do trabalho e na vida social, produz sofrimento e doença e o conseqüente rompimento entre indivíduo e história. Mesmo em se tratando de constituição física, raça, hereditariedade, predisposição, terreno favorável, é sempre no corpo do indivíduo ou no corpo de grupos de indivíduos que reside o problema, nunca nas condições de vida que determinadas populações são obrigadas a viver".

Hoje, infelizmente, a organização dos serviços de saúde e a formação do médico são dirigidas quase que exclusivamente para o tratamento individual. O exercício da profissão transfere para as instituições de saúde somente as notícias econômicas, que as memoriza e elabora. As estatísticas dos serviços de saúde referem-se prevalecentemente aos dados primitivos da atividade médica (quantas consultas, quantas internações, quantos dias de permanência hospitalar, qual foi o custo), enquanto os dados de saúde (quais doenças, em que zonas e grupos de população) são quase que completamente ignorados. No convênio do Serviço Nacional de Saúde com os clínicos gerais, que foi realizado na Itália em 1981, existe uma novidade que foi introduzida com alguma resistência da categoria: que os médicos devam ter pelo menos um prontuário atualizado da história patológica e das condições do seu paciente. Anteriormente nem isso havia, e é uma base absolutamente elementar para conhecer como se desenvolvem as doenças do indivíduo, para poder ser somado às condições de todos os indivíduos e alcançar uma avaliação global da saúde da população.

3. A epidemiologia. Como agir em relação à doença, considerada como sinal? Mesmo ela sendo hoje freqüentemente reprimida, a exigência fundamental é revelá-la e ampliá-la. Para isso é necessário envolver não somente todos os profissionais de saúde, mas também os cidadãos e as instituições públicas, na análise das doenças e como elas se manifestam na coletividade.

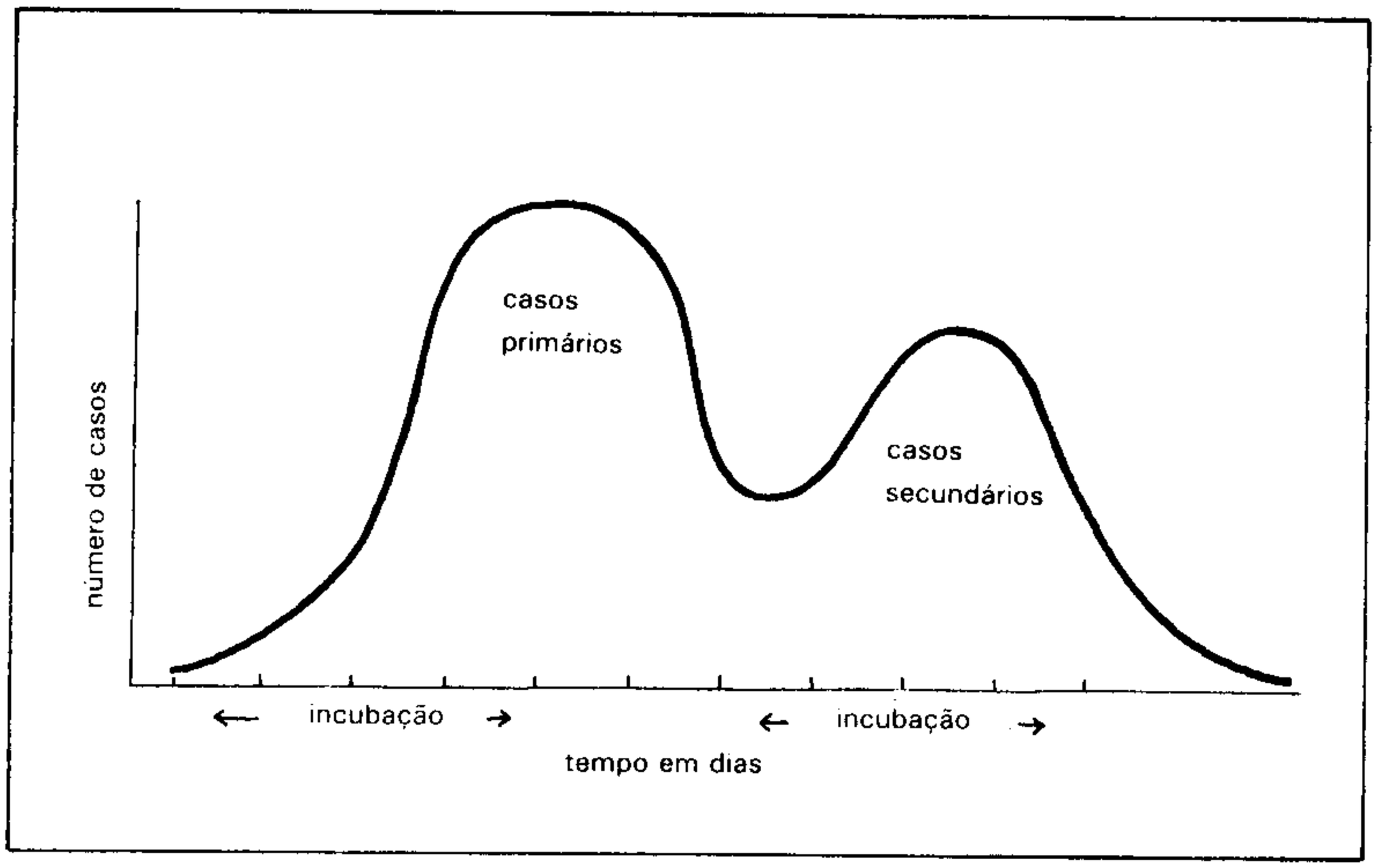
Essa análise chama-se epidemiologia; e refere-se não somente aos grandes flagelos contagiosos (as epidemias de varíola, cólera, peste etc.), mas a todas as doenças agudas e crônicas, infecciosas e degenerativas, genéticas e ambientais, e assim por diante. Esse ramo das ciências médicas e sociais vem desenvolvendo-se consideravelmente, há uma ou duas décadas, em muitas partes do mundo e também na Itália, e exprime uma vontade popular e um compromisso científico para enfrentar corajosamente as doenças prevalecentes na sociedade.

Os estudos epidemiológicos são feitos com rigor, partindo de

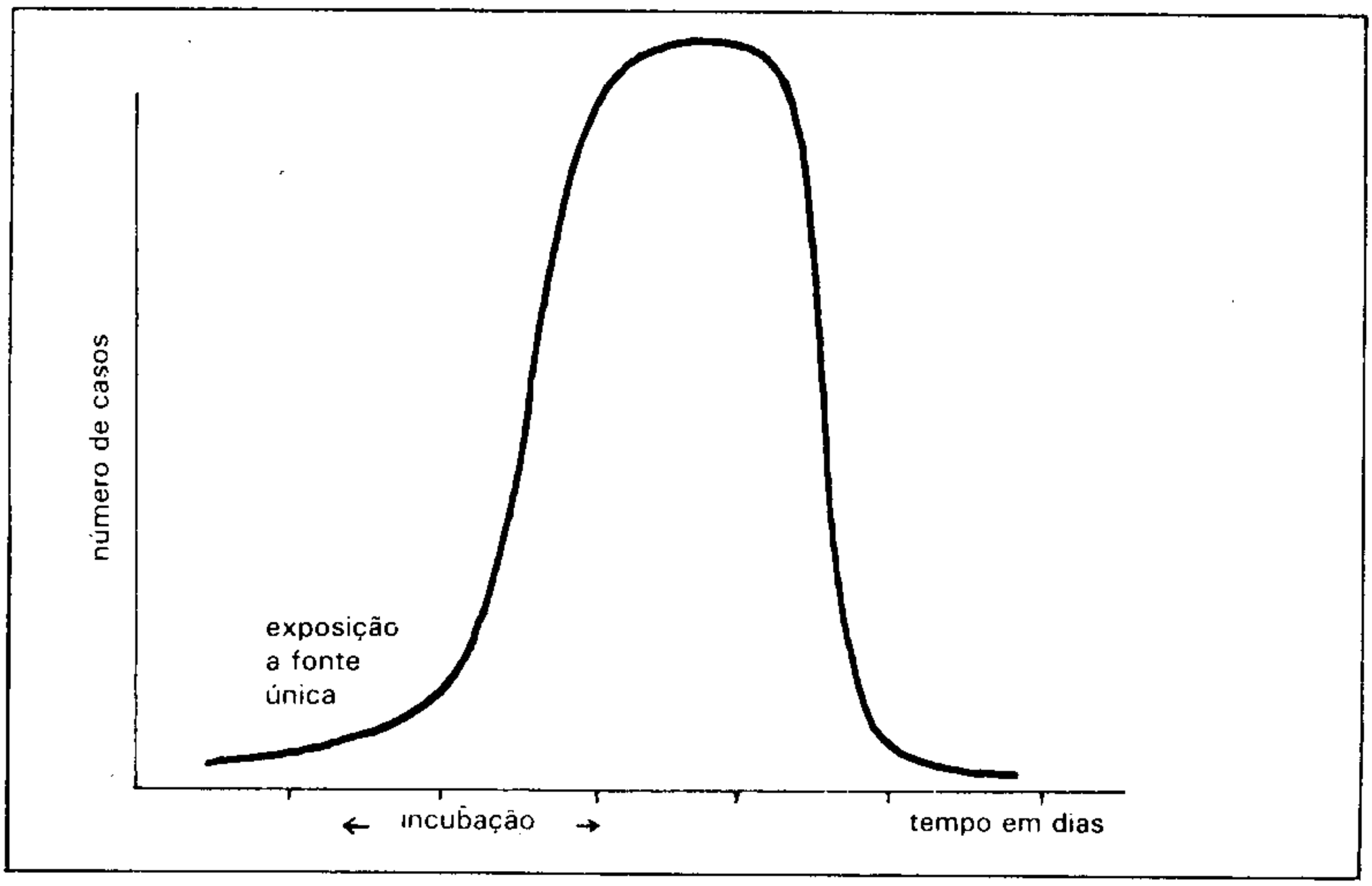


Difusão da malária no mundo, segundo um levantamento epidemiológico realizado no final de 1977. Nas áreas brancas a doença foi completamente erradicada, nas áreas cinzas a transmissão da malária ainda acontece ou corre o risco de reproduzir-se. Em outras áreas, como em algumas partes da Turquia, o risco está limitado.

alguns dados, do diagnóstico individual e do exame das condições ambientais correspondentes. São feitos sem alarmismo, sem negar ou minimizar arbitrariamente os dados, mas também sem amplificá-los de forma irresponsável. Existe hoje, por exemplo, um grande medo dos tumores de origem profissional e ambiental. Nem sempre, porém, o sinal individual, a doença de um indivíduo, podem ser generalizados. Há algum tempo atrás os operários de uma fábrica vieram procurar-me, porque havia sido verificado o caso trágico de um jovem operário, morto por sarcoma ósseo na perna. Os outros operários estavam alarmados pelas condições de trabalho insalubres, temiam outros casos de tumores. O que havia acontecido, porém, era que o operário havia sido admitido há seis meses. Portanto aquela morte não era atribuída a razões profissionais (o sarcoma tem, de fato, uma evolução lenta), se bem que sua morte havia sido trágica, e se bem que havia muitos fatores nocivos no ambiente de trabalho. Mesmo assim, é importante que a consciência dos trabalhadores tenha sido aberta para novos conceitos como o de *epidemiologia* e o de *prevenção,* e que eles se tenham movido com base na vontade de *participar* na pesquisa e na ação cole-



As curvas epidêmicas fornecem indicações úteis sobre a origem e a evolução das novas doenças. Limitamo-nos a apresentar dois exemplos. A primeira curva é típica de uma doença infecciosa com contágio direto (por exemplo, sarampo) composta de casos primários e casos secundários com um período de incubação de cerca de duas semanas: nessa situação as fontes de contágio são múltiplas



A epidemia devido a uma fonte única e comum tem normalmente uma curva composta somente de casos primários; esta aqui acima é, por exemplo, a curva típica de uma intoxicação alimentar coletiva de pessoas que consumiram uma alimentação estragada. Está claro que nesse caso a epidemia não se propaga e não dá, portanto, lugar para uma segunda onda (*Fonte:* Irene Figà Talamanca, *Elementi di Epidemiologia*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1981).

tiva contra as doenças: três palavras, três idéias igualmente necessárias para promover a saúde.

Em outros casos, a pesquisa pode estar viciada por dificuldades mais complexas. Uma delas é que o estudo dos seres vivos, e em particular dos seres humanos, nunca é indiferente em relação ao objeto, e pode, assim, alterar os dados iniciais. Falou-se muito, por exemplo, do aumento do número dos recém-nascidos com malformação congênita na cidade de Augusta (Sicília), sede de indústrias químicas poluidoras. Nunca se conseguiu, porém, demonstrar se as malformações eram significativamente mais numerosas em relação ao passado ou a outras áreas. Isso depende também do fato (essa é uma das armadilhas da investigação epidemiológica) de que se for evidenciada somente a relação entre os vivos e os mortos, os dados são simples, porque vigora a lei do tudo ou nada, sim ou não, e é difícil que exista uma posição intermediária. (Salvo no caso excepcional do Generalíssimo Franco que ficou morto-vivo por algumas semanas, para ser preparada a sucessão; mas esse foi um fato político, que não faz parte da investigação epidemiológica.) Quando, ao contrário, são examinados fenômenos como as malformações, que podem ser graves, leves ou mínimas, a observação coloca em evidência casos que nos últimos anos não estiveram presentes nos exames e que não foram computados. O próprio conceito de malformação não é, por assim dizer, extremamente preciso. Em Augusta, todavia, existiam razões objetivas para alarme, porque o número dos indivíduos com malformações era elevado; porque existiam muitas causas ambientais que se conhecem como possíveis responsáveis por malformações; e porque, paralelamente, havia sido verificado na mesma área um aumento considerável dos tumores de origem ambiental.

O quadro varia também segundo o ponto de observação, e segundo o indicador que se quer avaliar. Na Inglaterra, por exemplo, à simples pergunta "quais são as cinco doenças mais difundidas?" existiram muitas respostas discordantes, segundo as fontes de informação e do critério seguido. Considerando as causas de mortes masculinas a classificação é esta:

1. Infarto do miocárdio
2. Tumores pulmonares
3. Lesões vasculares cerebrais
4. Bronquites
5. Acidentes

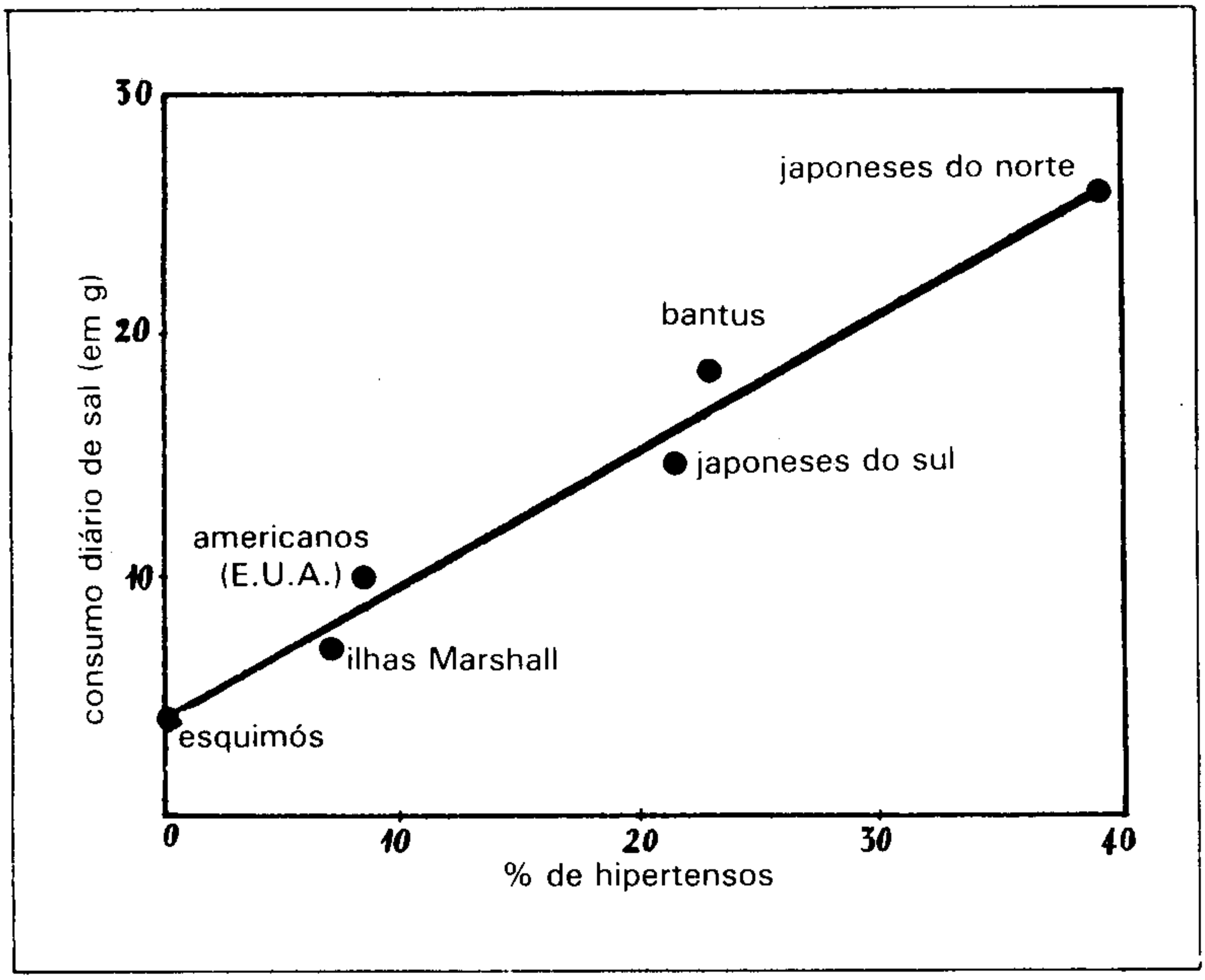
Se, ao invés de partir dos mortos, partirmos dos vivos, isto é,

das estatísticas hospitalares, ou do diagnóstico dos médicos de família, ou enfim, das causas de absenteísmo tem-se outras três classificações:

hospitais	*médico de família*	*absenteísmo*
1. Gripe	1. Acidentes	1. Gripe
2. Doenças cardio-vasculares	2. Doenças mentais	2. Acidentes
3. Doenças articulares	3. Infarto	3. Doenças mentais
4. Doenças mentais	4. Hérnia	4. Otite
5. Acidentes	5. Bronquite e pneumonia	5. Gastroenterite

Uma outra dificuldade, enfim, deriva das definições de *sadio* e *doente,* nem sempre precisas (já foi visto no Capítulo 1). Mesmo para os índices de *mortalidade* não é fácil concordar com a classificação das causas. Para a *morbidade,* as incertezas crescem. Hoje, porém, vem sendo desenvolvida a *saudemetria* como estudo dos indicadores de saúde que sejam baseados em parâmetros fisiológicos, na capacidade funcional e na própria percepção do estar bem ou mal, ao invés de nas doenças presentes ou ausentes.

4. O exemplo da hipertensão. Apesar destas dificuldades (mas qual ciência é simples e linear?), a epidemiologia já esclareceu muitas relações entre causa e efeito, ajudando assim a prevenção. Um exemplo típico é a hipertensão arterial, "pressão alta" como é dito comumente. Estudos comparativos, entre alguns povos primitivos, mostraram que a hipertensão é nestes quase inexistente. Aqueles que usam alimentos conservados com o sal são, ao contrário, atingidos. Entre os povos dos países industrializados conseguiram-se realizar pesquisas mais precisas. Se o consumo médio de sal supera três gramas por dia, a maioria dos indivíduos apresenta um aumento dos valores tensionais com o aumento da idade, e cerca de 15% são afetados pela hipertensão arterial verdadeira. Se a média do consumo individual diário é muito mais alta e supera os quinze gramas, como no norte do Japão, a freqüência da hipertensão arterial encontrada na população sobe a 30%. É evidente que a relação da espécie humana com um elemento natural e necessário na dieta, como é o cloreto de sódio, é influenciada pelos hábitos alimentares e pelo tipo de cultura. A hipertensão seria, assim, uma



Relação entre o consumo cotidiano de sal e a prevalência de hipertensão em diversas áreas geográficas e em diversas raças. (*Apud* K. D. Knudsen e L. K. Dahl.)

doença relativamente nova na história da espécie humana. Ainda não é totalmente claro como o sal age para facilitar o aumento da pressão arterial. Sabe-se, porém, que ele faz aumentar o volume do plasma e até do líquido extracelular em algumas pessoas, e obriga assim o aparelho cardiocirculatório a um maior esforço. A hipertensão atingiria os indivíduos geneticamente menos capazes de reequilibrar o balanço hidro-salino do organismo (entre água e sal). Este é um caso de nocividade química devido não a substâncias tóxicas artificiais, mas a um excesso de ingestão de um composto, como o sal, natural e indispensável à vida. Tendo sido ele descoberto, podemos controlar-lhe o uso alimentar. Se ficássemos na ignorância, é provável que nos próximos milênios fossem selecionadas raças humanas mais resistentes à hipertensão derivada do sal; mas pelo preço de inúmeras vítimas.

5. Épocas, lugares, classes. Conseguimos, com a epidemiologia, ter uma visão simultânea do processo saúde-doença nas

várias épocas, lugares, classes sociais, além de esclarecer simples quadros patológicos.

Épocas e lugares. A paleopatologia (do grego, "estudo das doenças dos antigos") mostrou que durante milênios as mesmas doenças afligiram os homens: infecções e parasitoses, diferentes segundo o clima; doenças osteoarticulares; tumores; feridas e fraturas por agressão e queda. Estas moléstias representam o panorama patológico encontrado nas múmias egípcias, cuja conservação permite reconhecer as doenças que irromperam no vale do Nilo. Hoje algumas doenças desapareceram, outras ao contrário ainda preocupam a humanidade, e outras ainda apareceram em cena. Temos um quadro atualizado no relatório que a Organização Mundial da Saúde edita a cada três anos.

Classes sociais. Dizem que "os homens nascem iguais", mas não é verdade. Os filhos das classes pobres têm, ainda hoje, 50% de chance, em relação às classes ricas, de nascer mortos ou de morrer antes de ter completado um ano de idade. As mães têm também o dobro de chance de morrer na gravidez, parto ou aborto. Essas diferenças prosseguem por toda a vida. Na Inglaterra, onde há um século a mortalidade proporcional é avaliada segundo a atividade profissional, foi calculado que 7% dos operários não especializados morrem antes dos 45 anos e 36% antes dos 65 anos; entre os profissionais liberais esta sorte (ou melhor esta condenação) atinge, respectivamente, a 3 e a 23%). Especificando melhor os quocientes padronizados segundo as profissões, resultaram os seguintes índices, com o número anual dos mortos em cem mil pessoas ocupadas no mesmo tipo de atividade:

valores baixos		*valores altos*	
docentes universitários	287	técnicos de eletricidade	1.904
dirigentes de nível local	342	operários de construção civil	1.644
empregados conceituados	363	metalúrgicos	1.385
dirigentes estatais	372	pescadores	1.028
professores, arquitetos e médicos	450	sapateiros	898
		mineiros	829

As diferenças são devidas à renda, à assistência, ao grau de cultura (sanitária e geral), aos riscos da profissão. Os mineiros eram, antigamente, os menos idosos de todos. Conta-se que as mulheres dos montes Cárpatos tinham até sete maridos, não todos juntos, mas um após o outro; e não pela sua volubilidade, mas

porque, infelizmente, os homens das minas morriam muito jovens. O trabalho na mina tornou-se, posteriormente, mais seguro, e outras profissões atingiram o ápice na classificação dos riscos.

6. Estilos de vida e saúde. A epidemiologia estuda também a relação entre as doenças e o estilo de vida, isto é, comportamentos e hábitos individuais que se interligam com o trabalho e com a estratificação social, e que se difundem em toda a população (provenientes em geral das classes altas). Alguns dizem até que estaríamos passando agora das doenças *causadas* por fatores naturais ou ambientais para aquelas *procuradas,* quase *desejadas,* derivadas de escolhas pessoais, livres mas incompatíveis com a saúde.

Existe alguma coisa de verdade nisso. Fumar ou não, comer muito ou pouco, condenar-se à imobilidade ou praticar esporte e ter vida ativa, depende freqüentemente de decisões individuais, quando hoje a sociedade oferece maiores espaços de liberdade. Mas é difícil avaliar o quanto tais escolhas sejam efetivamente livres. Na Inglaterra, por exemplo, foi calculado que a atividade físico-desportiva é praticada quatro a seis vezes mais pelos intelectuais do que pelos trabalhadores manuais; mesmo o fumo é habitual em 21% dos profissionais liberais, em 48% dos operários especializados e em 57% dos não especializados. Eis dois estilos de vida, um saudável e outro insalubre, inversamente difundidos conforme a cultura e a classe social.

Também para as intoxicações, isto é, para alterações patológicas da troca bioquímica entre o homem e a natureza, existe, em muitos casos, uma interligação perversa entre as de origem voluntária (como o fumo, o álcool e outras drogas) e forçadas, criadas pela contaminação do ambiente de trabalho, do ar, da água, dos alimentos. A toxicologia, porém, não é somente o estudo das conseqüências agudas de algum agente estranho (xenobiótico); é sempre mais freqüente a análise do reforço (sinergismo), e dos efeitos crônicos, dos venenos múltiplos que agem simultaneamente sobre o organismo humano. Mesmo nesse caso, estilos de vida eleitos mais ou menos livremente interligam-se com hábitos impostos à coletividade inteira ou à sua parte mais indefesa; quem trabalha em ambiente insalubre, quem vive em áreas poluídas.

Existem, na prática, comportamentos nos quais a liberdade de escolha parece exagerada, como o uso do fumo, do álcool, de outras drogas. Mas para eles também existe uma oferta orga-

Uma família camponesa nos Estados Unidos dos anos trinta, no periodo da grande depressão econômica. Más condições de vida são causa de debilidade das defesas orgânicas e portanto de uma maior exposição às doenças.

nizada, com freqüência uma propaganda traiçoeiramente eficaz. Ao invés de agir sobre os indivíduos, deve-se agir sobretudo sobre os motivos que levam à toxicodependência e sobre o controle severo da produção e do mercado.

Existem outros comportamentos, nos quais, ao contrário, a liberdade dos indivíduos está condicionada à disponibilidade e à existência de uma estrutura de serviços. A atividade físico-desportiva é um caso típico. Ela está se difundindo positivamente, mas com diferenças enormes: entre homens e mulheres, entre norte e sul, entre ricos e pobres. Deveria começar em todas as escolas, com professores especializados desde o jardim-de-infância, associando a atividade motora ao conhecimento do corpo; para desenvolver, ao mesmo tempo, a saúde física e a formação mental para a vida ativa.

Existem, enfim, comportamentos condicionados pela atividade

e pelo local de moradia. Nestes casos, o estímulo para que o indivíduo mude de hábitos vale muito pouco; pois são muito escassas as margens de escolha pessoal e de prevenção eficaz. A ação coletiva, ao contrário, vale muito. Já foram obtidos resultados parciais em alguns casos, seja no trabalho ou não. Em muitas fábricas, por exemplo, foi reduzida a freqüência e a gravidade das doenças profissionais; na Itália o número dos acidentes de trabalho fatais (que eram freqüentemente atribuídos à distração, isto é, à maneira de trabalhar dos operários), caíram à metade em dez anos. A poluição atmosférica também foi reduzida em muitas cidades italianas: às vezes, podemos ver, de Milão, os Alpes que haviam desaparecido na cortina de poluição.

7. Tumores e cardiopatias. A epidemiologia permitiu enfim compreender melhor as origens e os possíveis remédios dos dois "males do século": os tumores, e as doenças cardíacas e circulatórias (veias e artérias). São fenômenos patológicos difíceis de tratar depois das fases iniciais, mas que não é impossível prevenir. O aumento dessas doenças é também... um sinal de saúde. Pode parecer um paradoxo, mas já que elas freqüentemente atingem os idosos, a sua difusão significa que muitos conseguem chegar à velhice e ficar doente das doenças dos velhos, tendo sobrevivido às dos jovens, diversamente do século passado, quando a metade dos nascidos morria antes da idade de cinco anos. Não devemos, porém, nos consolar com as estatísticas. Todos gostaríamos, de fato, de sobreviver por mais tempo, sem o perigo e sem o tormento dessas moléstias. Além disso, ambos os males são hoje infelizmente difundidos também entre os jovens.

Foi demonstrado, para os tumores, que 60 a 90% dos casos provêm de causas ambientais, que atingem quem trabalha, quem mora e quem consome em condições insalubres. Na Inglaterra, em 1775, Pott observou que os limpadores de chaminés tinham, freqüentemente, câncer no escroto, e pensou na hipótese (depois confirmada) de que isso poderia ser causado pelo contato constante com a fuligem de carvão e alcatrão. Em 1976, dois séculos depois, a lista dos elementos possivelmente cancerígenos compreendia quase dois mil elementos e compostos químicos além das radiações (sobretudo ionizantes).

Chegou-se, em muitos casos, da suspeita à certeza, com experiências sobre animais ou com pesquisas epidemiológicas. Acompanhando, por exemplo, durante vinte anos (1943-1962), 632 trabalhadores expostos ao pó de amianto (asbesto), observou-se

DOENÇAS, ESTILOS DE VIDA, AMBIENTE.

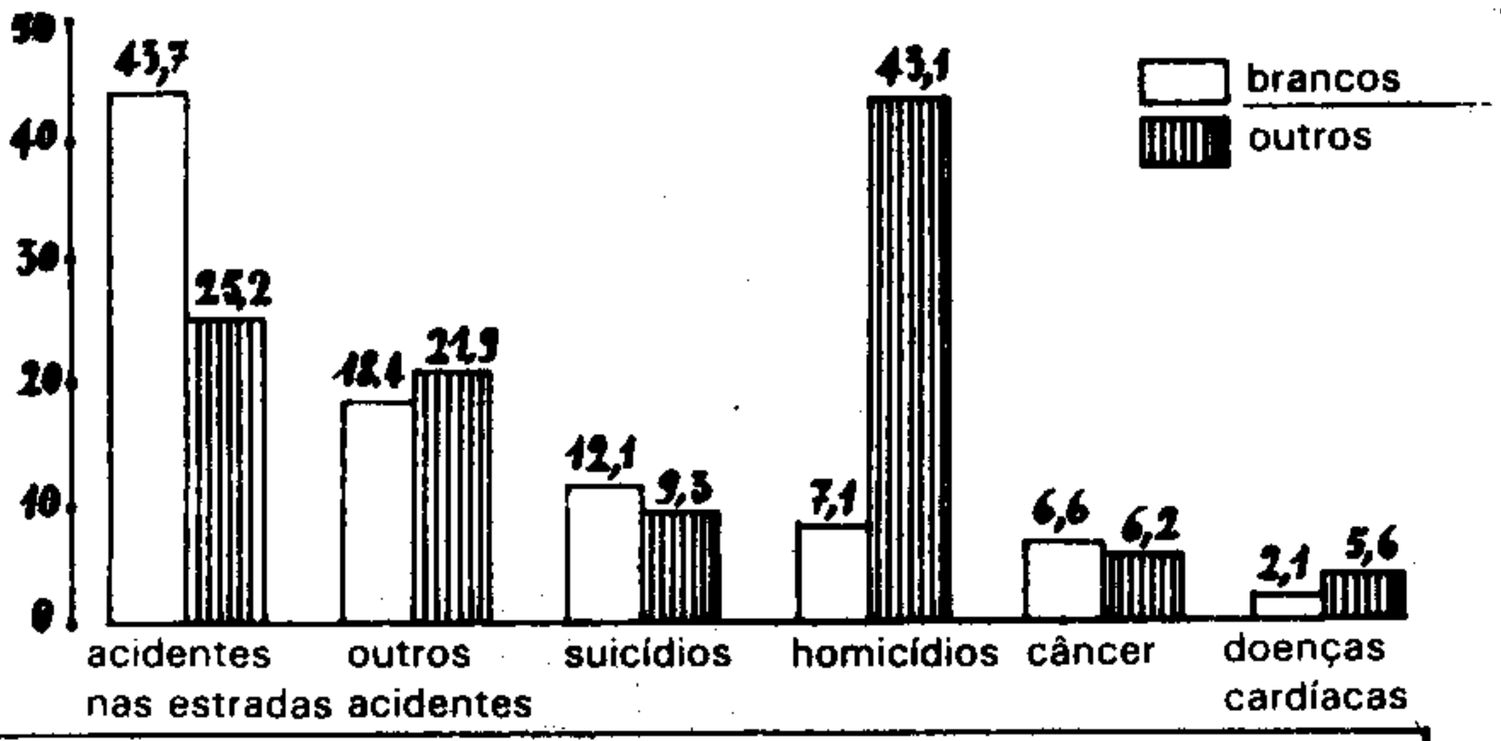
São muitos e diversos os fatores que incidem no surgimento, no desenvolvimento e na resolução das doenças. Durante vários séculos o conceito foi claro, mas somente nos últimos cinqüenta anos o estudo sistemático, as estatísticas, a possibilidade de realizar comparações científicas baseadas em análises e levantamentos conduzidos com rigor, deram respostas corretas que permitiram não somente os tratamentos, mas sobretudo a prevenção. Nestas duas páginas fornecemos três exemplos que relacionam as doenças e as mortes com determinado ambiente, estado social e até raça a que pertencem os indivíduos atingidos. Abaixo, reproduzimos uma tabela que associa as causas mais freqüentes de morte com os fatores de risco ligados ao hábito, ao estado de saúde, ao ambiente. A pesquisa foi realizada nos E.U.A.

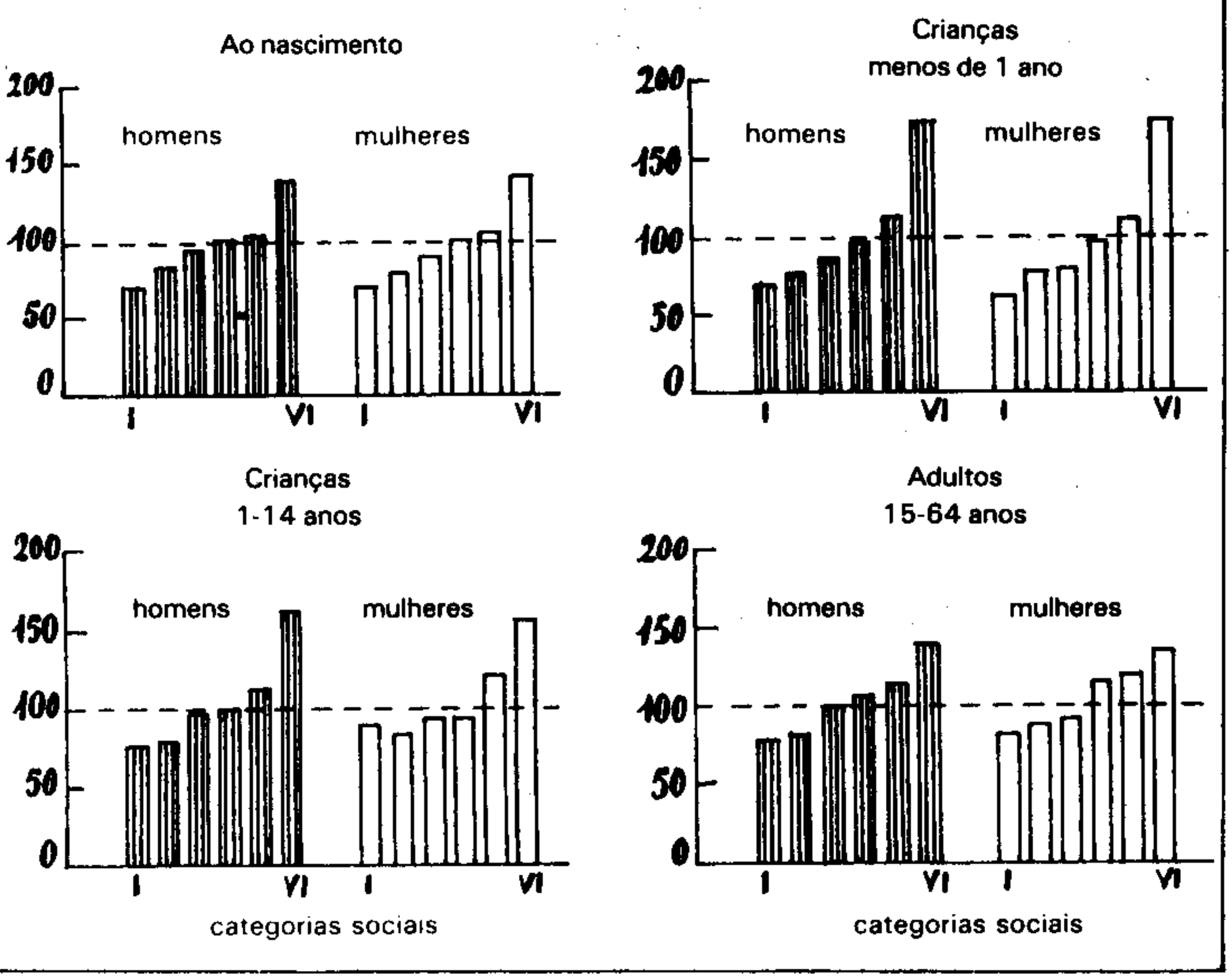
*fatores de risco**	*causas de morte*	*percentual*
Doenças cardíacas	37,8%	*fumo, hipertensão, alta taxa de colesterol* (dieta), vida sedentária, diabetes, *stress*, hereditariedade
Neoplasias malignas	20,4%	*fumo, trabalho em ambientes cancerígenos,* álcool, dieta
Apoplexia	9,6%	*hipertensão, fumo, alta taxa de colesterol, stress*
Acidentes diversos	2,8%	*álcool*, abuso de medicatos, acidentes, produtos industriais fora das normas, disponibilidade de armas de fogo
Gripe e pneumonia	2,7%	fumo, *ausência de vacinação*
Acidentes em estradas	2,6%	*álcool, ausência de cinto de segurança,* velocidade, estado da estrada, estado do carro
Diabetes	1,7%	*obesidade*
Cirrose hepática	1,6%	*abuso do álcool*
Arteriosclerose	1,5%	*alta taxa de colesterol*
Suicídio	1,5%	*stress,* álcool e abuso de medicamentos, disponibilidade de armas de fogo

* Os fatores de maior risco aparecem italicizados.
Fonte: Health United States, 1980.

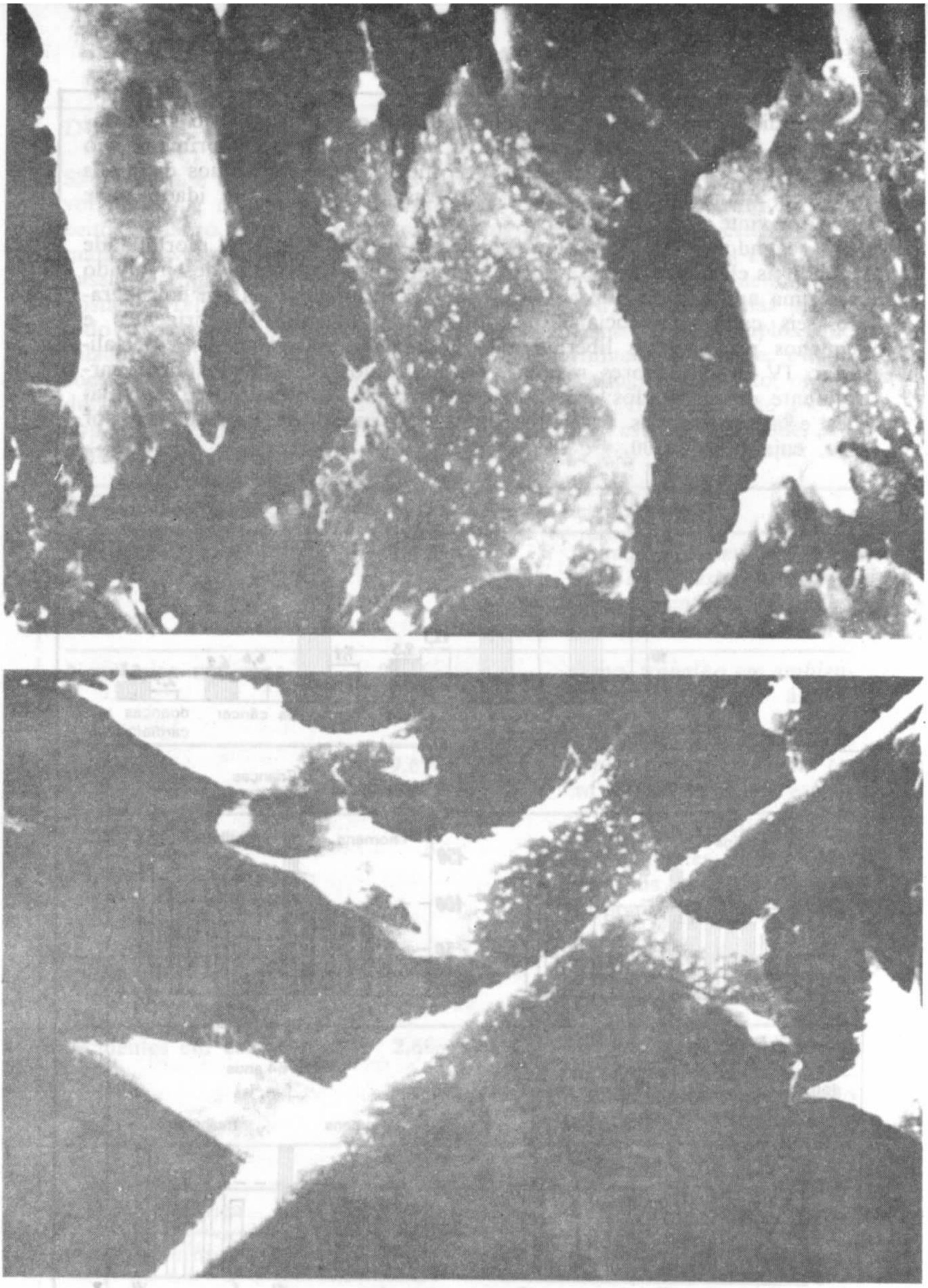
Os dois diagramas abaixo relacionados levam em consideração a mortalidade em relação à categoria social, à idade e à raça. No primeiro são mostradas as causas mais freqüentes de mortes entre indivíduos divididos por raça, numa amostra de cem mil pessoas, na faixa de idade entre quinze e vinte e quatro anos.

O segundo grupo de diagramas coloca em evidência a mortalidade segundo as classes sociais e a idade, e refere-se a um estudo desenvolvido com uma amostra de duzentos indivíduos. Foram levadas em consideração seis categorias sociais: I. profissionais liberais; II. dirigentes e pequenos profissionais liberais; III. empregados não manuais especializados, IV. trabalhadores manuais especializados; V. trabalhadores parcialmente especializados; VI. trabalhadores não especializados. As relações e as proporções baseiam-se num percentual de mortalidade por sexo, cuja base é 100.





(*Fonte:* Fox, A. J., estudo desenvolvido para um congresso realizado na cidade do México em junho de 1979).



O efeito devastador de uma afecção tumoral. Células normais de um rato (no alto) são tratados com DNA tirado de células tumorais humanas. Tem-se, assim, colônias de células transformadas (abaixo), onde a ordem, a forma, o número e a disposição das células estão completamente desarranjados.

que ocorreram entre eles 45 mortes por tumores do pulmão e da pleura, e 29 por tumores gastrointestinais. Já que as cifras esperadas, com base na média da população não exposta ao risco profissional, eram respectivamente 6,6 ao invés de 45, e 9,4 invés de 29, foi possível considerar o amianto culpado, e como conseqüência foram adotadas medidas preventivas: controle ambiental, fixação de valores máximos aceitáveis sem grave risco, substituição do amianto por outros materiais.

Em outros casos, como em relação as benzopireno, que é produzido pela queima do óleo e dos cigarros, mesmo tendo sido reconhecida sua ação cancerígena, não foram estabelecidos limites (a não ser na União Soviética, nos locais de trabalho); os argumentos econômicos e as leis de mercado prevaleceram sobre os de saúde. Substâncias que, ao contrário, foram abolidas da produção (pelo menos oficialmente) foram o *Ponceau 3R,* usado como aditivo alimentar desde 1914, o corante *amarelo manteiga,* o conhecido *DDT*, e recentemente o *vermelho sempre-viva* conhecido na Itália como aditivo *E 123.**

Foi a epidemiologia que demonstrou que as doenças cardiocirculatórias têm *múltiplas causas,* manifestando-se freqüentemente como infarto do miocárdio ou como acidente vascular cerebral, e também aconselhou medidas preventivas. Foi constatado, por exemplo, através de pesquisas desenvolvidas em vinte países, uma correlação entre o excesso de alimentos à base de carne e gorduras animais e a mortalidade por infarto. O fato é que pela primeira vez na história humana populações inteiras tiveram acesso a estes alimentos e abusaram deles. Foi observado, por outro lado, que o fumo multiplica também o risco de infarto e de íctus cerebral (além de tumores pulmonares), e que acontece o mesmo pelo uso excessivo de bebidas alcoólicas. Outras pesquisas esclareceram o papel da tensão emocional, do espírito competitivo, das dificuldades de adaptação à vida nas metrópoles, sobretudo das populações recém-imigradas e portanto marginalizadas na periferia e nos guetos urbanos.

Em 1960, um grupo de cardiologistas americanos documentou esses fatos e propôs uma campanha de prevenção, que obteve algum efeito. Desde então, a mortalidade por doenças cardíacas e circulatórias diminuiu. Calculou-se que, no período entre 1968 e 1976, ocorreu uma redução de 24,3% nas mortes por infarto e de 32,7% nas mortes por acidente vascular cerebral. Foi avaliado também o número de vidas humanas que

---

* Os corantes descritos não são utilizados no Brasil, daí a sua tradução literal (N.T.).

foram salvas. Para o ano de 1976 foram estas as cifras:

infarto do miocárdio	menos 98.623
acidente vascular cerebral	menos 33.623
outras doenças cardiovasculares	menos 144.472
total	menos 276.718

Ficou demonstrado, na prática, que essa epidemia também pode ser controlada, como outras que irromperam no passado.

Eis porque o sinal individual de doença, que hoje é freqüentemente ocultado e distorcido, deve ser recolhido, estudado e difundido. Deveriam modificar a deontologia e a cultura sanitária em duas direções. Em relação à obrigação do segredo profissional, válido para proteger o indivíduo doente, deveria ser necessário acrescentar a obrigação da divulgação estatística dos casos de doença. Em relação ao dever de tratar os indivíduos, deveria ser acrescentado o compromisso de conhecer e remover as causas patológicas que agem nas várias coletividades; compromisso não somente dos médicos, mas das populações, da escola, da opinião pública, das organizações sociais, do Estado.

8. Classificação das doenças. O levantamento, o estudo e a ampliação do sinal forneceriam um quadro continuamente atualizado do estado de saúde e das doenças prevalecentes ou emergentes, como a Organização Mundial de Saúde faz permanentemente, e como deveria ser feito em todos os países, regiões, cidades, locais de trabalho. Tal quadro seria baseado em grupos de doenças, que são classificadas com base em critérios de afinidade, para possibilitar seguir melhor sua evolução no tempo. Há algumas décadas discute-se que nesse campo se está verificando uma grande mudança, que consistiria no fato de que as doenças degenerativas (por exemplo, a arteriosclerose, o diabetes, os tumores) prevalecem em relação às doenças infecciosas, ao contrário do que acontecia no passado. A principal novidade nos parece ser, pelo contrário, o crescimento dos fenômenos patológicos de origem *prevalecentemente social* (doenças antropógenas) em relação àquelas cuja causa é *prevalecentemente natural* (doenças fisiógenas).

Há dois séculos atrás, a classificação das doenças parecia simples. Na *Enciclopédia* de Diderot e d'Alembert estava escrito que era preciso estudar "a história das doenças, que é passível de quase tanta precisão quanto a botânica"; podia, portanto, ser pensado, além do *systema naturae*, um *systema morborum*.

A classificação das plantas e dos animais, genialmente compilada pelo naturalista Lineu em 1735 e completada em 1758, é válida substancialmente ainda hoje. A afinidade entre os tipos, famílias e gêneros, que ele estabeleceu com base na forma dos corpos (morfologia) e na função (fisiologia), foram quase sempre confirmadas pelo estudo da sua origem genética, possibilitada pela análise do DNA. A classificação das doenças, ao contrário, muda continuamente. Por quê? Muda o objeto; enquanto as novas espécies vivas aparecem lentamente nos milênios, novas doenças humanas afastam-se (ou se desenvolvem, ou desaparecem) rapidamente, sobretudo numa época de rápidas transformações das técnicas e da sociedade. Mudam, além disso, os conhecimentos. Variam, enfim, os critérios de julgamento.

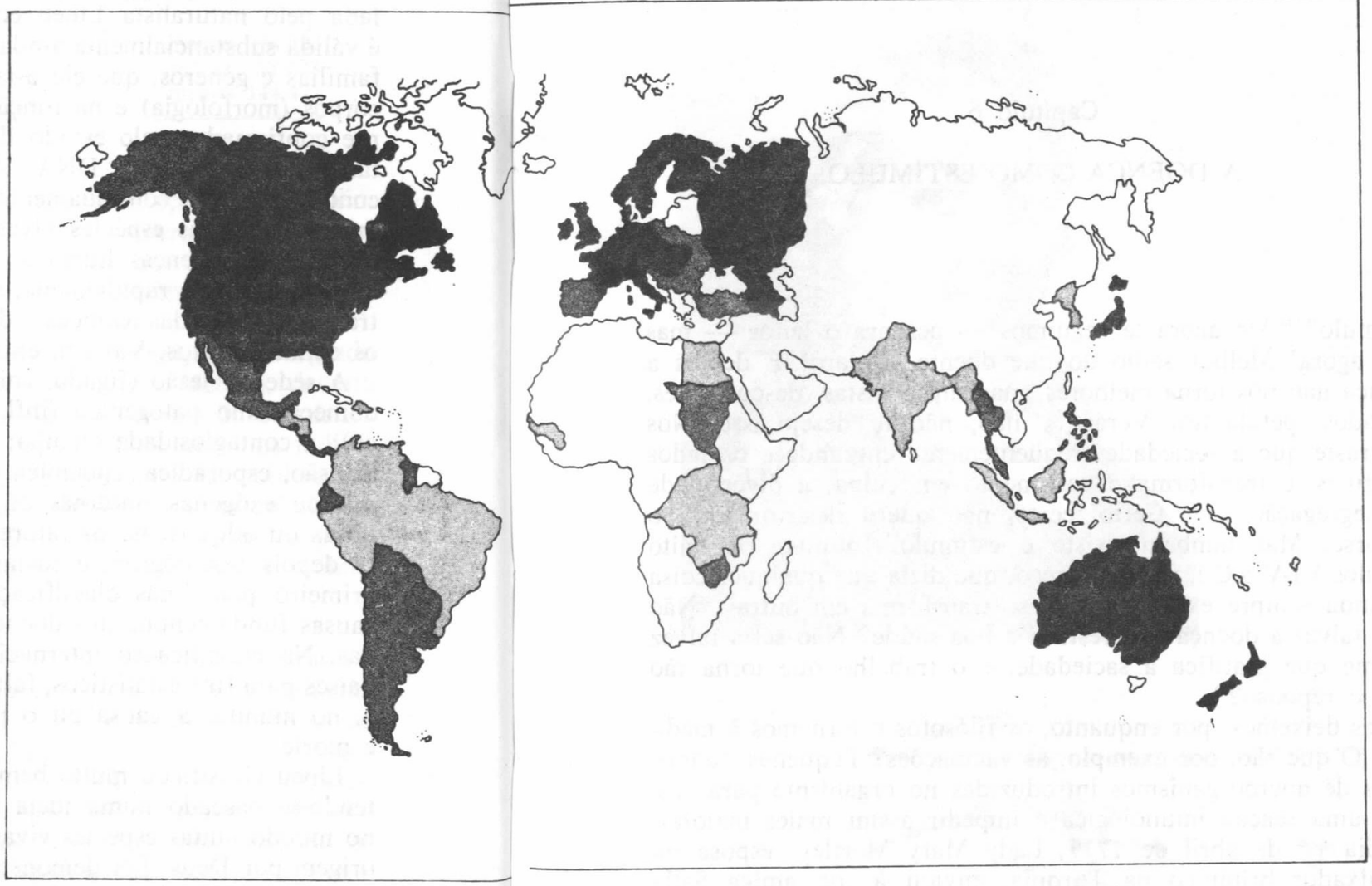
A sede da lesão (fígado, coração, cérebro, articulações etc.), o mecanismo patogênico (inflamatório, degenerativo, neoplásico); a contagiosidade ou não; a duração, aguda ou crônica; a difusão, esporádica, endêmica ou epidêmica; as causas endógenas ou exógenas (internas ou externas ao indivíduo), hereditárias ou adquiridas; os fatores físicos, químicos ou biológicos (e depois psicológicos e sociais), são, às vezes, colocados em primeiro plano nas classificações. Freqüentemente, porém, as causas fundamentais das doenças são negligenciadas ou ocultadas. Na classificação internacional, adotada hoje em todos os países para fins estatísticos, falta por exemplo a fome, que ainda é, no mundo, a causa ou o principal fator causal de doença e morte.

Lineu classificou muito bem os animais e as plantas, mesmo tendo-se baseado numa idéia errônea, isto é, de que existiam no mundo tantas espécies vivas quantas tinham sido criadas na origem por Deus. Foi demonstrado posteriormente que as espécies nascem, evoluem e desaparecem.

Em relação às doenças, é o próprio homem que as classifica e as suporta, que as estuda e que sofre, que quer combater ou prefere ignorar; neste caso, porém, objeto e sujeito do conhecimento coincidem. Daí a variabilidade das avaliações. Às vezes, as tentativas de pôr ordem no *systema morborum* são tão absurdas quanto a classificação dos animais enunciada por Borges. O grande escritor argentino Jorge Luís Borges imagina um fantástico bestiário no qual os animais

> "dividem-se em: *(a)* pertencentes ao imperador; *(b)* embalsamados; *(c)* domesticados; *(d)* porquinhos de leite; *(e)* sereias; *(f)* fabulosos; *(g)* cães em liberdade; *(h)* incluídos na presente classificação; *(i)* que se agitam loucamente; *(j)* inúme-

O mapa ilustra as diferentes esperanças de vida ao nascer nas várias partes do mundo. Em negro estão representados os países industrializados, onde a vida média supera os 65 anos; em cinza, os países cuja vida média gira em torno de 50-64 anos; em branco, os países subdsenvolvidos, onde não se atinge os 50 anos. É evidente a relação entre esperança de vida e condições econômicas e sociais gerais.



ros; *(k)* desenhados com um finíssimo pincel de pêlo de camelo; (*l*) etcetera; (*m*) que fazem o amor; (*n*) que de longe parecem moscas".

Mesmo assim, é útil um esquema interpretativo que permita reagrupar os fenômenos patológicos, mesmo que este ainda seja imperfeito, tendencioso ou fantasioso.

Capítulo 6

A DOENÇA COMO ESTÍMULO

Estímulo? "Até agora te seguimos — pensará o leitor — mas essa agora! Melhor sadio do que doente, é claro! E depois a doença não nos torna melhores, mas sim egoístas, descontentes, enjoados, petulantes. Verás... não, não te desejo isso. Nos mostraste que a sociedade freqüentemente engrandece os lados negativos, e transforma o sofrimento em culpa, a diversidade em segregação...". Certo, certo, não quero destruir todo o discurso. Mas também existe o estímulo. Intuiu-o Heráclito (séculos VI-V a.C.), filósofo grego, que dizia que qualquer coisa continua sempre existindo pois se transforma em outra: "Não seria talvez a doença que restitui a boa saúde? Não seria talvez a fome que gratifica a saciedade, e o trabalho que torna tão doce o repouso?".

Mas deixemos, por enquanto, os filósofos e tornemos à medicina. O que são, por exemplo, as vacinações? Pequenas quantidades de microorganismos introduzidas no organismo para suscitar uma reação imunológica e impedir assim males maiores. No dia 1.º de abril de 1717, Lady Mary Mortley, esposa do embaixador britânico na Turquia, enviou à sua amiga Sally Chiswell em Londres, esta carta, pedindo que tornasse público o seu conteúdo:

> "Vou te dizer uma coisa que te fará chorar por não estar aqui. A varíola, freqüentemente letal entre nós, é inócua aqui graças à prática de enxerto. Algumas senhoras cumprem esta operação todo outono, antes que diminua o calor. Elas organizam reuniões com quinze ou dezesseis pessoas, entram na sala com uma casca de noz cheia de pus de varíola, fazem em cada pessoa uma picada com uma agulha grossa, injetam o veneno no sangue e cobrem a ferida com uma casca de noz vazia. As crianças e os adolescentes continuam a brincar o resto do dia, e até o oitavo dia gozam de ótima saúde. Aparece posteriormente a febre e ficam de cama durante dois

Edward Jenner (1749-1823), que foi o primeiro a realizar experiências, audazes e originais para a época, com a vacinação antivariólica. Os seus resultados foram logo depois confirmados pelas pesquisas conduzidas no campo da imunologia.

Albert Bruce Sabin (1906), o célebre virologista que depois de muitas pesquisas obteve uma vacina eficaz contra a poliomielite, a terrível doença contagiosa que atinge preferencialmente as crianças.

ou três dias; às vezes aparecem no rosto algumas pústulas que não deixam marca; depois de oito dias estão melhor que antes".

A orgulhosa e séria Inglaterra rebelou-se à idéia de que mulheres ignorantes da selvagem Turquia pudessem ensinar-lhe alguma coisa. A associação dos médicos previu conseqüências catastróficas devido àquele método, se aplicado em pessoas evoluídas; e o clero protestou contra a impiedade de quem queria subtrair a Deus o direito de infligir a varíola aos pecadores. Somente em 1796, o médico Edward Jenner ouviu com atenção uma camponesa de Gloucestershire que lhe contava: "não posso pegar varíola, porque já peguei a das vacas". Ele venceu os próprios preconceitos, e conseguiu inocular, com sucesso, pus da varíola de vaca num rapaz tornando-o imune à varíola humana. Havia começado a era das vacinações, que hoje não existe em relação à varíola, esperemos que erradicada para sempre do mundo, e que talvez nos faça vencer outras doenças, também destinadas a desaparecer.

Mas, sigamos em ordem: estímulo a quê? à evolução: ao conhecimento; à criatividade; à solidariedade; à transformação.

1. **Evolução.** No plano evolutivo, vendo o fenômeno sob o nosso ponto de vista, um pouco privilegiado (somos descendentes que tivemos a sorte de sobreviver), devemos alegrar-nos que a nossa espécie, e todas as atualmente ainda vivas tenham passado por tantos assaltos patogênicos. Se as doenças não tivessem contribuído para selecionar as mutações vantajosas para a espécie, estaríamos (nós, isto é, todos os seres vivos), ainda no estágio das macromoléculas ou no máximo protozoários.

O grande Leonardo da Vinci (1452-1519), refletindo sobre as leis da natureza, sobre o fato de que um animal vive da morte de outro e no incessante refazer-se da matéria, escrevia:

"A natureza sendo indeterminada e tendo prazer em criar e fazer continuamente vidas e formas, porque reconhece que são o aumento da sua matéria terrestre, é voluntariosa, e mais rápida em criar do que o tempo em consumir; e, portanto, ordenou que vários animais fossem alimento uns dos outros, e não lhes satisfazendo semelhante vontade freqüentemente manda certos vapores envenenados e pestilentos e prossegue a peste sobre as grandes multiplicações e congregações de animais, e as sentenças sobre os homens que continuam a aumentar em número, porque outros animais não se

alimentam deles, e portanto, retiradas as causas, faltarão os efeitos."

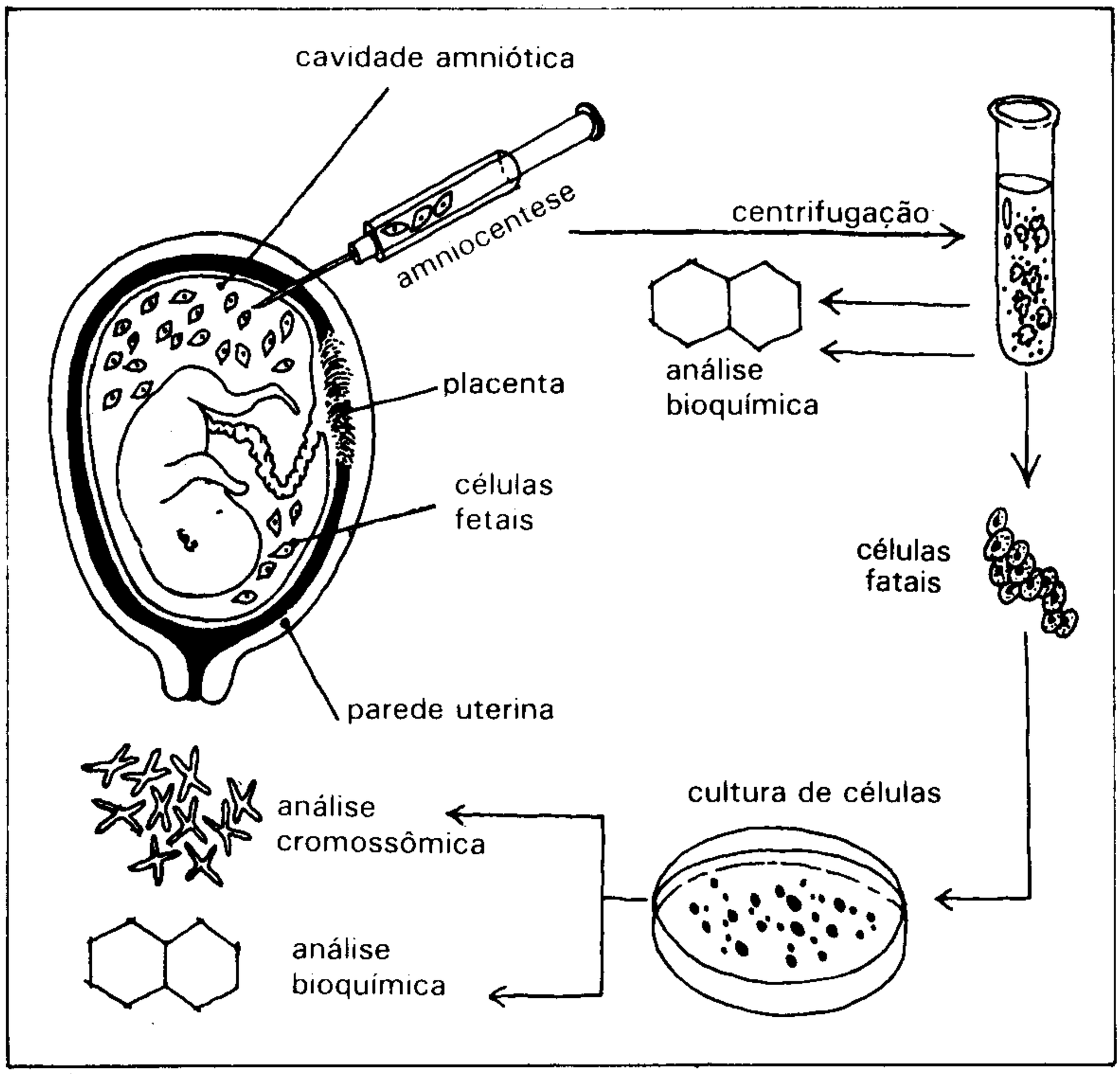
As pestilências, portanto, podem também reequilibrar a vida. A espécie humana procurou fazer o melhor, em legítima defesa; e poderá dizer que conseguiu, se for detido o perigosíssimo impulso para a epidemia final, isto é, para a autodestruição nuclear.

Hoje a evolução humana prossegue pela via cultural, não mais genético-seletiva; isto é, segue de forma menos selvagem. Ainda hoje também sobrevivem e se reproduzem indivíduos mais débeis, ou indivíduos portadores de defeitos genéticos, que antes morriam precocemente. É previsível que ocorram no futuro muitas tentativas de corrigir as anomalias genéticas, e hoje mesmo já existe, em alguns casos, métodos preventivos. Deve-se evitar, dessa forma, que sejam introduzidas no meio ambiente, no trabalho, nos medicamentos, substâncias de ação mutagênica, que possam piorar o "*pool* genético" dos homens; é preciso organizar uma consultoria especializada para reduzir o risco de procriar filhos afetados por graves patologias hereditárias.

Ao invés disso, a idéia de uma "seleção positiva" para criar homens melhores parece moralmente discutível e cientificamente condenável; porque, além disso, o modelo de homens perfeitos a serem aprovados não é definido, isto porque a redução da variabilidade é um dano para a espécie, e não uma vantagem.

Um grupo de prêmios Nobel, há algum tempo atrás, doou o sêmen a um "banco de espermas", para procriar filhos superinteligentes. A imagem destes grandes cientistas... que se masturbavam para obter os futuros geniozinhos, suscitou imediatamente comentários maldosos. Foi observado, posteriormente, que os bancos em questão solicitam sêmen jovem, porque mais seguro, enquanto muitos dos prêmios Nobel eram idosos. Foi enfim relembrada a resposta ferina que o dramaturgo inglês, George Bernard Shaw, deu à *miss* Inglaterra, que se havia oferecido como esposa para terem filhos belíssimos como ela e inteligentes como ele. Shaw responde: "E se nascessem com a minha feiúra e a sua estupidez?"

2. Conhecimento. Estímulo para o saber. As ciências sempre tiraram da análise dos fenômenos patológicos indicações preciosas para o estudo do funcionamento normal dos organismos vivos. Muitas descobertas fundamentais, por exemplo, no campo da Biologia, da Química, da Psicologia, originaram-se pela exigência de tratamento. No passado, os conhecimentos médicos



O desenvolvimento dos conhecimentos técnico-científicos permite hoje enfrentar um parto com segurança muito maior. O desenho ilustra o diagnóstico pré-natal feito pelo exame do líquido amniótico e por análises sucessivas.

freqüentemente precederam os conhecimentos anatômicos e fisiológicos. As descobertas de Freud sobre o inconsciente, sobre os sonhos, sobre a continuidade psíquica entre a infância e a idade adulta, tiveram origem das suas tentativas de curar as neuroses. O estudo das doenças infecciosas e das epidemias deu grande impulso, por um lado, com a descoberta de um mundo desconhecido, o dos microorganismos; por outro lado, com a descoberta dos fenômenos imunológicos, dos complexos de reações bioquímicas e adaptações biológicas, que são uma das chaves para compreender o funcionamento normal da máquina humana. É estranho que, em contradição com essa evolução histórica do conhecimento, partindo do patológico para o normal, o desenvolvimento da medicina seja organizado totalmente ao contrário: nas faculdades de Medicina estuda-se nos primeiros anos

somente Anatomia e Fisiologia, o corpo humano e suas funções em perfeita saúde; é somente no terceiro e quarto ano que aparecem nos programas as alterações da forma e das funções do organismo.

Mas para os indivíduos é também a doença que os leva constantemente a olhar-se dentro, e freqüentemente o percurso do conhecimento é semelhante. Os órgãos sadios são silenciosos, o corpo eficiente envia sinais que ficam inadvertidos. Diz Zeno, o protagonista do romance de Ítalo Svevo:

> "A saúde não analisa a si mesma e nem se olha ao espelho: somente nós doentes sabemos alguma coisa de nós mesmos".

E Gregório Alvignani, em *A Excluída* de Pirandello, vagando pelas ruas de Palermo pensa:

> "Falamos quando? Refletimos quando? Somente quando somos obrigados por causas adversas; enquanto aqueles que deram divertimento ao nosso espírito repousam e calam. Parece que, assim, o mundo só está cheio de males. Um instante de dor nos impressiona durante muito tempo; um dia sereno passa e não deixa rastro...".

É com freqüência com as doenças que se reflete mais intensa e profundamente; é com elas — para ficar somente no campo da saúde — que se toma consciência do próprio corpo. Elas são, porém, ocasião de informação científica e de educação sanitária (possivelmente para evitar, mas também para usar se ela ocorre). A pressa e o autoritarismo que marcam a relação com o paciente, levam os médicos, pelo contrário, a cancelar freqüentemente essa possibilidade. Eles lamentam-se, paralelamente, da "pouca consciência sanitária" da população. Basta ver o que é o prontuário médico num hospital. As informações partem do doente, e deveriam, portanto, pertencer-lhe. Mas o prontuário não lhe é acessível; está escrito numa linguagem incompreensível para ele, é escrita a mão, com uma letra indecifrável, mais rabiscos que letras do alfabeto. Fala-se muito, atualmente, de "educação sanitária", mas ela é freqüentemente feita com os indivíduos sadios, versando sobre o medo. Dado que doentes seremos de qualquer forma, durante a nossa vida, não devemos perder esta ocasião para adquirir maior consciência.

Maior consciência do mundo, também. No campo filosófico, a cultura da Grécia antiga pensou freqüentemente sobre as doenças para compreender a natureza do homem e a vida da socie-

Um quadro de H. Geoffroy, da série *Consultório do Doutor Variot.*

No alto, a peste em Amsterdã, numa estampa do século XVII. Abaixo a lista dos mortos relativa à semana de 3 a 10 de agosto de 1664, com uma estatística completa da mortalidade nos anos de 1663 e 1664. A história dos séculos passados é freqüentemente condicionada pelo desenvolvimento de epidemias trágicas, que alteravam profundamente no tempo não somente a situação geográfica, mas também a política, a ordem social, e a cultura.

1664

GETAL der DOODEN, Die In 't geheel voorleden JAER M DC LXIII van Week tot Week, hier t' Amsterdam begraven zijn.

VVeek.		VVeek.	
1	197	27	115
2	154	28	126
3	138	29	122
4	117	30	117
5	147	31	123
6	143	32	135
7	141	33	140
8	134	34	161
9	143	35	181
10	136	36	186
11	114	37	179
12	117	38	202
13	107	39	199
14	130	40	22.
15	113	41	301
16	125	42	[illegible]
17	123	43	333
18	118	44	403
19	146	45	396
20	161	46	401
21	107	47	413
22	119	48	346
23	121	49	[illegible]
24	108	50	285
25	112	51	280
26	131	52	262
In alles			9752.

GETAL Der DOODEN,

DIe tot *Amsterdam* deze voorlede week, beginnende met Sondag den 3 Aug en eyndigende met Saturdagh daer aen volgende, in yder Kerk, en Kerkhof, begraven zijn.

Oude Kerk	19
Nieuwe Kerk en Engelse Kerk.	17
Nieuwe-zijdts Capel of Heylige Stede	16
Oude zijds of S. Olofs Capel.	6
Zuyder Kerk	9
Walc Kerk.	3
Westcr Kerk, en Kerkhof	164
Noorder Kerk, en Kerkhof	78
Cathuyzers Kerkhof	275
S. Antonis Kerkhof	133
Heylige Weghs of Leydrse Kerkhof	135
Pesthuys	45
Gasthuys	5
Te zamen	905

GETAL der DOODEN, Die van 't begin deses tegenwoordigen JAARS, M DC LXIV, yder week begraven zijn.

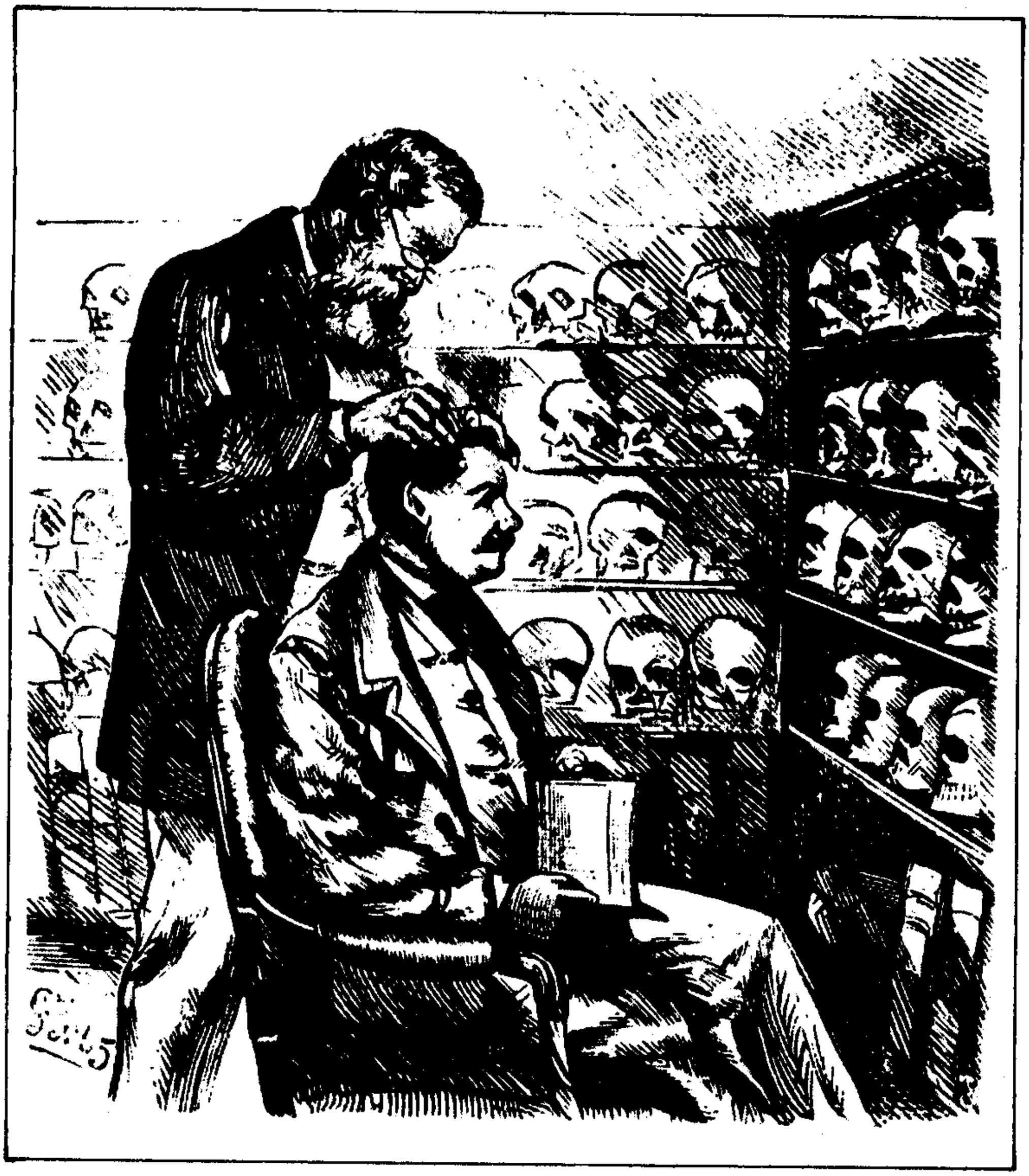
VVeek.		VVeek.	
1	261	27	459
2	245	28	588
3	225	29	676
4	220	30	795
5	262	31	739
6	276	32	[illegible]
7	216	33	923
8	200	34	957
9	214	35	955
10	254	36	1041
11	206	37	962
12	223	38	945
13	239	39	853
14	236	40	771
15	242	41	819
16	259	42	745
17	278	43	655
18	331	44	560
19	338	45	445
20	362	46	389
21	391	47	327
22	429	48	330.
23	449	49	257
24	383	50	247
25	362	51	196
26	435	52	164
	7455		23165

dade; posteriormente o retorno de uma idéia do mal sobrenatural e punitivo durante muitos séculos criou obstáculos a essas pesquisas, que foram retomadas a partir dos séculos XVIII e XIX. No campo social, depois das intuições de Hipócrates sobre as epidemias, recordamos um grande cientista e político do século passado, **Rudolf Virchow:**

> "As patologias de massa não indicariam disfunções da sociedade em qualquer lugar? Alguém poderia colocar a culpa nas condições atmosféricas ou cósmicas ou algo semelhante. Mas elas nunca produzem sozinhas as epidemias. Acontece sim, quando o povo, por más condições sociais, viveu durante algum tempo em condições anormais. Epidemias, antes ignoradas, aparecem e freqüentemente desaparecem sem deixar rastros, quando começa um novo período cultural. Aconteceu assim com a lepra, com o *sweat* inglês [suor maligno — infecção epidêmica caracterizada por sudorese intensa e febre alta, que atingiu a Inglaterra nos séculos XV e XVI]. A história das epidemias artificiais é, porém, a história de perturbações da cultura humana. A sua mudança nos anuncia, com sinais gigantescos, as transformações da cultura em outras direções. As epidemias assemelham-se a grandes sinais de advertência, das quais o verdadeiro homem de Estado poderá entender que a evolução da sua Nação ficou perturbada, até um ponto que nem a política mais míope possa ignorá-la".

3. Criatividade. Estímulo à criatividade artística e literária: sobre isso as opiniões divergem ao máximo, não somente por imposição, mas por diferentes experiências vividas. A *Encyclopédie* já escrevia que nas doenças mentais existe uma "notável degeneração nas faculdades mentais"; elas, porém, "tornam-se mais ativas, mesmo que não sejam racionais"; e existe a "produção de idéias que tem uma relação com os sonhos, sem que se esteja dormindo". A ideologia dominante pode, porém, impedir que se veja o que existe, induzindo por superestruturas culturais, ou sufocando pela rotina. No seu ensaio sobre Dostoiévski, o francês André Gide escreve:

> "Na origem de cada grande reforma moral, se bem questionamos, encontraremos sempre um pequeno mistério fisiológico, uma inquietação, uma insatisfação da carne, uma anomalia [. . .]. É natural que cada grande reforma moral, aquilo que Nietzsche diria cada reviravolta de valores, seja por um



No passado, a doença mental suscitou numerosas teorias, entre aqueles que a consideravam um estímulo à criatividade ou simplesmente sintoma de loucura. Aqui é ilustrado o método da frenologia, do médico vienense F. G. Gall (séculos XVIII-XIX): o pensamento, hereditário, seria expresso em zonas cerebrais nitidamente distintas. E eis um frenólogo trabalhando...

desequilíbrio fisiológico. No bem-estar o pensamento repousa, enquanto tal situação o satisfaça, o pensamento não pode propor-se a alterá-lo (quero dizer o estado interior...). Na origem de cada reforma existe sempre um mal-estar [...]. E não venham me dizer: 'que pena que esteja doente'. Se não tivesse ficado doente, não teria procurado resolver o problema que a sua doença lhe colocava".

Seria necessário, porém, ver o que o interessado estava pensando, enquanto sofria.

Sobre a relação com a criatividade, existem duas interpretações. Uma é de que o mal-estar (e até a loucura) ajude a expressão artística; a outra é de que a criação seja um tratamento que permita aliviar as tensões e retornar à normalidade. Mas as experiências são muito variadas. O filósofo alemão Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900) observava, por exemplo:

> "Eu só posso pensar em escrever quando o céu está muito claro, e quando o meu corpo e espírito estão completamente alegres! Não acredito nos meus pensamentos que nascem quando o espírito está oprimido e as vísceras estão perturbadas, e o que eventuamente escrever estando com dor de cabeça será certamente destruído [...]. Eu sei bem que tenho uma infinita gratidão por esse estado variável da minha saúde; isto é, a este freqüente restabelecimento e a este fascinante sentimento de cura. Esse é um estado de ânimo maravilhoso, e a causa das sensações mais elevadas e mais audazes".

No período do Romantismo, sobretudo, a relação entre gênio e loucura, entre arte e enfermidade foi uma grande moda: nos personagens de óperas e romances, e na história de muitos autores. A tuberculose era, então, tema dominante, às vezes a sífilis. Agora são as doenças mentais. As citações literárias do passado e do presente poderiam encher muitos volumes. Mas permitamos somente uma outra citação, uma entrevista com Hanna Schygulla, grande atriz polonesa vivendo na Alemanha, que fala das suas relações com Fassbinder, o cineasta "genial e maldito".

> *Schygulla:* Fassbinder queria que fizéssemos um filme para demonstrar como numa pessoa a doença pudesse representar a alegria. E eu considerava muito estimulante viver essa oscilação entre euforia e depressão. O jogo da esquizofrenia, exatamente.
> *Entrevistador:* Parece que você procura dizer-me que também é um pouco assim.
> *Schygulla:* Evidentemente que sim. Falemos claro, a esquizofrenia é também o capital com o qual eu trabalho. Cuidarei para não ser tratada; do contrário, poderia fazer a mala e ir embora.
> *Entrevistador:* Você disse que é também a sua insegurança

que a ajuda a incorporar os personagens.
Schygulla: É um impulso, alguma coisa que vem da infância, a necessidade de não ser definida. Prefiro ter muitas personalidades.
Entrevistador: Você disse também que, além da transformação psique-corpo, no trabalho de atriz interessa-lhe o fascínio do pesadelo.
Schygulla: Certamente. Este tipo de trabalho pode transformar-se num pesadelo. Porque, às vezes, vê-se como vai terminar, isto é, em tragédia. Todas essas pessoas que se movem no vazio, que recitam... Corremos o risco de ser muito manipulados num labirinto sem-saída. Onde não tem mais ninguém de verdade e verdadeiramente importante. É perigoso *melken,* exigir muito de si próprio.
Entrevistador: A propósito, você não me disse o que aconteceu depois, com esse trabalho de Fassbinder.
Schygulla: Não aconteceu nada. O jogo durou meses, até devorar-me, mas um belo dia Fassbinder pegou e mandou tudo pelos ares: "Basta, não quero mais, renuncio". Estava terrivelmente frustrada. Exausta. Hoje não faria mais isso. A normalidade, a saúde mental e do espírito me atraem mais.

É provável que muitas grandes obras de talento nunca tivessem visto a luz, se os autores fossem tratados e mantidos com ótima saúde; mas também é certo que a humanidade perdeu muitos frutos da criatividade por causa do fim prematuro de personagens geniais: de Mozart, que viveu apenas 35 anos, a Leopardi, que morreu com 39 anos. Por essa variedade de situações, um ponto de vista estritamente médico, que tende a não tolerar a doença mas a combatê-la, pode convergir ou divergir de outras exigências ou perspectivas.

A prevenção e a cura respondem, portanto, ao desejo da maioria. Mas a "liberdade de estar doente" provavelmente não é negada; e sobretudo, é reivindicada a liberdade de ser diverso do modelo de total eficiência, graça, saúde e beleza que hoje a propaganda e a competitividade impõem. Afastar-se, por natureza ou por escolha, desse tipo humano, não deve dar lugar a hostilidades, discriminações e exclusões. Perder-se-ia, inevitavelmente, o sentido de peculiaridade de uma espécie, feita de pessoas diferentes com um destino comum.

4. Solidariedade. Estímulo que está mais perto dos indivíduos, mais disponível em relação a pequenas e grandes comu-

nidades. A doença pode certamente levar ao isolamento, a ser somente um fenômeno destrutivo; mas pode também fazer emergir efeitos, sentimentos, ligações de solidariedade entre pessoas vizinhas, longe ou mesmo desconhecidas. Ambos os aspectos estão presentes na literatura. Os romances, antes e mais que as ciências sociais, iluminaram estes acontecimentos opostos. Lembramos na *Morte de Ivan Illitch,* de Tolstói, a regressão e o fechamento do doente em si mesmo:

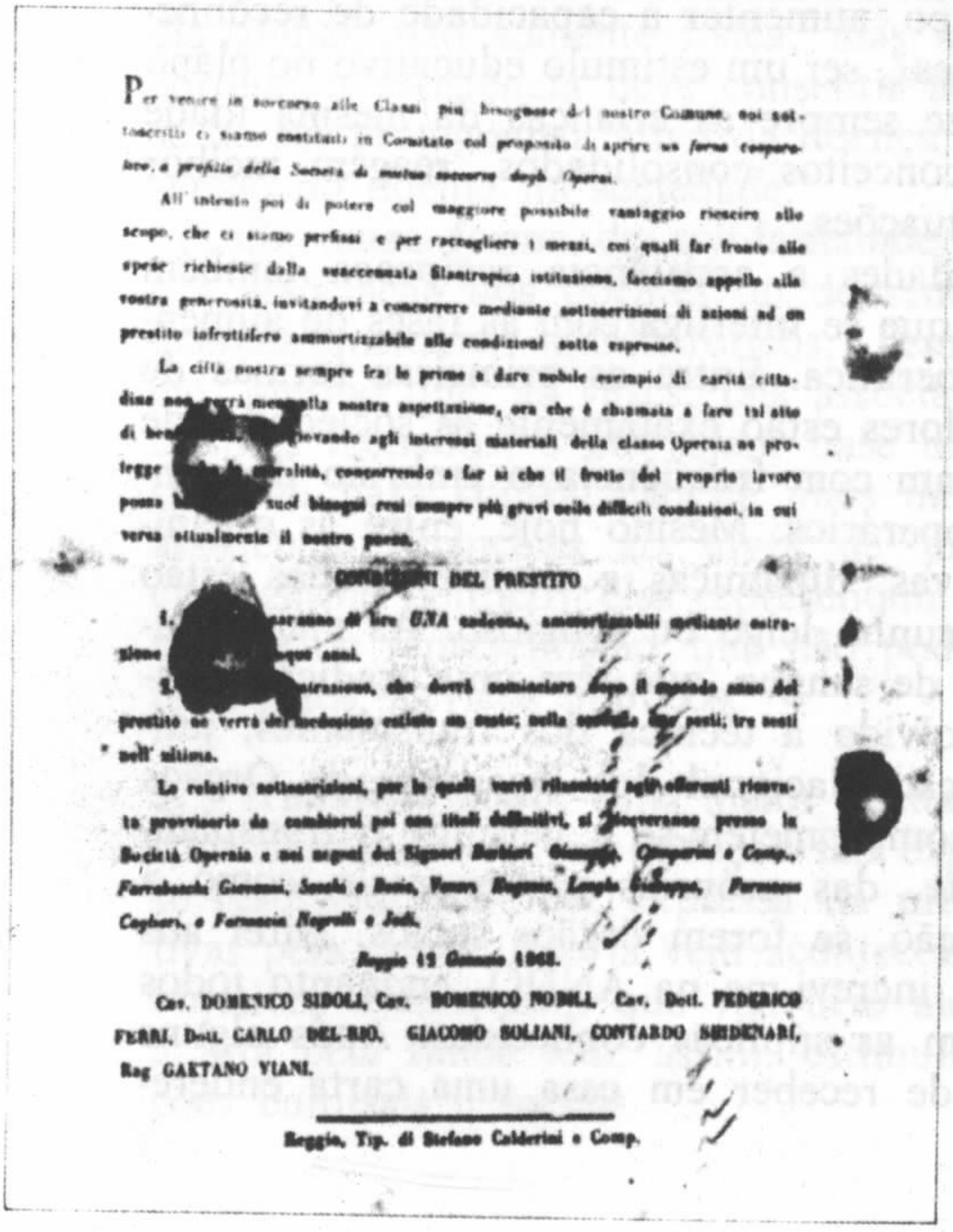
> "Nos seus momentos de sofrimento, o que mais desejava era (se bem que tivesse vergonha de confessá-lo) ser tratado como um menino doente. Desejava ser acariciado, ser abraçado, ser aconchegado exatamente como um menino. Sabia que com ele, eminente magistrado de barba cinza, era uma coisa impossível, mas desejava-o igualmente".

Pode-se citar Zeno, que quando está doente, ou pensa estar doente, ama mais profundamente a sua mulher, e é mais amado.

> "Como a minha vida havia sido mais bela do que a daqueles ditos sadios, aqueles que batiam e gostariam de bater na sua mulher a cada dia, salvo em certos momentos. Eu, pelo contrário, estava sempre acompanhado pelo amor".

Pode-se salientar que as duas óperas líricas italianas mais conhecidas, *La Traviata* e *Bohème,* ambas tiradas de contos franceses, têm um desenvolvimento análogo: no primeiro ato explode o amor; nos atos sucessivos se iniciam incompreensões, acusações, e depois vem a separação dos amantes; no último ato a tuberculose de Violetta e de Mimi favorece a reconciliação. Certamente que hoje seria difícil reescrever essas óperas dramáticas com as duas protagonistas curadas pelo antibiótico. Mas também a literatura do século XX, desde a *A Montanha Mágica,* de Mann até *A Cidadela,* de Cronin, de Proust a Pirandello (*O Homem com a Flor na Boca*), tem a doença freqüentemente como fio condutor de histórias cuja desesperação e esperança, isolamento e solidariedade sempre se interligam.

Acontece assim também na realidade. A presença de um doente em casa pode agregar ou desagregar a unidade familiar, fortalecer ou destruir uma pequena comunidade. A presença de uma criança deficiente na escola pode torná-la alvo do embaraço de todos, pode fornecer um álibi para as difunções educativas de cada dia, pode criar efetivos embaraços se há falta de uma pedagogia e de uma assistência especializada; mas pode



Per venire in soccorso alle Classi più bisognose del nostro Comune, noi sottoscritti ci siamo costituiti in Comitato col proposito di aprire un *forno comunale, a profitto della Società di mutuo soccorso degli Operai.*

All'intento poi di potere col maggiore possibile vantaggio riescire allo scopo, che ci siamo prefissi e per raccogliere i mezzi, coi quali far fronte alle spese richieste dalla suaccennata filantropica istituzione, facciamo appello alla vostra generosità, invitandovi a concorrere mediante sottoscrizioni di azioni ad un prestito infruttifero ammortizzabile alle condizioni sotto esposte.

La città nostra sempre fra le prime a dare nobile esempio di carità cittadina non [illegible] nostra aspettazione, ora che è chiamata a fare tal atto di be[illegible] giovando agli interessi materiali della classe Operaia ne protegge [illegible] moralità, concorrendo a far sì che il frutto del proprio lavoro possa [illegible] suoi bisogni resi sempre più gravi nelle difficili condizioni, in cui versa attualmente il nostro paese.

CONDIZIONI DEL PRESTITO

1. [illegible] saranno di lire *UNA* cadauna, ammortizzabili mediante estrazione [illegible] cinque anni.

2. [illegible] estrazione, che dovrà cominciare dopo il secondo anno del prestito ne verrà dell'ammontare estinto un cento; nella seconda due cenli; tre cenli nell'ultima.

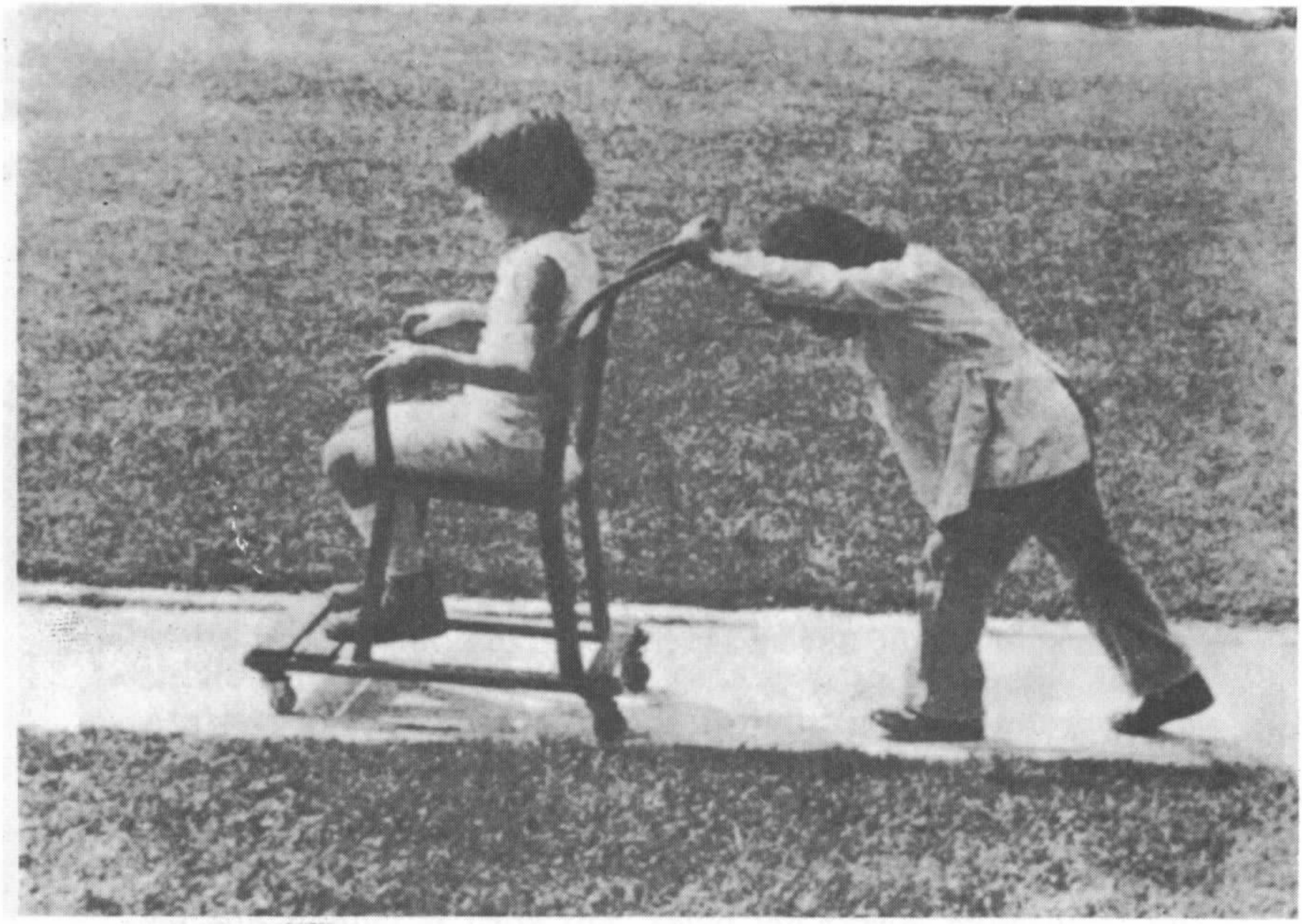
Le relative sottoscrizioni, per le quali verrà rilasciato agli offerenti ricevuta provvisoria da cambiarsi poi con titoli definitivi, si riceveranno presso la Società Operaia e nei negozi dei Signori *Barbieri Giuseppe, Cinquini e Comp., Ferrabacchi Giovanni, Sacchi e Bonio, Venere Eugenio, Longhi Giuseppe, Formenti Cagliari, e Formenti Negrelli e Jodi.*

Reggio 12 Gennaio 1868.

Cav. DOMENICO SIDOLI, Cav. DOMENICO NOBILI, Cav. Dott. FEDERICO FERRI, Dott. CARLO DEL RIO, GIACOMO SOLIANI, CONTARDO SEDENARI, Rag GAETANO VIANI.

Reggio, Tip. di Stefano Calderini e Comp.

À esquerda, apelo da Sociedade de Mútuo Socorro de Reggio Emília (1868) que ilustra bem o desenvolvimento da solidariedade nas primeiras organizações operárias. Nas fotos, exemplo de inserção na escola de crianças portadoras de deficiências. Para que a deficiência não se transforme, como acontece infelizmente com freqüência, num instrumento de marginalização, é importantíssimo o comportamento dos professores que podem encontrar apoio importante nas outras crianças e companheiros de classe. Uma atmosfera de atenção e de amizade em relação ao deficiente é mais necessária do que métodos técnicos e terapêuticos.



também fortalecer o grupo, aumentar a capacidade de reconhecer e aceitar "os diferentes", ser um estímulo educativo no plano científico e moral. Quase sempre as crianças da mesma idade do deficiente, sem preconceitos consolidados, reagem melhor que os adultos a tais situações.

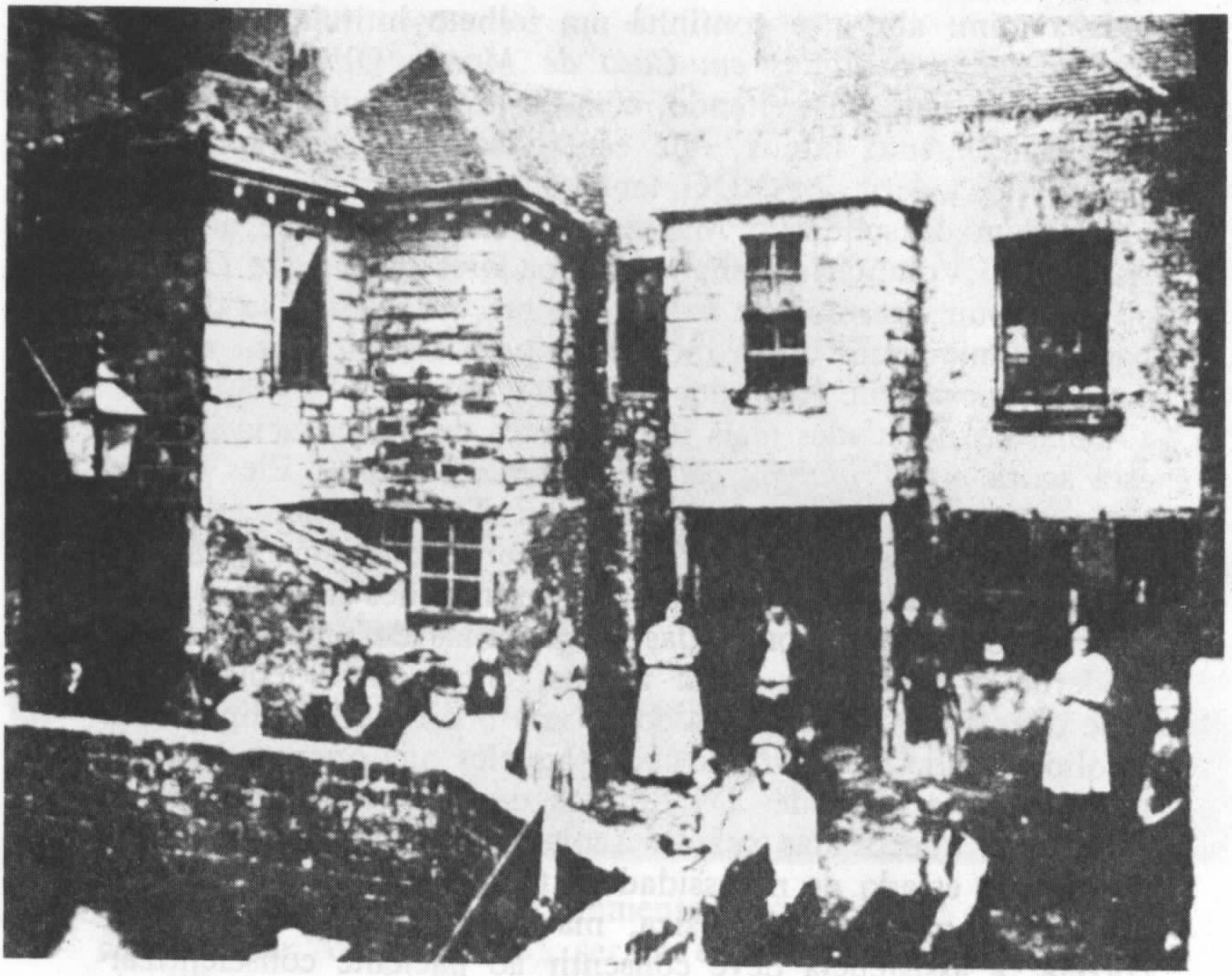
Nas grandes coletividades a assistência recíproca também tem uma longa história, que se interliga com as fases de aumento da participação democrática. Entre as primeiras formas de associação dos trabalhadores estão exatamente as sociedades de mútuo socorro; elas foram com freqüência o embrião dos sindicatos e dos partidos operários. Mesmo hoje, entre as organizações sociais mais ativas, dinâmicas e desinteressadas estão as do voluntariado, de cunho leigo ou religioso. As mais difusas são as dos doadores de sangue, que têm uma tradição antiga. Quando foi desenvolvida a técnica dos transplantes, juntou-se a elas a Associação Nacional dos Doadores de Órgãos (ANDO), cujos sócios comprometem-se a permitir o transplante, depois da sua morte, das próprias partes vitais, como a córnea, os rins, o coração, se forem órgãos sadios. Direi aos leitores que eu também increvi-me na ANDO, enquanto todos os meus parentes faziam as súplicas conhecidas. Após alguns meses, tive a surpresa de receber em casa uma carta endere-

çada a mim: abri-a, e continha um folheto intitulado: *Instruções a Serem Seguidas em Caso de Morte.* Obviamente que coloquei de lado, prometendo, como estava escrito, lê-lo depois do acontecimento infeliz, que espero esteja longe no tempo. Espero que aderir à ANDO tenha também um final sobrenatural, além de solidário. Mas eu certamente sei que aderir a Associação Voluntária Italiana de Doadores de Sangue (AVIS), ou contribuir, mesmo que irregularmente, na transfusão de uma parte de mim num outro indivíduo, para trazê-lo para a vida, é uma experiência útil, educativa, até excitante.

Uma das novidades mais interessantes da democracia italiana está agora nos *Tribunais pelos direitos do doente.* Eles cresceram em muitas partes da Itália; na Toscana, por exemplo, foram recolhidas 20.000 assinaturas para obter uma *carta*, em forma de lei regional, que tende a garantir nos hospitais "uma internação humana, com todas as garantias de uma assistência moderna e eficaz". A *carta* afirma, entre outras coisas, que todo doente tem a sua dignidade e tem o direito à compreensão e solidariedade por parte de todos aqueles que operam no setor da assistência à saúde. Os direitos do doente devem vir, de fato, antes que os das pessoas sadias, porque o doente encontra-se num estado de necessidade e tem direito a uma assistência global, não somente física, mas também psicologicamente correta; a assistência deve consentir ao paciente conscientizar-se de ser protagonista ativo da doença, e deve objetivar a reinserção do doente na sociedade.

Uma outra forma de solidariedade que se está difundindo é a associação dos doentes ou de seus familiares: deficientes, doentes mentais, miodistróficos, hemofílicos, microcitêmicos etc. Mesmo que, às vezes, tais associações se transformem em círculos fechados, e até sejam base de operações equivocadas (pressão para contratação de mais médicos, ações para obter assistência financeira ao invés de prevenção e reabilitação, clientelismo político), elas representam uma necessidade de proteção e de representação, que não pode ser inteiramente satisfeita pelos serviços públicos.

5. Transformação. Uma maior solidariedade, estimulada pela consciência de que as doenças são expressão de conflitos que se resolvem, pode ser expressa na prevenção, nas ações coletivas pela saúde. Isso já vem acontecendo freqüentemente, com objetivos e resultados que vão bem além do campo da saúde; a luta pela saúde tem, assim, estimulado grandes transformações culturais e sociais.



Londres: uma área interna imunda de um bairro operário, no final do século passado. A concentração de milhares de famílias, em míseras condições econômicas e ambientais nas grandes cidades, causava (como causa ainda hoje) um significativo aumento das infecções e das epidemias.

O saneamento urbano, que foi realizado em todo o Ocidente na segunda metade do século XIX, teve como ponto de partida as graves epidemias que atingiam, nas cidades, todas as classes sociais. As grandes concentrações urbanas, produzidas pelo desenvolvimento tumultuado do capitalismo, eram claramente inabitáveis, mas não eram melhoradas, pois as classes burguesas tiravam disso grandes vantagens, e as classes populares não estavam ainda organizadas. No momento em que as cidades tornaram-se foco de epidemias que atingiram toda a população, como o cólera, deu-se início, em toda a Europa, à transformação do contexto urbano.

Existem, também, exemplos mais recentes. Na metade do nosso século, o *smog* de Londres acumulava-se sobre os edifícios, sobre as plantas, nos pulmões das pessoas, sem que nin-

guém tomasse providência; posteriormente foi reduzido e quase eliminado, quando se verificou nos anos 50, uma verdadeira e grande mortandade de pessoas idosas e atingidas por bronquite e broncopneumonia. Nas fábricas, como resultado da ação sindical pela proteção à saúde e pela segurança no trabalho, foram também introduzidas novas tecnologias, substâncias químicas, formas mais humanas de organização do trabalho.

Em outras condições históricas e geográficas as ações de massa para combater as doenças também tiveram e têm grande influência em agregar os indivíduos e em estimular a consciência coletiva. Faço o relato de dois exemplos. No Vietnã, durante as longas e duras guerras pela independência, a população participou intensamente das campanhas contra a malária, o tifo exantemático, a peste e as parasitoses intestinais. Já que estas doenças são adquiridas por carências higiênicas, foram lançados dois movimentos paralelos: um chamado "as três limpezas", voltado para a alimentação, para o corpo e vestuário e para a habitação; o outro definido "os quatro extermínios", contra as moscas, mosquitos, ratos e pulgas. Toda a população tomou parte dessa campanha com ótimos resultados sanitários, e também com conseqüências positivas sobre a qualidade da vida, sobre a educação, sobre a tensão política, sobre o consenso entre os cidadãos e o Estado.

O outro exemplo refere-se ao Brasil. Diante de graves carências sanitárias e falta de assistência médica, o povo começou a organizar-se, com movimentos de base coordenados desde 1978 nos *"Encontros Nacionais de Medicina Comunitária"*. Uma das experiências mais interessantes nasce dos grupos católicos progressistas, que promovem a "Pastoral da Saúde". A premissa é que a saúde é "um dom de Deus e direito de todos". Existe uma reviravolta do conceito de culpa: quem transgride a lei divina não é o doente, que mesmo assim é punido, mas quem cria condições sociais que favorecem as doenças. Os temas da Pastoral são, assim, a fadiga, a exploração do trabalho, a alimentação insuficiente, as habitações insalubres; e as formas de ação compreendem a educação sanitária, a melhoria do meio ambiente, as reivindicações sociais às autoridades, a prevenção ligada à transformação da realidade. Foram também realizadas experiências muito positivas, no Brasil, pelos sindicatos dos trabalhadores, particularmente em São Paulo.

Em todas essas atividades, tão diversas no lugar e no tempo, existe uma base comum: já que muitas doenças têm origem na maquinaria imprópria, na habitação, no material, nos produtos, nos hábitos, na relação com o meio ambiente e nas rela-

Vietnã: numa aldeia de camponeses, jovens das escolas secundárias participam na vacinação das galinhas contra a peste. É um momento da campanha das "três limpezas" durante a luta pela independência, que objetivava melhorar a higiene nacional.

ções sociais, deve tornar-se senso comum a possibilidade de partir dos fenômenos patológicos para transformar as condições de vida.

É necessário, porém, reconhecer que para combater este tipo de doença não basta uma ação preventiva específica de tipo técnico (como as vacinações), mas é necessário mudar profundamente a maneira de viver, de produzir, de relacionar-se entre os homens. É exatamente para melhorar a saúde que não se pode aceitar passivamente uma realidade que gera doenças. A definição de saúde atualizada em 1957 pela Organização Mundial de Saúde ("capacidade de desenvolvimento das funções adequadas em relação às condições ambientais e genéticas dadas") é conservadora, estática, paralisante. As con-

dições, se impróprias, podem ser modificadas; é necessário reagir, lutar enquanto indivíduos e enqtuanto grupos de indivíduos.

Esse movimento coletivo pela saúde pode ser um dos estímulos mais fortes às modificações daqueles fatores que não são somente morbígenos, mas também alienantes, ou que de alguma forma criam obstáculos ao desenvolvimento da comunidade. Mesmo a relação homem-natureza, que se foi freqüentemente deteriorando pela insensibilidade, sem que fossem tomadas providências para proteger o ambiente, chamou a atenção quando começaram a manifestar-se vastos fenômenos destrutivos: desaparecimento de algumas espécies, mortandade de animais selvagens, epidemias devido à poluição. A sensibilidade foi então aumentada, e começou-se a pensar que a solidariedade, além de existir somente entre os homens, deveria existir também entre todos os seres vivos, e entre esses e o ambiente químico-físico que foi formado na evolução do nosso planeta. O prazer e a dor distinguem, talvez, os homens das máquinas; mas, temos consciência disso, pertencem a todos os fenômenos naturais onde exista vida.

A doença é, então, um estímulo? Certamente, com base no antigo ditado, retirado da experiência histórica, de que há males que vêm para bem.

Capítulo 7

PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE

Não se pensa num futuro sem doenças, como também numa vida sem evolução e numa sociedade sem contrastes. Na história sempre aparecem novos fenômenos patológicos; cada mutação, mesmo a mais positiva, comporta de fato riscos próprios, porque cada "fator da existência" pode também tornar-se "fator patológico", qualquer fonte de vida pode transformar-se, se age de forma exasperada ou incontrolada, por causa de um determinado dano ao organismo.

As doenças não são, necessariamente, "contra a natureza"; são, como escrevia a *Encyclopédie* na época do Iluminismo, "um estado intermediário entre a vida e a morte". Isso pode conduzir à morte, à cura, mas também a novas adaptações, que nem sempre são menos felizes.

Resignar-se, então? Pelo contrário. Muitos males são evitáveis, outros curáveis, outros ainda atenuáveis. A própria saúde deveria ser uma conquista contínua e progressiva: existe um "nível histórico da saúde", que os homens se propõem continuamente a aumentar. As doenças não desaparecerão, mas hoje podemos, com diferenças em relação ao passado, reduzi-las em número e gravidade, quer seja como evolução clínica dos simples casos patológicos, quer seja como conseqüências sociais para os indivíduos atingidos.

Das cinco palavras-símbolo que usamos como título dos nossos capítulos podemos tirar algumas linhas de ação. O *sofrimento?* Reduzi-lo com tratamentos apropriados. A *diversidade?* Evitar que seja considerada como desvio e que produza marginalização. O *perigo?* Distinguir o verdadeiro do falso risco, combater a doença e não o doente. O *sinal?* Aumentá-lo e interpretá-lo. O *estímulo?* Dirigi-lo para o conhecimento, para a solidariedade, para a prevenção, para a transformação.

Estas passagens que são, às vezes, verdadeiras inversões de valores e de atos, requerem coragem e tempo para se completarem, e merecem um compromisso pessoal e coletivo.

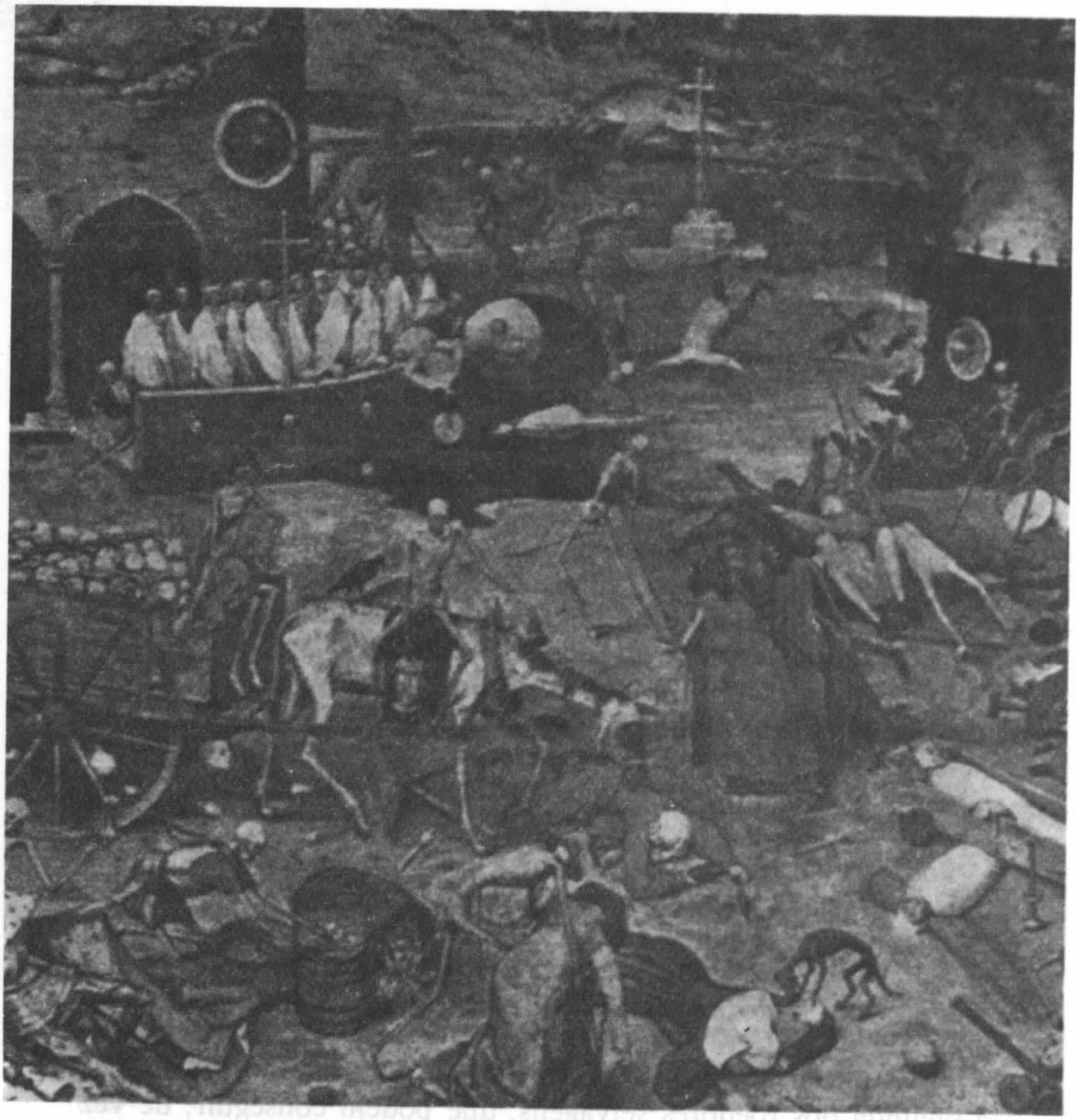
Quais são as metas possíveis hoje? Relaciono três: erradicação, previsão e prevenção, uma melhor saúde para todos.

1. Erradicação. Podemos não somente circunscrever, mas erradicar para sempre algumas doenças, que por milênios (ou milhões de anos) afligiram a humanidade. Podemos retirar as suas raízes, de mancira que não se desenvolvam mais: já aconteceu isso com a varíola. Muito pode ser feito por aquelas doenças infecciosas que não têm reservatório natural, que não dependem de agentes patológicos transmissores do homem para os animais selvagens, e vice-versa. Pode-se erradicar a malária, dado que as espécies do protozoário *Plasmodium* que atingem o *Homo sapiens* são diferentes das que infestam os macacos e os pássaros; interromper o circuito e a transmissão de homem a homem, bloquear até eliminar as espécies de protozoários significaria extirpar para sempre a malária. Ao contrário, a malária humana ainda é difundida em três continentes, com centenas de milhões de novos casos a cada ano.

Além disso, a erradicação é possível por causa das doenças que tiveram origem de substâncias químicas produzidas artificialmente, e que poderiam ser substituídas por outras substâncias, igualmente úteis para a economia, mas inócuas para a saúde.

Pode-se também pensar numa forte atenuação, mas não numa total erradicação das doenças produzidas por materiais existentes na natureza, por vírus, bactéria e parasitas que, além de atingir o homem, atingem também os animais selvagens: estes são os "reservatórios naturais", através dos quais, de vez em quando, a infecção pode alcançar os homens. Acontece assim, por exemplo, com a raiva e com a peste, a primeira das raposas, a segunda dos roedores selvagens, que podem conseguir, de vez em quando, atingir a nossa espécie.

A possibilidade de erradicação das doenças foi muito importante na evolução humana. Seu valor histórico sobressai claramente se refletimos sobre o passado. Pensemos na reviravolta que acontecia na Antiguidade com as grandes epidemias. Muitos desses acontecimentos nem foram contados; ninguém sobreviveu para fazê-lo. Quando temos testemunhos podemos porém medir-lhes o alcance. O historiador grego Tucídides conta, por exemplo, sobre a peste de Atenas, que aconteceu durante a guerra do Peloponeso (431-404 a.C.): febre altíssima, seguida de exantema, úlceras em todo o corpo, morte ou cura com imunidade. Dos sintomas e da procedência (Etiópia, através do Egito) pode-se pensar que fosse uma epidemia semelhante à



Um outro testemunho do flagelo da peste, no século XVI, na imaginação visionária do pintor flamengo Bruegel. A pintura e a literatura da Europa são ricas em exemplos da reviravolta que as epidemias determinavam em toda a vida social.

varíola. Além da destruição de vidas humanas, Tucídides acentua a reviravolta moral produzida pelo mal:

> "Os homens morriam como moscas. Os corpos dos moribundos eram colocados uns sobre os outros. Viam-se criaturas agonizantes vagarem cambaleando pelas ruas ou agruparem-se ao redor das fontes, ansiosos por água. Os templos onde permaneciam estavam cheios de cadáveres da massa que morria.

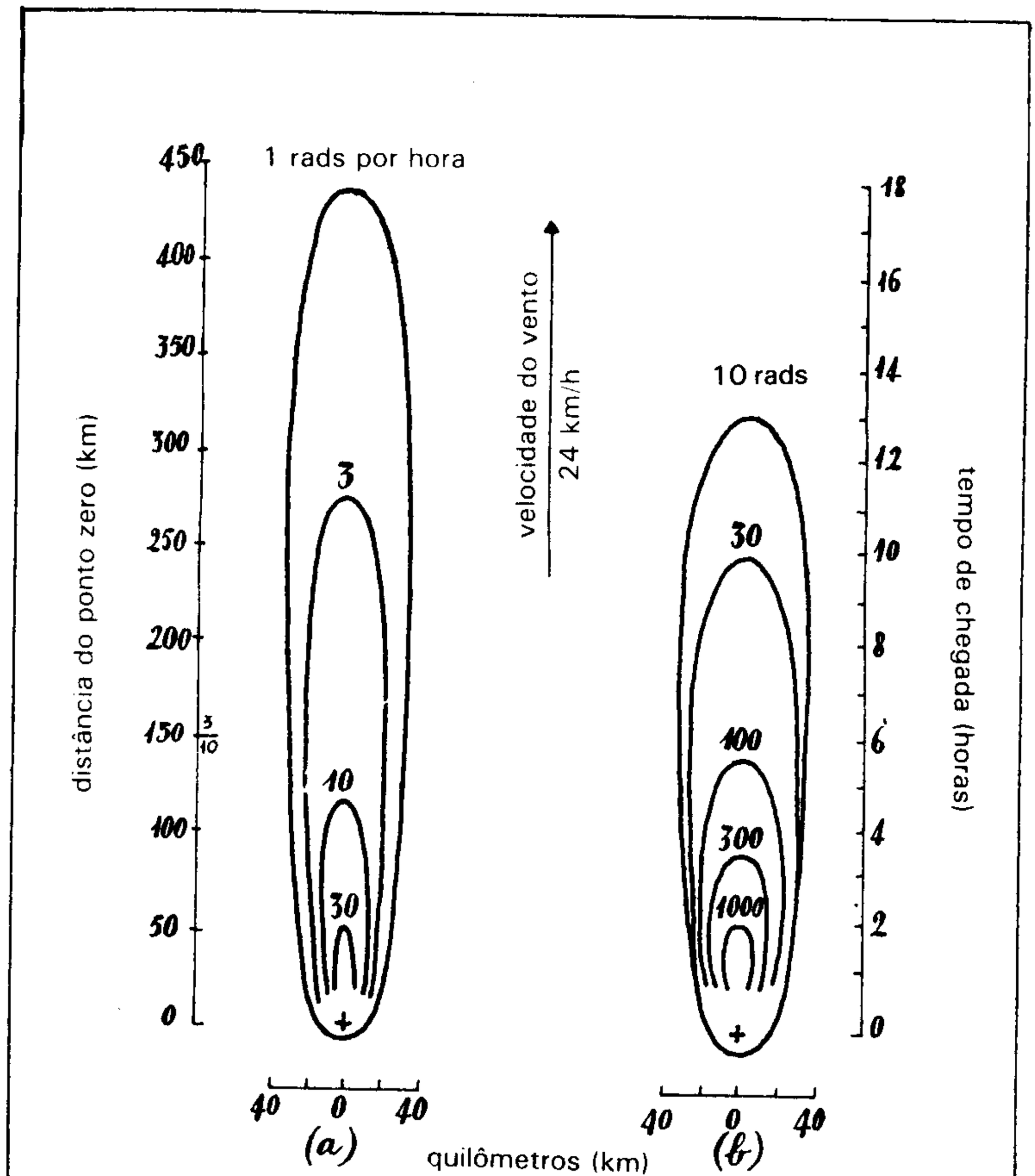
"Às vezes, os homens estavam tão carregados pelo peso da sua desgraça que até esqueciam de chorar por seus mortos. Todos os rituais fúnebres caíram na desordem: os mortos eram enterrados da melhor forma possível. Alguns que já haviam tido tantos mortos na sua família a ponto de não poder mais sustentar as despesas de outros sepultamentos, recorriam a expedientes mais vergonhosos. Acorriam primeiro a uma fogueira erigida por outras pessoas, colocavam seus mortos sobre ela e incendiavam a madeira; ou se já existia uma fogueira, colocavam os cadáveres de seus familiares sobre outras salmas e fugiam.

"Nenhum temor às leis divinas ou humanas os induzia a controlarem-se mais. Não se preocupavam mais em relação aos deuses, à veneração a eles devida; via-se, de fato, que bons e maus morriam da mesma forma. Não tinham o temor de serem chamados a prestar contas das ofensas à lei humana, já que ninguém esperava sobreviver tanto. Cada um sentia já ter sido pronunciada uma sentença sobre si bem mais grave, e antes que ela fosse seguida queriam tirar ainda algum prazer da vida".

Pode ser que, daqui a duzentos ou dois mil anos, alguém leia com a mesma angústia e com maior desprezo a descrição das epidemias que nos atingem hoje: das toxicodependências aos acidentes de trabalho e nas estradas, das doenças cardiovasculares aos tumores. Digo com maior desprezo porque a peste de Atenas era causada por um vírus, tendo este sido estimulado a difundir-se por causa da guerra, enquanto certas pestilências modernas são causadas e difundidas diretamente pelos homens.

2. Prever e prevenir. Falemos, portanto, de uma outra meta. Existe, hoje, diferente do que foi no passado, a possibilidade de *previsão* e de *prevenção* das doenças.

Quase sempre o ciclo histórico da difusão coletiva de uma doença tem sido este: primeiro a explosão e muitas vítimas, por doenças que se tornaram epidêmicas devido a alterações do trabalho ou dos hábitos, ou em seguida a reviravoltas político-sociais; depois o reconhecimento do fenômeno e das suas causas; enfim a intervenção com atenuação ou desaparecimento do mal. Hoje, ao contrário, pode-se, com base na experiência adquirida e nas novas ciências complexas (epidemiologia, teoria dos sistemas, uso das calculadoras, simulações, capacidade de programar), avaliar *a priori* as conseqüências sanitárias de qualquer mudança e orientar, assim, as tecnologias, a residência, o tempo



Hoje se fala de epidemia atómica, ou de epidemia final, para indicar os assustadores efeitos de uma explosão nuclear para o gênero humano. A ciência pode fornecer-nos previsões precisas sobre a velocidade, a extensão e a quantidade de radiação absorvidas. A figura acima mostra os diversos perfis para o *fallout* de uma bomba de dois megatons com 50% de fissão a dezoito horas da explosão e com um vento que sopre a velocidade de 24 km/h. A radioatividade, como se vê, se expande de forma tal que as linhas que ligam todos os pontos com a mesma taxa de radiação assumem a forma de um charuto. O perfil *a*) mostra a quantidade de absorção num tempo dado (neste caso uma hora); o perfil *b*) a absorção total que resultaria do acúmulo das radiações no tempo.

Mas as previsões não podem ter um fim em si mesmas: devem ao contrário ser um elemento que ajude na luta que exorcize qualquer perigo de "epidemia final" numa frase: na luta pela paz (*Fonte: The Final Epidemic*, by Ruth Adams e Susan Cullen, Chicago, 1981).

livre, a nutrição, a educação em função da saúde. Infelizmente o valor da saúde é freqüentemente subordinado a outras exigências, isto é, aos interesses dominantes; e assim repete-se o ciclo implacável: dano, reconhecimento, intervenção. Dou somente um exemplo: hoje difunde-se uma complexa patologia ocular e mental no uso dos videoterminais, porque na projeção destas máquinas tão perfeitas não se preocuparam com os homens e as mulheres que deveriam usá-las. Foi talvez criada dessa forma uma nova doença que poderia ter sido prevista e evitada, sem que por isso se renunciasse ao progresso.

Mesmo assim é necessário insistir sobre a possibilidade de prever as conseqüências sanitárias de cada alteração: isto é plenamente realístico e pode acontecer em larga escala pelas transformações tecnológicas, e por enquanto em menor escala em relação às psicológicas e sociais. Mas a verdadeira cartada está entre as previsões possíveis que já são conhecidas, e as medidas de proteção verdadeiramente efetivas para intervir sempre a tempo, que são insuficientes.

É sempre arriscado comparar a medicina à política. Dado que existem estreitas relações entre os dois campos, seria bom manter a distinção, para ver mais claramente as relações recíprocas. Mas a comparação tem sido freqüentemente. Pode ser útil relembrar o confronto feito por Nicolò Machiavelli, seguramente um conhecedor de política e história, entre a forma como os antigos romanos tinham de governar os povos, e a forma como os médicos (que ele chama *físicos,* segundo a palavra medieval, que permaneceu no inglês *physician)* deveriam agir em relação ao doente *ético* (isto é, tuberculoso). Diz Machiavelli:

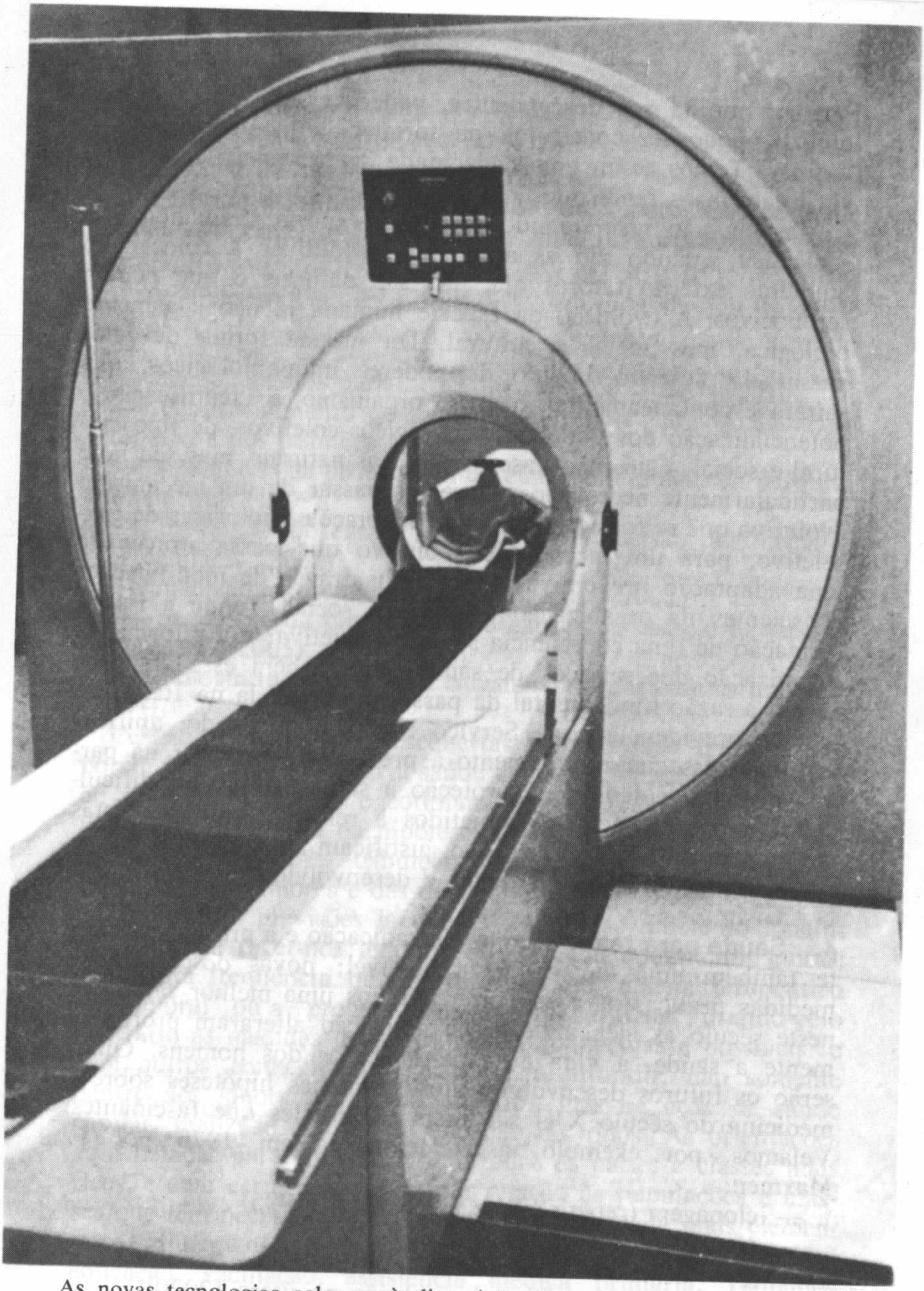
> "Porque os romanos fizeram nestes casos aquilo que todos os príncipes sábios devem fazer: eles não somente têm que levar em consideração os escândalos presentes mas também os futuros, e estes procuram remediar; porque prevendo antecipadamente, facilmente poderão remediar, mas esperando que a medicina apresse a cura, não será a tempo, porque a doença tornou-se incurável. E nela intervém, como dizem os médicos da tuberculose, que no princípio do seu mal é fácil curar e difícil reconhecer, mas com a sua evolução, não sendo no princípio nem reconhecida nem medicada, torna-se fácil reconhecer e difícil de ser tratada. Assim intervém nas coisas de Estado, porque sabendo-o afastado (que não é dado senão a um indivíduo prudente) os males que nascem daquilo, curam-se logo; mas quando por não reconhecer-lhes deixam-nos crescer até que todos o reconheçam, não há mais

remédio".*

3. Imunidade biológica e imunidade cultural. Poderíamos hoje conseguir organizar defesas eficazes contra as "tuberculoses modernas"; mas seria necessário promover conscientemente alguma coisa semelhante às imunidades que os primeiros seres vivos e que depois o gênero humano desenvolveu com a sua evolução natural. A imunidade é, historicamente, a capacidade de selecionar, entre os vários componentes do ambiente externo, aqueles que podem ser danosos, para neutralizá-los ou rejeitá-los. Quando as macromoléculas começaram a agregar-se e a delimitar-se, para poder reproduzir-se, tiveram absoluta necessidade de reconhecer e individualizar aqueles fatores do ambiente externo que poderiam interferir negativamente na vida dos primeiros agregados biológicos dos quais, posteriormente, seriam derivados todos os outros seres vivos. Nós temos, portanto, poderes imunológicos típicos da nossa espécie, isto é, defesas pessoais, fruto da evolução. Eles têm grande valor porque permitem distinguir o indivíduo e a espécie, garantindo a continuidade biológica, e a capacidade de selecionar e rejeitar os fatores nocivos que provêm do ambiente natural. Essa imunidade pode

---

* Tradução livre do texto (N.T).



As novas tecnologias colocam à disposição das equipes médicas instrumentos diagnósticos sempre mais aperfeiçoados. Na página ao lado, uma cintilografia da cabeça e do tórax. Acima, um aparelho que permite exames completos do estado do organismo ou de suas partes através de radiografias computadorizadas (TC).

ser transmitida aos descendentes, pode ser adquirida por via natural, pode ser construída ou fortalecida mediante soros e vacinas. Temos assim uma capacidade de prevenção individual em relação aos fenômenos naturais que nos podem atingir.

Mas ela não vale quando somos nós mesmos, quando é a sociedade, quando são as atividades produtivas a colocar no ambiente externo fatores que não são naturais e que podem ser nocivos. A evolução da espécie humana já não é somente biológica, mas social e cultural. Da mesma forma devemos passar do desenvolvimento de poderes imunobiológicos, que saíram espontaneamente no nosso organismo, à identificação e potencialização dos poderes imunológicos coletivos, de tipo cultural e social. Estes não nascem por vias naturais, mas são hoje particularmente necessários. Devemos passar de um mecanismo evolutivo que se formou através de adaptações biológicas de tipo seletivo, para um mecanismo evolutivo que passa através de uma adaptação preventiva, e portanto através de modificações conscientes da organização sanitária e social. Tende a isso a formação de uma consciência sanitária coletiva; e a reforma da organização dos serviços de saúde tem também esse objetivo. É essa a razão fundamental da passagem, ocorrida na Itália, do sistema previdenciário ao Serviço Nacional de Saúde: unificar as forças, associar o tratamento à prevenção, consentir na participação dos cidadãos na proteção à saúde. Além das dificuldades e dos obstáculos submetidos à reforma sanitária, estas tarefas têm um alcance histórico, justificam as mudanças ocorridas e devem ser salvaguardadas e desenvolvidas.

4. Saúde para todos? Junto à erradicação e à prevenção, existe também uma terceira meta possível: novas descobertas e medidas práticas para assegurar a todos uma melhor saúde. Já neste século as ciências e a sua aplicação alteraram profundamente a saúde, a vida e os pensamentos dos homens. Quais serão os futuros desenvolvimentos? Algumas hipóteses sobre a medicina do século XXI são mais alucinantes que fascinantes. Vejamos, por exemplo, as relacionadas em 1976 por J. Maxmen:

— clonagem (repetição) de um homem (1995)
— transplante de cérebro (1995)
— gravidez num "ventre artificial" (2015)
— manipulação genética do embrião no útero (2020)
— suspensão da vida por períodos predeterminados (2040)
— controle do envelhecimento e desenvolvimento da "imortalidade humana" (2050).

Outras previsões, como as do *Livro Branco* japonês, elaborado pela Agência Para as Cências e Para a Tecnologia, são mais interessantes para a saúde.

Reproduzo as principais, com o prazo:

— reforço do arsenal terapêutico antitumoral dos raios de partículas pesadas, tratamentos a altas temperaturas e *laser* (1994)

— medicamentos para reforçar as defesas imunológicas (1995)

— progressos na cirurgia cardíaca (1996)

— medicamentos para curar doenças por vírus (1999)

— desenvolvimento de uma quimioterapia para o câncer do estômago e dos pulmões (1999)

— prevenção da propagação do câncer no estágio da pesquisa fundamental (1999)

— prevenção do câncer graças à compreensão dos mecanismos celulares (2001)

— medicamento contra a arteriosclerose (2001)

— prevenção da propagação do câncer no estágio da pesquisa aplicada (2003)

— biologia molecular para o tratamento das células tumorais (2004).

Certamente que são descobertas e invenções úteis. Todas porém tendentes a confiar a saúde às mais refinadas tecnologias, ao invés da concreta e cotidiana melhoria das condições da vida; todas baseadas na hipótese de que a prevenção e o tratamento sejam sempre atribuição exclusiva dos especialistas. Os exemplos dos tumores e das doenças cardiovasculares, que estão no centro das previsões japonesas com datas um tanto longínquas, devem fazer-nos lembrar que já hoje poderíamos evitar, com maior freqüência, de recorrermos a um "arsenal terapêutico antitumoral" ou a "progressos na cirurgia cardíaca", usando pelo contrário as medidas de prevenção já conhecidas e possíveis; e com outros conhecimentos elaborar e difundir, não somente dentro dos laboratórios especializados, mas na ação de saúde capilar, realizada com a participação de todos. As orientações aqui listadas parecem referir-se a todos os países e classes mais ricas, e com certa negligência em relação às populações e classes que têm necessidade de fatores de salubridade mais elementares: alimentação, água limpa, habitações higiênicas, trabalho, educação, vacinação, assistência médica primária. Tentemos fazer um calendário possível, que leve em conta as necessidades mais imediatas e as exigências das grandes massas de indivíduos. Nesse nosso calendário aparecerão objetivos que talvez digam

menos respeito a "arsenais terapêuticos" e mais a "grãos aos povos".

A Organização Mundial da Saúde, porém, acentuou com muito realismo que "centenas de milhões de pessoas vivem num estado de saúde inaceitável" e lançou um plano que pode parecer utópico, mas que pode também despertar as consciências e estimular os Estados, com o título "Saúde para todos no ano 2000".

Impresso na
Gráfica A Tribuna de Santos Ltda.
Rua João Pessoa, 349
Telefones 32.8692 – 35.3627
CEP 11.013 – Santos

Giovanni Berlinguer (Sassari, 1924) é médico, senador e professor de Fisiologia e Higiene do Trabalho na Universidade La Sapienza, de Roma. Autor de numerosíssimas publicações, entre as quais: *Malária Urbana - Patologia das Metrópoles* (1977), *A Profissão do Médico* (1982), *A Saúde nas Fábricas* (1977; em português pela Hucitec, 1983), *Medicina e Política* (1973; Hucitec, 1978), *A Droga Entre Nós* (1980), *Uma Reforma para a Saúde* (1979) e *Os Anos Difíceis da Reforma Sanitária* (1982).

Um pesquisador célebre por seus estudos sobre as relações entre *saúde* e estrutura social examina a *doença* em diversas culturas e épocas, utilizando inesperadas abordagens. Um livro rico em informações, claro e de leitura agradável para especialistas e leigos.

EDITORA HUCITEC
CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE