

IVAN ILLICH

**A EXPROPRIAÇÃO
DA SAÚDE**

*NÊMESIS
DA MEDICINA*

3ª EDIÇÃO


EDITORA
NOVA
FRONTEIRA

IVAN ILLICH

**A
EXPROPRIAÇÃO
DA SAÚDE**

NEMESIS DA MEDICINA

Tradução de
JOSÉ KOSINSKI DE CAVALCANTI

3ª edição

•

•
EDITORA
NOVA
FRONTEIRA

Título original em francês:

NEMESIS MÉDICALE *L'expropriation de la santé*

(c) Ivan Illich, 1975

Capa:

Rolf Gunther Braun

Revisão:

Clara Recht Diament

Direitos adquiridos somente para o Brasil pela

EDITORA NOVA FRONTEIRA S.A.

Rua Barão de Itambi, 28 — Botafogo

ZC-01 — Tel.: 266-7474

Endereço Telegráfico: NEOFRONT

Rio de Janeiro — RJ

ÍNDICE

PREAMBULO.....	5
INTRODUÇÃO.....	6
PRIMEIRA PARTE IATROGÊNESE CLÍNICA	8
CAPÍTULO I EFICÁCIA TÉCNICA DO ATO MÉDICO	8
Uma história duvidosa	12
Lamentável realidade	18
Nova epidemia resistente à medicina.....	23
SEGUNDA PARTE IATROGÊNESE SOCIAL	31
CAPÍTULO II	
MÁSCARA SANITÁRIA DE UMA SOCIEDADE MÓRBIDA	31
Medicalização do orçamento	31
Invasão farmacêutica	38
Controle social pelo diagnóstico	43
Manutenção pelo mago preventivo	47
Incorporação numa liturgia macabra	51
Investimento terapêutico do meio	56
CAPÍTULO III AS DUAS DIMENSOES DA CONTRAPRODUTIVIDADE	
INSTITUCIONAL	62
CAPÍTULO IV CINCO REMÉDIOS POLITICOS ADMINISTRADOS	
INUTILMENTE.....	77
Drogados agrupam-se em associações de consumidores	80
O legislador se esforça para controlar os fornecedores.....	85
Automedicação ilusória da burocracia médica	90
Separação da medicina ortodoxa e do Estado	93
Capitulação do médico diante do politécnico	96
TERCEIRA PARTE IATROGENESE ESTRUTURAL	100
CAPÍTULO V COLONIZAÇÃO MÉDICA	100
CAPÍTULO VI ALIENAÇÃO DA DOR	104
CAPITULO VII A DOENÇA HETERONOMICA.....	119
CAPITULO VIII A MORTE ESCAMOTEADA	132
A dança dos mortos	133
A dança macabra	135
A morte burguesa	143
A morte clínica	147
A morte sob terapêutica intensiva	152
CAPÍTULO IX NEMESIS: MATERIALIZAÇÃO DO PESADELO	158

PREAMBULO

Neste ensaio eu encaro a empresa médica como paradigma para ilustrar a instituição industrial. A medicalização perniciosa da saúde é apenas um dos aspectos de um fenômeno generalizado: a paralisia da produção dos valores referentes ao uso por parte do homem e resultante do congestionamento de mercadorias produzidas para ele.

A avaliação da empresa médica é uma tarefa política. Exige do não-médico um esforço de pesquisa pessoal fora de qualquer tutela profissional: e do médico a redescoberta de uma "medicina geral". O conjunto de material bibliográfico que reuni, e menciono nas notas de pé de página, reflete meu desejo de associar o leitor a esta aventura. A participação na busca de uma alternativa concreta para o sistema que nos oprime pressupõe uma abertura à imensa riqueza das opções. O debate prematuro desta ou daquela organização nova do sistema médico não seria mais que pura digressão.

Eu teria, de boa vontade, deixado o manuscrito amadurecer por mais algum tempo, para permitir ao texto decantar, se o estado de descontentamento em relação à medicina na França não me tivesse incitado a contribuir para o debate sem demora, fornecendo dados e indicações bibliográficas.

A versão francesa, da qual é feita esta tradução em português, foi elaborada em janeiro de 1975, em Cuernavaca. Este estudo é o resultado de 18 meses de pesquisa em conjunto com os participantes do meu seminário do CIDOC. Citarei alguns deles, ao passo que outros serão freqüentemente os únicos a reconhecer seu pensamento original e mesmo seus próprios termos nas páginas que se seguem.

Mais do que a qualquer outra pessoa, este livro deve sua publicação a Valentina Borremans. As reuniões de que surgiu foram por elas organizadas. Foi ela quem se encarregou da documentação: foi ela ainda quem pacientemente me incentivou a apurar meu julgamento. No Capítulo VIII, eu não fiz senão resumir suas notas a respeito de um trabalho sobre a expressão da morte.

Ivan Illich

INTRODUÇÃO

A empresa médica ameaça a saúde, a colonização médica da vida aliena os meios de tratamento, e o seu monopólio profissional impede que o conhecimento científico seja partilhado¹.

Uma estrutura social e política destruidora apresenta como álibi o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. O consumidor de cuidados da medicina torna-se impotente para curar-se ou curar seus semelhantes. Partidos de direita e de esquerda rivalizam em zelo nessa medicalização da vida, e, com eles, os movimentos de libertação. A invasão da medicina não reconhece limites. Uma sexocracia de médicos, com a cooperação de clínicos, de professores e de laboratórios, laiciza e escolariza a sexualidade. E, ao ortopedizar a consciência corporal, reproduz o *homem assistido* até nessa área íntima².

A dinâmica mórbida da empresa médica está em tempo de ser reconhecida pelo grande público. O fechamento das faculdades de medicina durante a Revolução Cultural chinesa representou a primeira etapa de uma tomada de consciência, cheia de sentido para os países em vias de desenvolvimento industrial; a seguinte será nos países desenvolvidos, onde a empresa médica já contribui para o bloqueio geral das instituições. Ela vai se tornar, inevitavelmente, nos próximos anos, plataforma privilegiada da ação política. Pretendo contribuir, com este ensaio, para que essa ação não acabe resultando na transformação do médico em tratador de pacientes para a vida inteira, assim como o professor se transformou em educador, numa empresa de formação interminável, para alunos perpétuos.

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra *saúde*; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de

1 Philippe Roqueplo, *Le Partage du savoir: science, culture, vulgarisation*. Paris. Seuil, 1974.

2 Dominique Wolton. *Le Nouvel Ordre sexuel*, Paris. Seuil, 1974. — Ver também a crítica de M. Domenach. *Esprit*, janeiro de 1975.

reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado.

Em três pontos deste ensaio (com dimensões desiguais), trato desses três níveis de medicina maligna.

O primeiro capítulo é uma introdução à literatura que tem por tema a eficácia técnica da empresa médica: sua história, seu presente, suas perspectivas. A ineficácia e o perigo da medicina cara são assuntos batidos, porém devo deter-me brevemente neles para introduzir minha argumentação, embora não sejam nem de longe o ponto central do meu objetivo.

A segunda parte do livro consiste em três capítulos consagrados, o primeiro, à apresentação de seis sintomas do impacto malsão da medicina sobre o meio (cap. II); o segundo, a uma teoria que permite perceber o mecanismo da contraproduktividade que se manifesta em várias de nossas grandes instituições (cap. III), e o terceiro, à inutilidade das ações de uma sociedade votada ao crescimento de cinco tipos de tentativas políticas que pretendem corrigir essa contraproduktividade (cap. IV).

A terceira parte do livro trata do impacto psicológico, sobre os indivíduos, dos sinais e símbolos criados pelo ritual da medicina: a frieza realista enfraquece; a vontade de viver esmorece, e a angústia da morte torna-se insuportável. A dor, a doença e a morte transformam-se em estímulos à produção de mercadorias e de novos tipos de tabus que paralisam a experiência vivida.

O último capítulo trata das fontes oníricas dessa autodesregulagem da instituição médica.

PRIMEIRA PARTE

IATROGÊNESE CLÍNICA

CAPÍTULO I

EFICÁCIA TÉCNICA DO ATO MÉDICO

As grandes doenças de que se sofre e de que se morre no mundo ocidental passaram por profundas mudanças³. A peste e a poliomielite desapareceram. Uma única dose de medicamento conjura a pneumonia. O DDT suprime os vetores da malária. Cada um está convicto de conhecer alguém que parece ter sobrevivido a uma doença ou a um acidente graças à intervenção da medicina. A indústria de cuidados médicos é um dos grandes setores econômicos, de mais rápida expansão⁴. O aumento da *produção de saúde* é identificado com a desejada melhoria de qualidade de vida⁵. Quase sem exceções, autores que fizeram recentemente projeções do futuro das sociedades industriais prevêm redução de emprego nos setores primário e secundário e a inflação do terciário terapêutico, para em seguida interpretarem essa transferência como progresso social⁶. O dispendioso ritual da medicina alimenta o mito de sua eficácia. Qualquer ataque à instituição médica suscita angústia⁷. A promoção da saúde pela progressiva redução dos gastos da medicina e a sensata desprofissionalização dos cuidados médicos ainda parecem idéia irresponsável ou bizarra. No entanto, a razão a impõe.

3 Marc Lalonde, *Nouvelle Perspective äe la santé des Canadiens*, documento de trabalho bilingüe (francês- inglês). Ottawa, abril de 1974. Não é um livro como os demais, mas um programa de pesquisa e um apelo ao debate político, feito pelo Ministro da Saúde do Canadá ao público. O leitor se surpreenderá com o grau de acordo entre esse documento e as idéias fundamentais de meu livro. — E.H. Ackerknecht, *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*, Encker, 1963, história e geografia das grandes doenças, escritas em linguagem muito simples, por um velho mestre.

4 Brigitte Couder, Georges Rösch, Simone Sandier, "La consommation de services médicaux continuera à coître rapidement", em *Economie et Statistique*, n.º 37, setembro de 1972.

5 André Bourguignon, "Le drame dela médecine", em *La Nef* nova série, n.º 49, outubro-dezembro de 1972, p. 7-20 (número especial intitulado *Vers une An.- timédecine?*).

6 Michael Marien, *World institute guide to alternative futures for health. A bibliocritique of trends, forecasts. problems, proposals*, Draft, World Institute Council, Nova York, julho de 1973, 64 p.. bibliografia crítica de 612 livros, artigos e relatórios de estudos, na maioria publicados nos Estados Unidos desde 1960.

7 Em outubro de 1974, *Le Nouvel Observateur* publicou, em dois números consecutivos, um ensaio de Michel Bosquet, que levantava o problema da supermedicalização iatrogênica. As respostas ao ensaio se estenderam por oito semanas; a grande maioria dos críticos evitou enfrentar o problema e se deteve obstinadamente em alguns pormenores, ou negou, por motivos políticos ou psicológicos, a legitimidade do problema. Ver a resposta de Michel Bosquet para Schwarzenberg, em *Le Nouvel Observateur*, n.º 523, 2-8 de dezembro de 1974.

A empresa médica tornou-se um perigo maior para a saúde, contrariamente ao mito criado pelo seu ritual:

1. Sociedades providas de sistema médico⁸ muito caro são impotentes para aumentar a esperança de vida, salvo na fase perinatal;
2. O conjunto dos atos médicos⁹ é impotente para reduzir a morbidade global;
3. Atos médicos e programas de ação sanitária¹⁰ resultaram em fontes de nova doença: a iatrogênica. Enfermidade, impotência, angústia e doença provocadas pelo conjunto de cuidados profissionais constituem uma epidemia mais importante do que qualquer outra, e não obstante a menos reconhecida;
4. As medidas tomadas para neutralizar a iatrogênese continuarão a ter um efeito paradoxal: tornarão essa doença — medicamente incurável — ainda mais insidiosa, enquanto o público tolerará que a profissão que a provoca esconda-a como infecção vergonhosa e se encarregue com exclusividade do seu controle.

Este primeiro capítulo destina-se aos não-médicos; convida-os a estudar esses quatro aspectos nefastos da empresa médica, orientando-os para a pesquisa do antídoto no plano político, econômico e moral.

Trata-se de convencer os médicos, mas antes de tudo os seus clientes, de que, acima de determinado nível de esforços, a soma de atos preventivos, diagnósticos e terapias que visam a doenças específicas de uma população, de um grupo de idade ou de indivíduos, reduz necessariamente o nível global de saúde da sociedade inteira ao reduzir o que constitui justamente a saúde de cada indivíduo: a sua autonomia pessoal.

Trata-se de suscitar num povo de consumidores de saúde a

8 Emprego o termo *sistema médico* para designar o conjunto das atividades profissionais e administrativas cujo financiamento é motivado por uma razão de saúde.

9 O *ato médico* aparece no vocabulário da previdência social e designa uma prestação profissional codificada no quadro de uma nomenclatura de prestação de serviços que proporcionam remuneração. Na base está a introdução de um conceito financeiro, apesar de forte resistência dos médicos contrários à parcelização de sua atividade. Por extensão, tornou-se um ato que somente o médico ou outros determinados profissionais de Saúde são considerados capazes de efetuar. O termo ganhou conotação jurídica: ato médico é aquele reservado, pela vontade do legislador, a certos membros autorizados das profissões sanitárias. Assim, o aborto se tornou recentemente na França um ato médico. E ato médico ainda que a previdência social não pague por ele. Nesse sentido, jurídico, continua ato médico mesmo se for realizado por pessoa não autorizada. Então é um ato ilegal e por isso sujeito a sanções previstas pela lei. A votação da lei sobre o aborto deu uma segunda definição do ato médico, ainda mais importante: a mulher resolve se o ato deve ser executado ou não; sob certas condições, previstas pela lei, o médico executa o ato sem ter o direito de decidir sobre sua necessidade. Neste ensaio, emprego o termo *ato médico* para designar o conjunto de intervenções técnicas da empresa médica nos indivíduos doentes ou que poderão adoecer.

10 Emprego o termo *atividade sanitária* para designar a intervenção técnica no meio físico ou no meio social que tem como objetivo específico a saúde.

consciência de que apenas o leigo tem competência e poder necessários para reformular um sacerdócio sanitário que impõe uma medicina mórbida.

Trata-se de demonstrar que somente a ação política e jurídica pode deter essa calamidade pública contagiosa que é a invasão da medicina, quer se manifeste sob a forma de dependência pessoal quer apareça como medicalização da sociedade.

A cura da medicina é uma tarefa política e jurídica que se deve fundamentar na análise dos males sociológicos (2.a parte) e psicológicos produzidos pelos tratamentos profissionais. Este primeiro capítulo tem por objetivo apenas familiarizar o leitor com a avaliação técnica do ato médico e encorajá-lo a conquistar nesse campo uma competência que o seu médico, ainda que seja um grande medalhão, provavelmente não tem¹¹.

O que pretendo apresentar nele é um resumo sucinto de idéias, sugestões, hipóteses e explicações de uma literatura científica bem vasta, que abrange ciências sociais¹², história¹³, biologia¹⁴, demografia¹⁵ e medicina¹⁶. É uma literatura heterogênea e de

-
- 11 O leitor que desejar prosseguir pesquisas autônomas numa biblioteca médica não necessita de introdução às usuais. John B. Blake, Charles Koos, ed., *Medical reference works 1679-1966. A selected bibliography*, Chicago, Medical Library Association, 1967, e Mary Virginie Clark, *Medical reference works 1679-1960. A selective bibliography*, suplemento 1, Medical Library Association, Chicago, 1970, são, sem qualquer possível comparação, o que há de melhor para a literatura internacional e as referências dos manuais em uso de matérias auxiliares. — Para orientação geral do leitor, ver Genevieve Koest, "Sciences Médicales", em L.N. Malclès, *Les sources du travail bibliographique*, tomo III, cap. XII, p. 426-507, Genebra, Librairie Droz, 1958. — Ver também Leslie Morton, *A medical bibliography. An annotated checklist of texts illustrating the history of medicine*, 1970, e Leslie Morton, ed., *Use of medical literature. Information sources of research and development*. Butterworth, 1974.
- 12 John Powles, "On the limitations of modern medicine", em *Science, Medicine and Man*. vol. 1, p. 1-30, Grã-Bretanha, Pergamon Press, 1973, introdução crítica e sólida à literatura das ciências sociais que avalia o impacto da intervenção médica na evolução do estado de saúde (reproduzida na *Antologia CIDOC*, n.º A7). — Rick J. Carlson, *The end of medicine, a draft manuscript*, to be published by Wiley, Nova York, 1975. Carlson é jurista. Seu ensaio é um "dossiê de natureza teórica mas que repousa sobre bases empíricas". Em suas acusações à medicina americana restringiu-se aos aspectos para os quais dispunha de provas completas e verificáveis. Carlson participou de meus seminários e me ajudou muito a desenvolver os debates.
- 13 Gordon McLachlan, Thomas McKeown, eds., *Medical history and medical care: a symposium of perspectives*, Londres, Oxford University Press, 1971. pode servir de guia ao estudo histórico da relação entre a organização médica e o quadro de doenças.
- 14 Rene Dubos, *L'Homme et l'Adaptation au milieu*, Paris, Payot, 1973 (traduzido do inglês). Dubos é um pioneiro, tanto no tema de suas pesquisas como na forma bem documentada como transmitiu os resultados ao público.
- 15 *Population et Société*, boletim mensal de informações demográficas, econômicas e sociais. É uma anotação de informes, em forma sintética, publicada pelo Institut national d'études démographiques. O boletim reproduz resultados divulgados tanto em *Population et Société* como nas monografias do Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) consagradas a dados estatísticos sobre causas de óbitos definidas segundo critérios médicos. As informações são escolhidas pelos mesmos demógrafos que elaboram as estatísticas de mortalidade, e os comentários refletem seu julgamento sobre o significado e a validade desses resultados. Paul Damiani, "Notes sur les principales statistiques disponibles dans le domaine sanitaire et social", em *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, Ano 10, n.º 1, janeiro-março de 1970, p. 23-30, é um apanhado de publicações úteis ao planejador.
- 16 Gordon McLachlan, ed., *Porto olio for health. 2. The developing programme of the DHSS in health services research. Problems and progress in medical care*, published for the Nuffield Provincial Hospitals Trust by Oxford University

qualidade bastante desigual. Importa, porém, evidenciar a possibilidade de selecionar dentro dela um conjunto de trabalhos com incontestável valor científico, independentemente das teses subjacentes para as observações ou análises efetuadas. Podemos verificar, a propósito, que a literatura citada neste primeiro capítulo é essencialmente inglesa e norte-americana. Seria o cúmulo do narcisismo profissional interpretar a ausência de avaliações do ato médico francês, italiano, alemão ou soviético como índice de sua qualidade superior. Razões sobretudo históricas, políticas e jurídicas explicam que avaliações não tenham sido feitas fora da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos. Na França, a subordinação da pesquisa sobre a saúde pública a uma ideologia terapêutica triunfalista¹⁷ e a redução da medicina ao individual e ao tecnicismo que tudo invade são reforçadas pela organização centralizada das faculdades de medicina, pela ação preventiva introduzida com a lei que protege todo ato profissional e privado, pela estrutura de classe criada para a Ordem dos Médicos sob o regime de Vichy, pela forma sindical dos organismos que protegem os interesses dos *produtores de saúde* e pelo incontestável privilégio público dado à coalizão de interesses que ligam a medicina à indústria farmacêutica¹⁸; em conseqüência, a pesquisa crítica sobre o ato médico se estanca¹⁹, entrava-se a divulgação dos conhecimentos adquiridos²⁰, o público é privado do direito de acesso a informações contraditórias no campo da saúde²¹, e a contestação das ilusões

Press, Londres, Nova York. Toronto, 1973, aborda a pesquisa atual sobre a eficácia do sistema de tratamentos na Inglaterra.

17 Jean Bernard. *Grandeur et Tentations de la médecine*, Paris, BuchetChastel, 1973. — Catherine e Georges Mathé, *La santé est-elle au-dessus des nos moyens?*, Paris, Plon, 1970: bons exemplos disso.

18 Os boletins de publicidade dos laboratórios farmacêuticos na França têm o aspecto de uma suposta *imprensa médica*. São enviados com tarifa postal reduzida porque estritamente reservados a médicos.

19 O orçamento do Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) comporta bem uma linha inteira à epidemiologia e à saúde pública. Não identifiquei sequer um pesquisador em serviço que tivesse como principal tarefa o impacto global dos métodos de diagnóstico e terapêuticos em vigor sobre a saúde pública.

É preciso procurar com afinco para encontrar-se a pouca informação existente na França sobre a avaliação do ato médico segundo critérios epidemiológicos. Centre national de la recherche scientifique. "Génie biomédical et informatique biomédicale", em *Bulletin Signalétique* 310 (antes de 1972, incluído no *Bull.* 320), v. A. 05 ch. 05, informação biomédica, saúde pública, prevenção, exames de saúde, estatística sanitária e epidemiológica — Centre nationale de la recherche scientifique, "Eau et assainissement, pollution atmosphérique", em *Bulletin Signalétique* 885: começa em 1971; título a partir de 1973: *Nuisances. Section E. Droits des nuisances*.

20 Não existe na França publicação análoga ao *Physician Drug Manual* que dê informação correta sobre contra-indicações de medicamentos. — Albert la Verne, ed.. *Physicians' Drug Manual/PDM* (Congresso Internacional de Farmacologia), Nova York Physicians' Drug Manual, Inc., 17 East 82nd street, N.Y. 10028. — C. Heusghen. P. Lechat, *Les effis indésirables des médicaments*. Paris, Masson, 1973, 884 p.. 365 F, é o único manual recente, mas quase não encontra compradores. O *Vidal*, principal manual usado pelos médicos e farmacêuticos, compõe-se de anúncios publicitários redigidos pelos laboratórios sobre seus medicamentos, apresentados em ordem alfabética.

21 Henri Pradal, *Guide de les médicaments les plus courants*, Paris, Seuil, 1974, 8,50 F. Cinquenta e sete laboratórios ameaçaram mover uma ação contra a venda desse livro (onze deles o fizeram) e ele foi

difundidas pela empresa médica fica restrita a alguns pesquisadores isolados²², marginais²³ ou extravagantes.

Uma história duvidosa

A primeira dessas ilusões diz respeito à história das doenças²⁴. O estudo da evolução da estrutura da morbidade fornece a prova de que ela não foi mais afetada pelos médicos no último século²⁵ do que pelos sacerdotes em épocas precedentes. Epidemias vinham e iam: doutores e sacerdotes as conjuravam, mas nem uns nem outros podiam modificar o seu curso²⁶. Elas não foram alteradas de maneira mais notável pelos rituais da clínica médica do que pelos costumeiros exorcismos ao pé dos altares religiosos²⁷. Seria útil que o debate sobre o futuro da instituição médica começasse pelo reconhecimento desse fato.

Desde o começo do século XVIII a criança francesa tem uma esperança de vida superior à de seus pais²⁸. A diferença de geração para geração se acentua mais entre 1899 e 1920. Durante esse curto período e uni pouco em toda parte, cada ano acrescenta, para o nascituro, o suplemento de algumas semanas de probabilidade de sobrevivência. Durante o último meio século essa diferença se reduziu.

retirado do comércio duas vezes em seguida a uma ordem judicial, numa liminar de mandado de segurança.

22 J.-P. Dupuy, J. Ferry, S. Karsenty, G. Worms, *La consommation de médicaments*. Paris, CEREBE, setembro de 1971.

23 Michèle Manceau, *Les Femmes äe Gennevilliers*, Paris, Mercure de France, 1974. — Comité d'Action Santé, *Hôpital-silence-répression*. Paris, F. Maspero, 1968, dá uma boa idéia sobre o pensamento radical típico de 1968.

24 Erwin Heinz Ackerknecht, *Therapie von den Primitiven bis zum 20 Jh mit einem Anhang: Geschichte der Diätetik*, Stuttgart, Enke Verlag, 1960, história da terapia e da sua eficácia. — Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes*. In seinen Hauptzügen dargestellt. 2. erw. Aufl. Wien, Maudrich, 1947, em *Wiener Beitrage zur Geschichte der Medizin*, Band 1, história do conceito de doença.

25 John Powles, *Health and industrialisation in Britain; the interaction of substantive and ideological change*, preparado para o colóquio sobre Adaptabilidade do Homem à Vida Urbana, I Congresso Mundial sobre Ambiente Médico e Biológico, Paris, 1 a 5 de julho de 1974.

26 Sobre a história das utopias médicas, ver Heinrich Schipperges, *Utopien der Medizin: Geschichte und Kritik der ärztlichen Ideologia des 19. Jh*, Salzburg, Otto Muller Verlag, 1966. Algumas idéias provocadoras sobre o clericalismo médico: "Cléricalisme de la fonction médicale? Médecine et politique. Le sacerdote médical. La relation thérapeutique. Psychanalyse et christianisme", em *Le Semeur*; em suplemento, *Le Mini-Semeur*, n.º 2, em *Le Semeur*, Ano 65, n.º 5, nova série, n.º especial, 1966-1967.

27 René Dubos. *Le mirage de la santé*, tradução do inglês, prefácio de André Maurois, Paris. Denoëll, coleção "Essais", 1961, 256 p., utiliza essa analogia; foi ele quem lançou a idéia de que o esforço industrial para o "progresso da saúde" constitui doença infecciosa da qual a profissão médica é o agente patogênico.

28 Daniel Noin, *La géographie démographique de la France*, Paris, PUF, 1973. — J. Vallin. *La mortalité en France par tranches depuis 1899*. Paris, PUF.

Para alguns povos altamente industrializados, ela desapareceu. Os jovens de hoje têm motivo para temer que não durarão tanto quanto seus ancestrais. Agora se morre ao nascer, ou pela violência, ou pela degenerescência. Mais da metade dos que encontram a morte antes da idade de 25 anos é vítima de acidentes, desejados ou não, durante a gestação ou no parto²⁹, e mais de um quarto morre de acidentes³⁰, agressões ou suicídios.

Seria grave erro explicar essas mudanças nas taxas de mortalidade globais pelo progresso global da eficácia do ato médico. A variação entre a esperança de vida de sucessivas gerações aparece no Ancien Regime sem que no entanto tenham ocorrido na época progressos terapêuticos notórios. Amplia-se com a revolução pasteuriana e desaparece bem antes do surgimento recente do arsenal do médico contemporâneo.

Deve-se admitir então que a soma de gratificações que cada médico sente quando está convicto de ter *salvado* um indivíduo em perigo de morte não tem reflexo significativo ao nível de análise dos fatos demográficos gerais. Em outros termos, os indicadores parciais que servem à apreciação da eficácia dos atos médicos específicos não são utilizáveis como indicador global³¹.

As moléstias infecciosas que dominaram o nascimento da era industrial ilustram a maneira como a medicina fez sua reputação. A tuberculose, por exemplo, atingiu o apogeu em duas gerações. Em Nova York, a taxa de mortalidade era da ordem de 700 para 100.000

29 P. Longone, "Mortalité et morbidité", em *Population et Societé*, boletim mensal de informações demográficas, econômicas e sociais, n.º 43, janeiro de 1972: em todos os países europeus a taxa de mortalidade perinatal (correspondente ao período que abrange desde o 6.º mês da gravidez ao 6.º mês depois do nascimento) é superior à taxa de mortalidade de todas as outras idades inferiores a 30 anos.

30 P. Longone, "Les maux de la richesse. Morts violentes et surmortalité masculine", em *Population et Societé*, boletim mensal de informações demográficas, econômicas e sociais, n.º 11, fevereiro de 1969; e P. Longone, "La surmortalité masculine", em *Population et Societé*, n.º 59, junho de 1973: os acidentes automobilísticos na França são responsáveis por 66% da mortalidade masculina e 39% da mortalidade feminina para as idades compreendidas entre 15 e 34 anos; de 50% da mortalidade dos meninos entre 5 e 14 anos, de 33% da mortalidade dos dois sexos entre 1 e 4 anos.

31 J.-P. Dupuy, A. Letourmy. *Déterminants et Colûts sociaux de l'innovation en rnatière de santé*, relatório QCDE, 1974, passam em revista os diversos fatores que explicam por que um conjunto de ações médicas tendo cada uma eficácia num indicador específico pode ter apenas efeito muito fraco num indicador global. Um dos mais importantes é a progressiva especialização da medicina. Ela faz com que cada vez sejam levadas em menor conta as interdependências entre os indicadores específicos. Os hiperespecialistas médicos se valem de indicadores com tais resultados que se sentem seguros de estar agindo com eficácia. Há, assim, poucas probabilidades para que o efeito de tal indicador se traduza em nível de indicador mais global da saúde.
E. Desanti, *Médecine sociale*, Maloine 1967, 402 p.: história da aferição da morbidade que mostra a influência da qualidade da coleta da informação e da ideologia do médico. A frequência de uma doença nas estatísticas reflete mais a atividade médica a que se aplica do que um estado de saúde que teria sentido fora da visão dos autores sociais. Ver também J. N. Morris, *Uses of epidemiology*, 2.a ed., Livingstone. Edimbourg, Londres, 1964: sobre a maneira como cada civilização cria suas próprias doenças.

em 1812, e baixou para 370 por volta de 1882 — quando Koch estava ainda se preparando para cultivar e colorir o primeiro bacilo. Mesmo que a tuberculose mantivesse sempre o segundo lugar entre as causas de óbito, a sua taxa já havia caído para 180 quando foi aberto o primeiro sanatório, em 1904. Depois da Segunda Guerra Mundial, antes do emprego dos antibióticos, havia passado para 11.º lugar, com taxa de 48 para 100.000³². Cólera, disenteria e tifo conheceram seu máximo da mesma forma e em seguida desapareceram, independentemente da ação médica. Quando a etiologia dessas moléstias foi compreendida e lhes foi aplicada terapêutica específica, elas já tinham perdido muito de sua atualidade³³. Adicionando-lhes as taxas de mortalidade da escarlatina, da difteria, da coqueluche e da varíola de 1860 a 1965, em crianças com menos de 15 anos, mostra-se que quase 90% da diminuição total da mortalidade durante esse período ocorreu antes da introdução dos antibióticos e da imunização em grande escala contra a difteria³⁴. É possível que a explicação se deva em parte à queda de virulência dos microrganismos e à melhoria das condições de habitação, mas ela reside sobretudo, e de maneira muito nítida, numa maior resistência individual, devida à melhoria da nutrição. Hoje, nos países pobres, a diarreia e as infecções das vias respiratórias superiores são mais freqüentes, duram mais tempo e resultam em mortalidade mais elevada quando a alimentação é insuficiente, seja qual for o grau de cuidados médicos disponíveis³⁵. É bem certo que a eliminação das antigas causas de mortalidade não pode ser posta no ativo da ação profissional dos médicos³⁶, como também não se pode jogar em seu passivo o alongamento de uma vida que deverá ser passada com o sofrimento de novas doenças.

32 R. Dubos, J. Dubos, *The white plague*. Boston, Little Brown, 1952. — H. Huebschmann. *Psyche und Tuberkulose*, Stuttgart. Enke Verlag, 1952, p. 268-284: a bibliografia do autor constitui um guia para o estudo dos fatores psíquicos que entram na etiologia da tuberculose e de suas determinantes sociais.

33 René Dubos, *L'Homme et l'Adaptation au milieu*. *op. cit.*: mais especialmente no capítulo 7, sobre a evolução das doenças microbianas, e a bibliografia deste capítulo.

34 R. R. Porter, *The contribution of the biological and medical sciences to human welfare*. Presidential addresses of the British Association for the Advancement of Science, Swansea meeting. 1971, publicado pela Associação, 1972, 95 p.

35 N. S. Scrimshaw, C. E. Taylor, John E. Gordon, *Interactions of nutrition and infection*, Organização Mundial de Saúde (OMS), Genebra, 1968.

36 Warren Winkelstein. Jr., "Epidemiological considerations underlying the allocation of health and disease care resources", em *International Journal of Epidemiology*. vol. 1, n.º 1, Oxford University Press, 1972, p. 69-74. dá a comprovação; frisa que os médicos ingleses da metade do século XIX já viam no meio ambiente uma das maiores determinantes do estado de saúde de toda a população; refere-se sobretudo a E. Chadwick, 1842, e L. Schattuck, 1850. — *International Journal of Epidemiology*, Oxford University Press, trimestral, vol. 1. n.º 1, primavera de 1972. Ver também J. P. Frank, *Akademische Rede vom Volkseleid als der Mutter der Krankheiten* (Pavia 1790). Leipzig, Barth, 1960.

A análise das tendências da morbidade³⁷ mostra que o meio (noção que inclui o modo de vida) é a *primeira* determinante do estado de saúde global de qualquer população³⁸. A alimentação, as condições de habitação e de trabalho, a coesão do tecido social e os mecanismos culturais que permitem estabilizar a população desempenham papel decisivo na determinação do estado de saúde dos adultos e da idade em que têm probabilidade de morrer³⁹.

Justamente quando as antigas formas patológicas tendem a desaparecer, com as transformações da idade industrial, surgem novas formas de morbidade. De novo é o regime alimentar que volta a ser prioritário na determinação do tipo de moléstias correntes, sobretudo se nele incluímos o consumo do tabaco, do álcool e do açúcar. Novo tipo de má nutrição está em via de tomar forma de epidemia moderna,

37 Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Rapport sur l'état de Santé de la population française*. Estudos particulares, 1972, contém todas as informações necessárias que permitem a um aluno de curso primário preparar um relatório para a nação francesa análogo ao Relatório Lalonde (ver nota 3). Contudo, esse excelente documento, em seu presente estado, não serve ao debate público.

38 François Lebrun. *Les Hommes et la Mort en Anjou aux XVIIe et XVIII siècles. Essai de démographie et de psychologie historiques*, Paris. Mouton, 1971, belíssimo estudo que acentua a importância dos fatores econômicos e sociológicos para o nível de saúde. Ver também G. Melvyn Howe, *Man, environment and disease: a medical geography of Britain through the ages*, Nova Iorque. Barnes and Nobles Books, 1972.

39 F. Fagnani. Santé, consommation médicale et environnement. Problèmes Pt méthoães, Saint-Nizier-Grenoble. 12-15 de dezembro de 1972, Paris, Mouton, 1973. Encontramos justificações. estatísticas ou não, da tese de que o meio físico e social, nele compreendido o modo de vida, abstraídas as intervenções médicas específicas sobre grupos e em indivíduos. é a principal determinante da mortalidade global de uma população, em Alain Letourmy, François Gibert, Santé, environnement. consommations médicales. Un modele et son estimation à partir des données de mortalité, relatório principal, Paris, CEREBE, junho de 1974. Eles mostram que as diferenças de mortalidade entre departamentos franceses se explicam essencialmente pelas diferenças dos modos de vida, particularmente quanto ao alcoolismo e o tipo de alimentação. O consumo de cuidados tem influência quase nula. Em contrapartida, o nível de consumo médico é perfeitamente explicado pela densidade médica e totalmente sensível à sua variação. O aumento de 10% da densidade médica num departamento provoca baixa de somente 0,3% da mortalidade e mais um aumento de 6% das consultas e visitas. Ao contrário, uma redução de 10% do consumo de álcool baixa a mortalidade em 1,8%, e uma redução de 10% do consumo de lipídios baixa essa mesma mortalidade em 2,5%. — Richard Auster, et al., "The production of health, an exploratory study", em *Journal of Human Resources*, 4, outono de 1969, p. 411-436: como Letourmy, sobre os Estados norte-americanos. Gibert, no caso da França, estuda a relação entre mortalidade de um lado e consumos médicos e meio ambiente de outro. Num dado consumo médico e educacional, as altas rendas estão associadas à forte mortalidade. A razão disso está provavelmente no modo de vida: má alimentação, falta de exercícios, tensão psicológica, etc. — L. Lebart, Recherches sur le coût de protection de la vie humaine dans le domaine médical, relatório CREDOC, junho de 1970. — Reuel A. Stallones. Environnement. Ecologie et Epidémiologie (resumo do texto da quarta conferência do Ciclo de Conferências Científicas OPAS/OMS, Washington, 30 de setembro de 1971), mostra que existe uma forte correlação positiva entre a densidade dos médicos e a incidência das doenças coronarianas, enquanto essa correlação é acentuadamente negativa com relação a doenças vasculares ligadas ao sistema nervoso central. Frisa que, daí, nada se pode concluir sobre possível influência dos médicos em umas ou outras. A morbidade e mortalidade fazem parte integrante da condição humana e são independentes dos esforços feitos para curar essa ou aquela doença específica. — Delpit-Morando, Radenac, Vilain, "Disparités régionales en matière de santé", *Bulletin de Statistique du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale*, n.º 3, 1973, — Jean-Paul Desaiave, et al., Médecins, climat et épidémies à la fin du XVIIIe siècle, Paris, Mouton, 1973, 254 p. — John Powles, Prospects for health in rich and poor countries, Staff discussion document, abril de 1974, 9 p. mimeograf. — Lester B. Lave, Eugene P. Seskin, "Air pollution and human health", em *Science*, vol. 169, n.º 3947, 21 de agosto de 1970, p. 723-733. — M. J. Gardner, "Using the environment to explain and predict mortality", em *J. R. Statist. Social*, 136, parte 3, 1973, p. 421-440. "La mort prématurée et la morbidité dues aux maladies chroniques sont en train de faire de grands ravages dans les catégories les plus jeunes de la population."

com taxa de crescimento particularmente rápida. Um terço da humanidade sobrevive em nível de subalimentação, que antes teria sido letal, enquanto mais e mais indivíduos absorvem, nos alimentos, tóxicos e mutagênicos⁴⁰.

A ação destruidora do homem sobre o meio intensificou-se paralelamente aos pretendidos progressos da medicina. A poluição da natureza pela indústria química ocorreu junto com a suposta crescente eficácia dos medicamentos; a má nutrição moderna, junto com o progresso da ciência dietética.

A atividade de saneamento pode ser considerada a segunda determinante do estado de saúde global de uma população, muito menos importante, porém, que o nível e a qualidade da alimentação e da habitação, a estabilidade cultural e as condições de trabalho já mencionadas. Nessa categoria, é preciso distinguir dois tipos de inovações surgidas no século XIX. Há, antes de tudo, transformações da cultura popular que, hoje, fazem parte do comportamento geral da população e que por si só podem explicar, em parte muito grande, o impacto global das técnicas sanitárias sobre a baixa da mortalidade. O tratamento das águas⁴¹, a fossa séptica⁴², o uso do sabão⁴³ e de

40 Até agora, a fome e a má nutrição no mundo aumentaram com o desenvolvimento industrial. Marshall Sahlins. *Stone age economics*, Chicago, Aldine-Atherton. 1972, p. 23. "(...) Um terço ou talvez a metade da humanidade vai dormir à noite com fome. Na Idade da Pedra, a proporção devia ser bem menor. Nossa era é de uma fome sem precedentes. Hoje, numa época em que o poderio técnico é maior do que nunca, a fome se tornou uma instituição." — Adele Davis, *Let's eat right to keep/-it*, Rev. and updated ed., Nova York, Harcourt Brace, 1970, bem documentado relatório sobre o declínio da qualidade da alimentação nos Estados Unidos com o progresso da industrialização, e as suas conseqüências sobre o estado de saúde da população americana. — Ruth Mulvey Harmer. *Unfit for human consumption*, Prentice-Hall, 1971, 374 p., afirma que a Organização Mundial-de Saúde tem interesse na continuação do uso de pesticidas tóxicos ao lado de seus programas de saúde pública. — Harrison Wellford, *Sowing the wind*, relatório para o Ralph Nader's Center for Study of Responsive Law on Food Safety e o Chemical Harvest; introdução de Ralph Nader sobre a concentração de pesticidas nos alimentos comuns. O mau uso dos pesticidas ameaça mais o homem do campo do que os habitantes das cidades, destrói sua saúde, eleva os custos de produção e a longo prazo tende a fazer baixar a produção. A documentação sobre o perigo representado pelas micotoxinas é muito menos rica. Trata-se de subprodutos de microrganismos que se desenvolvem inevitavelmente quando alimentos são produzidos em quantidades industriais. — Arturo Aldama (CIDOC, Apartado 479, Cuernavaca, México) está estudando os aspectos endêmicos da micotoxicose secundária. — Ver também Gérald Messadié, *L'Alimentation suicide. Les dangers réels et imaginaires des produits chimiques dans notre alimentation*, Paris, Fayard, 1973.

41 Guy Thuillier, "Pour une histoire régionale de l'eau en Nivernais au XIXe siècle", em *Annales*, 23.º ano, n.º 1, janeiro-fevereiro 1968, p. 49 ff.

42 Guy Thuillier, "Pour une histoire de l'hygiène corporelle. Un exemple régional: le Nivernais". em *Revue d'Histoire économique et sociale*, 46, 2, 1968, p. 232-253. — Lawrence Wright. *Clean and decent. The fascinating history of the bathroom and the water closet and of sundry habits, fashions and accessories of the toilet. principally in Great Britain. France and America*. Toronto, University. of Toronto Press, 1967.

43 Erwin H. Ackerknecht, "Hygiene en France, 1815-1848". em *Bull. Hist. Méd.*, 22, 117-155, 1948. — Guy Thuillier, "Pour une histoire de la lessive au XIXe siècle", em *Annales*. Ano 24, n.º 2, 1969, p. 355-390.

tesouras pelas parteiras⁴⁴ (esta última inovação foi a única introduzida pelos médicos) são três procedimentos cujo impacto global é certamente superior ao do conjunto das atividades sanitárias que em geral ainda exigem a intervenção do especialista. Se acrescentarmos o emprego não profissional de alguns bactericidas, inseticidas e pesticidas, a ventilação dos quartos, a limpeza freqüente, a água purificada, a ação sanitária que continua domínio reservado dos profissionais mostra efeito bastante secundário.

Entre as técnicas desenvolvidas pelos médicos e incorporadas à cultura popular, deve-se dar lugar privilegiado aos métodos de limitação da natalidade. Trata-se de técnicas que os médicos foram aparentemente os primeiros a utilizar na vida privada, ainda no período em que as associações médicas se opunham explicitamente ao seu emprego por parte da população⁴⁵. Se técnicas similares, embora talvez mais artesanais, utilizadas com sucesso várias gerações antes, nas relações extramaritais, não tivessem se estendido às relações maritais em vastas camadas sociais da Europa⁴⁶, a superpopulação teria tornado impossível as baixas de mortalidade registradas durante o século XVIII graças às melhorias trazidas ao regime alimentar⁴⁷.

É apenas em um terceiro lugar que se deve situar o impacto do ato médico sobre a saúde global. Contrariamente ao meio e às técnicas sanitárias não profissionais, os tratamentos médicos *consumidos* por uma população são uma pequena parte e jamais ligada

44 Morton Thompson. *Tu enfanteras dans la souffrance*, Paris, Presses de la Cite, 1967. bom romance histórico que tem como herói o Dr. Ignaz P. Semmelweis (1818-1865).

45 J. A. Banks, *Family planning and birth control in Victorian times*, documento lido na Segunda Conferência Anual, Society for the History of Medicine, Leister Univ., 1972.

46 J.-L. Flandrin, "Contraception, manage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien", em *Annales. Economies, Sociétés. Civilisations* (24) 6, novem- bro-dezembro de 1969, p. 1370-1390, é um esforço para retomar a pesquisa e mostra a insuficiência das idéias admitidas até agora. Sob pena de heresia, a contracepção não podia ser visada senão fora do casamento. Sob pena de escândalo, as relações ilegítimas deviam ser estéreis. As estatísticas demográficas, no atual estado das pesquisas quanto aos séculos XVII e XVIII na França, de fato, não apontam praticamente a contracepção dentro do casamento, mas sim uma taxa muito baixa de nascimentos ilegítimos. O fato novo que aparece no século XIX é o nivelamento do comportamento dentro e fora do matrimônio. E provável que o uso eficaz da contracepção só tenha se generalizado nas famílias camponesas pertencentes a lares suficientemente confortáveis onde os riscos de mortalidade infantil diminuiram. — M. Leridon. "Fécondité et mortalité infantile dans trois villages bavaoises. Une analyse de données individualisées du XIXe siècle", em *Population*. 5, 1969, p. 997-1002. — Ver também John Thomas Noonan. *Contraception et manage. Evolution ou contradiction dans la pensée de l'Eglise, tradução do inglês por Marcelle Jossua (Contraception: a history of the treatment by the catholic theologians and canonists)*, Paris, Cerf, 1969.

47 Para a metodologia da pesquisa sobre a história da alimentação: Guy Thuillier. "Notes sur les sources de l'histoire régionale de l'alimentation au XIXe siècle", em *Annales*, 23, 6, novembro-dezembro de 1968, p. 1301-1319, e Guy Thuillier, "Au XIXe siècle: l'alimentation en Nivernais", em *Annales*, 20, 6, novembro-dezembro de 1965, p. 1163-1184. — Hans J. Teuteberg, Günter Wiegelmann, *Der Wandel der Nahrungsgewohnheiten unter dem Einfluss der Industrialisierung*, Gdtingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1972, trata do impacto da industrialização sobre a quantidade, qualidade e distribuição dos alimentos. Bibliografia muito boa mas mal organizada.

significativamente à redução do peso da morbidade ou ao prolongamento da esperança de vida⁴⁸. Nem a proporção de médicos numa população, nem os meios clínicos de que esta dispõe, nem o número de leitos hospitalares ocasionam mudança profunda das estruturas globais da morbidade. As novas técnicas de que se dispõe para reconhecer e tratar condições tão perniciosas como a anemia e a hipertensão, ou para corrigir as malformações congênitas, graças a intervenções cirúrgicas, redefinem a morbidade mas não a reduzem. O fato de existirem mais médicos onde certas moléstias se tornaram raras tem pouco a ver com a capacidade destes de tratá-las ou de eliminá-las⁴⁹. A primeira vista isso significa simplesmente que os médicos se instalam segundo suas inclinações — mais facilmente que outros profissionais — e que têm a tendência de se concentrarem onde o clima é sadio, a água pura e as pessoas trabalham e podem pagar seus serviços.

Lamentável realidade

Um aparelho técnico imposto, aliado a uma burocracia *igualitária*, criou a perigosa ilusão de uma correlação *natural* entre a intensidade do ato médico e a freqüência das curas. Essa hipótese, que apesar de tudo é o alicerce da prática médica contemporânea, jamais foi provada cientificamente. Muito ao contrário, temos todo o motivo para pensar que está errada. Por exemplo, o conjunto de estudos feitos para avaliar a eficácia do ato médico na redução da morbidade ou da mortalidade de pacientes afetados por patologias específicas forneceu resultados surpreendentes. Quanto mais o ato exige a intervenção do especialista ou de uma infra-estrutura dispendiosa, maiores são as probabilidades:

1. de que a esperança de vida do paciente submetido ao tratamento não será modificada pelo ato;
2. de que o período de invalidez do paciente aumentará, e
3. de que o paciente terá necessidade de tratamentos adicionais

48 A. Letourmy, F. Gibert, *op. cit.* — R. Auster, *et al.*, *op. cit.* — Charles T. Stewart. Jr., "Allocation of resources to health", em *The Journal of Human Resources*, VI, I. 1971, classifica os recursos que são consagrados à saúde em despesas de tratamento, de prevenção, de informação e de pesquisa. Em todas as nações do hemisfério ocidental, a prevenção (água potável) e a educação são significativamente correlatas com a esperança de vida. Não é o caso das variáveis que pertencem à categoria *tratamento*.

49 Reuel A. Stallones, *op. cit.* — Ver também Organização Mundial de Saúde, "The urban and rural distribution of medical manpower", em *World Health Organization Chronicle*, 22: 100-104, n.º 3, março de 1968.

para ajudá-lo a suportar os danos, mutilações, angústias e dores provocados pela intervenção médica⁵⁰.

Pode-se dizer, de um modo geral, que o conjunto de métodos de diagnóstico e terapêuticos introduzidos durante as duas últimas gerações cuja eficácia seja comprovadamente superior à dos tratamentos tradicionais constitui pequeno número, é de baixo custo e de aplicação muito simples. Não obstante, a maior parte da despesa médica é destinada a diagnósticos e tratamentos cujo benefício para o paciente é nulo ou duvidoso, porque o seu efeito, em caso de sucesso, é mudar a patologia, freqüentemente prolongando e intensificando o sofrimento⁵¹.

Para ilustrar esse ponto, farei uma distinção entre doenças infecciosas e não-infecciosas. É impossível contestar a eficácia da intervenção dos médicos na cura das primeiras. Pode-se apenas indagar se o médico é ainda necessário para a realização dos atos que lhe correspondem⁵².

A vacinação praticamente varreu a poliomielite dos países ricos. As vacinas, provavelmente, deram também alguma contribuição à diminuição da coqueluche, da varíola e do tétano. A quimioterapia e a antibioticoterapia desempenharam significativo papel no controle da pneumonia, da gonorréia e da sífilis. Os óbitos devidos à pneumonia, outrora ponderável causa de morte na velhice, diminuíram de 5 a 8% depois que apareceram no mercado as sulfamidas e antibióticos. Os casos de malária, tifo, sífilis e boubas podem ser facilmente curados. É um belo progresso, ainda que muitas vezes seja impossível aplicar a terapêutica adequada por se estar preso a obstáculos técnicos e econômicos, à negligência e aos tabus, e sobretudo ao monopólio médico. O tratamento dessas infecções poderia tornar-se bem mais

50 A. L. Cochrane, *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust. 1972: trabalho modelar de valor internacional no que diz respeito ao uso da informação sobre o julgamento técnico da eficácia do ato médico dentro de uma crítica política de sua eficácia social. A conjunção de três fatores torna muito difícil um estudo equivalente fora da Grã-Bretanha: 1) a avaliação se baseia em duas décadas de funcionamento do National Health Service; 2) a crítica é alimentada por uma tradição empírica tipicamente britânica; 3) o estilo claro, austero, brilhante e cheio de humor é dificilmente traduzível. — Ver também, como exemplo, F. Fagnani, "Secours d'urgence. Application de la recherche opérationnelle á un problème de santé publique, les secours d'urgence", em *Colloque international de recherche opérationnelle*. Dublin, 1972. Ross ed. North Holland, Elsevier.

51 Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, "Les problèmes de la decision en matière de santé", em *Economic et Santé*, suplemento do *Bulletin des statistiques de santé et de sécurité sociale*. n.º 3, setembro de 1973: atualiza sobre o estágio dos debates desse tema na França. — Para a bibliografia sobre a fronteira entre a biologia, a ética e a política no domínio médico. Sharmon Sollito, Robert M. Veatch, *Bibliography of society, ethics and the life sciences*. Hudson, Nova York, The Hastings Center, 1973.

52 Rene Dubos, *L'Homme et l'Adaptation au milieu*, op. cit. (bibliografia do capítulo 7).

eficaz na medida em que fosse desprofissionalizado e passasse a ser parte da cultura higiênica popular.

Mesmo levando-se em conta essas limitações, é certo, ao menos por ora, que o impacto dos tratamentos médicos dessas infecções fortalece a crença popular em um *progresso* da medicina. Isso continua verdadeiro mesmo que para a maior parte das outras infecções a medicina possa mostrar resultados semelhantes e mesmo que os sucessos observados ao nível de casos individuais estejam longe de se refletir nas estatísticas globais. O tratamento medicamentoso das infecções individuais reduziu a mortalidade devida à tuberculose, ao tétano, à difteria e à escarlatina. Mas na baixa total da mortalidade ou da morbidade relativas a essas doenças, o medicamento moderno teve pequeno efeito, talvez nem mesmo significativo. A malária, a leishmaniose e a doença do sono se retraíram algum tempo com o ataque de produtos químicos, mas estão agora em plena recrudescência nos países do Terceiro Mundo. Essa reativação⁵³ é conseqüência do desenvolvimento dos transportes, das redes de energia, da urbanização, mas, também, da evolução de vetores resistentes. Da mesma forma, a freqüência crescente das infecções venéreas se deve a novos costumes e não a tratamentos ineficazes. Recrudescimentos e recidivas continuam a ser fenômenos extramédicos.

A eficácia da intervenção médica na luta contra as doenças não-infecciosas é ainda mais duvidosa. Apenas em alguns tratamentos específicos foi demonstrado efetivo progresso. A prevenção parcial das cáries dentárias pela fluoração da água é possível, embora os efeitos finais da absorção regular do flúor sejam mal conhecidos. Maior número de pessoas sobrevive aos grandes traumatismos de acidentes e de intervenções cirúrgicas. Uma terapêutica de substituição reduz, a curto prazo, os efeitos diretos do diabetes⁵⁴. Os tratamentos de um tipo de câncer de pele e o da doença de Hutchison são eficazes. Faltam-nos provas claras da eficácia do tratamento de uma dúzia de

53 Charles C. Hughes, John M. Hunter, "Disease and *development in Africa*". em *Social Science and Medicine*, vol. 3, n.º 4, 1970, p. 443-488, analisam a literatura sobre o recrudescimento de doenças infecciosas que haviam desaparecido e reaparecem como conseqüência dos programas de desenvolvimento, particularmente na África tropical.

54 Universities Group Diabetes Program, "A study of the effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes. II: Mortality results, 1970". em *Diabetes*, 19, suplemento 2. — G. L. Knatterud, C. L. Meinert, C. R. Klimt, R. K. Osborne. D. B. Martin, "Effects of hypoglycemic agents on vascular complications in patients with adult onset diabetes, 1971", em *Journal of the American Medical Association*, 217, 6, 777: nos diabéticos não dependentes da insulina, a aplicação de um regime rigoroso permite taxas de sobrevivência superiores às observadas nos doentes tratados com as sulfamidas hipoglicemiantes e as biguanidas.

outros tipos de cânceres freqüentes⁵⁵.

O câncer da mama é a forma de câncer mais comum. A taxa de sobrevivência de cinco anos, no caso, é aproximadamente de 50%, independente dos gastos com médicos ou do tipo de tratamento aplicado⁵⁶. Não foi demonstrado que essa taxa seja diferente nos cânceres não tratados⁵⁷ ou que, no conjunto, os tratamentos com intenção *curativa* tenham tornado o estágio terminal menos penoso. Embora os cancerologistas tendam a insistir na importância da prevenção e do tratamento precoce desse e de vários outros tipos de câncer, os epidemiologistas são incapazes de provar que a intervenção precoce altera a taxa de sobrevivência⁵⁸. A intervenção precoce no câncer do colo do útero aumenta de modo significativo mas não muito importante a taxa de sobrevivência de cinco anos. Para obter este resultado são necessários vários exames preventivos por ano, procedimento que parece inaceitável a certas mulheres. A prevenção revela-se de qualquer modo estatisticamente inútil, porque justamente as pessoas que não vão regularmente ao consultório são as que apresentam riscos mais elevados⁵⁹. Ainda mais nítida é a situação no caso do câncer de pulmão, o mais freqüente nos homens. As acrobacias publicitárias dos cirurgiões, que são qualificadas reverentemente de *milagres* médicos, traduzem-se, durante esses últimos vinte anos, numa considerável multiplicidade de intervenções e de episódios diversos tendo sempre a mesma conclusão: mais despesas e mais sofrimentos novos sem qualquer efeito sobre a taxa de sobrevivência⁶⁰. Estudo recente indica que os médicos que descobrem no próprio organismo sintomas do câncer retardam — mais que outros

55 N.E. McKinnon, "The effects of control programs on cancer mortality", em *Canadian Medical Association Journal*, 82, 25 de junho de 1960, P. 1308-1312. — E. C. Easson, H. M. Russel, *The curability of cancer in various sites*. Londres, Pitman Medical Publishing. 1968.

56 Breast Cancer Symposium, "Points in the practical management of breast cancer" (1969). em *Breast Journal Surg.*, 56, 782. -- R. W. Scarff. "Prognosis in carcinoma of the breast", em *Br. J. Radiol.*, 21, 594-596, 1948.

57 Edwin F. Lewison, "An appraisal of long term results in surgical treatment of breast cancer", em *Journal of the American Medical Association*, 186, 14 de dezembro de 1963, 975-978. — H. J. G. Bloom, "The influence of delay on the natural history and prognosis of breast cancer", em *Br. J. Cancer*, 19, 1965, p. 228: o prognóstico depende muito mais das características do tumor que do estágio que é feito o diagnóstico ou do tipo de tratamento.

58 Robert Sutherland. *Cancer: the significance of delay*, Londres, Butterworth and Cy., 1960, p. 196-202. — Hedley Atkins, et al.. "Treatment of early breast cancer: a report after ten years of clinical trial", em *British Medical Journal*, 1972, 2, p. 423-429 e 417.

59 F. Fagnani, *Etude sur la prévention du cancer*. INSERM, 1972 (a aparecer em *La Chronique OMS* de 1975).

60 L. M. Axtell. S. J. Cutler, M. M. Myers. ed., *End results in cancer*, relatório n.º 4, U. S. Department of Health Education and Welfare Publication, 1972 (NIH) 73-272. — S. J. Cutler, H. W. Heise, "Long-term end results of treatment of cancer", em *Journal of American Medical Association* 72, 1971, vol. 216, n.º 2. p. 293297.

profissionais do mesmo nível de educação — o recurso ao diagnóstico e ao tratamento profissionais: estão bem conscientes do seu valor sobretudo ritual⁶¹. Em relação às doenças cardíacas congênitas e de origem reumática, a cirurgia e a quimioterapia não aumentaram as chances de voltar a uma vida ativa, a não ser para certas categorias restritas dos que sofrem dessas afecções⁶². O tratamento médico das doenças cardiovasculares comuns⁶³ e das doenças cardíacas⁶⁴ tem uma eficácia global muito limitada. O tratamento intensivo do infarto do miocárdio nos serviços hospitalares especializados revelou-se menos eficaz que o tratamento a domicílio⁶⁵. O tratamento medicamentoso da hipertensão arterial é eficaz nos casos que não têm origem em algum fator mórbido pernicioso, e pode fazer muito mal quando se aplica noutras condições⁶⁶. A grande propaganda internacional feita no início de 1975 para regular a pressão arterial de populações inteiras através da intervenção médica parece irresponsável. "Quais são os efeitos do tratamento? Atualmente, não é possível responder senão relativamente à morbidade a curto prazo da hipertensão severa bem tratada. Não há suficientes dados disponíveis sobre a mortalidade ou morbidade a longo prazo, nem sobre os efeitos do tratamento na hipertensão moderada, discreta ou lábil. (...) Não existe qualquer critério, antes de aparecerem complicações, que permita avaliar o prognóstico e, conseqüentemente, selecionar as pessoas suscetíveis de se beneficiarem do tratamento (...) Certos efeitos secundários incômodos de determinadas drogas são conhecidos, mas os inconvenientes a longo prazo desses tratamentos estão muito mal avaliados e, como sempre, são difíceis de prever. Seguramente, eles não são negligenciáveis e devem ser postos na

61 Barbara Blackwell, "The literature of delay in seeking medical care for chronic illnesses", em *Health education monograph*, n.º 16, São Francisco, Society of Public Health Education Inc., 1973; guia para o conjunto de literatura que trata do tempo decorrido entre a aparição dos sintomas, seu diagnóstico e a intervenção.

62 Ann G. Kutner, "Current status of steroid therapy in rheumatic fever", em *American Heart Journal*, 70, agosto de 1965. p. 147-149. — The Rheumatic fever working party of the medical research council of Great Britain and the subcommittee of principal investigators of the American Council on rheumatic fever and congenital heart disease, American Heart Association, "Treatment of acute rheumatic fever in children: a cooperative clinical trial of ACTH, cortisone and aspirin", em *British Medical Journal*, 1, 1955. p. 555-574.

63 Harvey D. Cain, *et al.*. "Current therapy of cardiovascular disease", em *Geriatrics*, 18 de julho de 1963, p. 507-518. — Albert N. Brest, "Treatment of coronary occlusive disease: critical review", em *Disease of the Chest*, 45, janeiro de 1964, p. 40-45.

64 Malcolm I. Lindsay, Ralph E. Spiekerman. "Re-evaluation of therapy of acute myocardial infarction", em *American Heart Journal*, 67, abril de 1964, p. 559-564.

65 H. G. Mather, N. G. Pearson, K. L. G. Read. *et al.*, "Acute myocardial infarction: home and hospital treatment", em *British Medical Journal*, 3, 7 de agosto de 1971, p. 334-338.

66 Combined Staff Clinic, "Recent advances in hypertension", em *American Journal of Medicine*, 39, outubro de 1965, p. 634-638.

balança juntamente com o benefício previsto do tratamento. Como aqueles efeitos parecem reduzir-se à medida em que são menores os valores tensionais, não é sem razão que se deve julgar que, a partir de certo nível tensional, a avaliação que leva em conta vantagens e desvantagens dos medicamentos pode ser nula e até negativa⁶⁷." O silêncio sobre a probabilidade desse perigo, mantido pelas oficinas de lanternagem humana, é nova manifestação pública da incapacidade da profissão médica de fazer uma profunda autocrítica, o que só pode trazer conseqüências sinistras para a sociedade.

Nova epidemia resistente à medicina

Infelizmente, a inutilidade dos cuidados médicos é o menor dos danos que uma empresa médica proliferante pode infligir à sociedade. O impacto negativo da empresa médica constitui uma das epidemias em maior expansão no nosso tempo⁶⁸. A dor, as disfunções, a invalidez e a angústia resultantes das intervenções médicas rivalizam agora com a morbidade provocada pela circulação de veículos automotores, o trabalho e até as guerras. Somente a má nutrição moderna causa claramente maiores males.

O termo técnico que qualifica a nova epidemia de doenças provocadas pela medicina, *iatrogênese*, é composto das palavras gregas *iatros* (médico) e *genesis* (origem)⁶⁹. Em sentido estrito, uma doença iatrogênica é a que não existiria se o tratamento aplicado não fosse o que as regras da profissão recomendam. Por essa definição, tem-se o direito de processar o médico prudente que não submeteu seu paciente a um tratamento admitido pelas práticas profissionais por temer que os efeitos desse ato lhe fossem nocivos⁷⁰.

67 Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, "Les problèmes de la décision en matière de santé. II: Traitement de l'hypertension artérielle", em *Economie et Santé*, setembro de 1973. p. 49.

68 P. E. Sartwell, "Iatrogenic disease: an epidemiological perspective", em *International Journal of Health Services*, 4: 89-93, inverno de 1974.

69 Masson, ed., *Dictionnaire français de médecine et de biologie*, 4 tomos, Paris, Masson, 1971: "*Iatrogenese*, a. 1. Que é criado ou provocado pelo médico. V. doença iatrogênica. 2. Diz-se de um mal ou de uma afecção que ocorre em seguida a um ato médico qualquer, comumente após administração mais ou menos prolongada de um medicamento. Ling. diz-se também iatrogene. - *Doença iatrogênica* (ou iatrogene) 1. Conjunto de manifestações patológicas hem definidas imputáveis a um ato médico qualquer, comumente em seguida à administração mais ou menos longa de um medicamento. 2. Segundo Sir Arthur Hurst, conjunto dos sintomas objetivos semelhantes aos de uma determinada doença, sugeridos involuntariamente pelo médico ao doente (esta última acepção é pouco usada)." Eu emprego essa palavra com um sentido mais amplo, para designar os efeitos não desejados provocados pela empresa médica sobre a saúde. não apenas por seu impacto direto mas igualmente pelas transformações que opera ao nível social e ao nível simbólico.

70 O estudo da iatrogênese clínica pode ser facilitado com a consulta a certo número de manuais que lhe foram consagrados. Neles, as doenças iatrogênicas são classificadas segundo diferentes critérios: pelo

Em sentido mais amplo, a doença iatrogênica engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos. Chamarei *iatrogênese clínica* essa multidão de efeitos secundários, porém diretos, da terapêutica. Faço a distinção da iatrogênese clínica de outros danos iatrogênicos que são resultados não técnicos da intervenção técnica do médico⁷¹.

Os medicamentos sempre foram venenos potenciais, mas seus efeitos secundários não desejados aumentaram com a sua eficácia e a extensão de seu uso⁷². A doença iatrogênica fazia parte outrora do ensino da medicina⁷³.

A importância do risco associado à utilização de medicamentos particularmente poderosos foi, até agora, constante e sistematicamente subestimada⁷⁴. Nos Estados Unidos e na Grã-Bretanha, de 50 a 80% dos adultos absorvem a cada 24 ou 36 horas um produto químico prescrito por um médico. Alguns tomam medicamento que não foi submetido a suficientes testes para provar sua inocuidade e sua eficácia; outros recebem um produto

órgão atingido ou pelo tipo de intervenção, ou por qualquer outro critério clínico. Mais útil à nossa pesquisa será a distinção mais jurídica entre os danos que derivam: da atividade rotineira e conforme as normas profissionais; da rotina negligente; da negligência criminosa; do erro humano: da falha do equipamento; do tratamento heróico e, enfim, do conjunto de esforços para evitar a iatrogênese. - Robert H. Moser, *Disease of medical progress: a study of iatrogenic disease. A contemporary analysis of illness produced by drugs and other therapeutic procedure*, Foreword by Denette F. Adams, Springfield, USA, Charles C. Thomas, 1969. - David M. Spain. *The complications of modern medical practices*, Nova York, Londres, Grune & Stratton, 1963. - H. P. Kummerle, N. Goossens, *Klinik und Therapie der Nebenwirkungen*, Stuttgart, Thime Verlag, 1973 (1. Aufl. 1960). - R. Heintz. *Erkrankungen durch Arzneimittel Diagnostik, Klinik, Pathogenese, Therapie*, Stuttgart, Thieme, 1966. - Guy Duchesnay, *Le Risque thérapeutique*, Paris, Doins, 1954. - P. F. d'Arcy. J. P. Griffin, *Iatrogenic disease*, Oxford University Press. 1972. - P. Holtz, "Pharmakologie und Toxikologie. Arzneimittelschäden und nebenwirkungen in der Sicht des Pharmakologen". em Karl Rotschuh, *Physiologie. Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert*, Freiburg, Alber, 1968. - Para o erro de diagnóstico em particular: Max Barger, *Klinische Fehldiagnosen*. Stuttgart, Thieme. 1953. - Para a negligência médica: C. V. Brandis, *Arzt und Kunstfehlervorwurf* Goldmann Wissenschaftliches Taschenbuch, 1971. A divisão que proponho neste ensaio, entre iatrogênese clínica, social e estrutural, não se encontra na literatura disponível.

71 Notar que, pelo contrário, segundo boletim de grande vulgarização de um laboratório farmacêutico, "a doença iatrogênica é quase sempre de base nervosa". - Pr. L. Israel, "La maladie iatrogene", em *Documenta Sandoz*.

72 No grego arcaico, remédio e veneno eram designados pelo mesmo nome, *pharmakon*, que indicava um meio mágico. Walter Artelt, *Studien zur Geschichte der Begriffe 'Heilmittel' und 'Gift'*. *Urzeit - Homer - Corpus Hippocraticum*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968, 1 Aufl., Leipzig, 1937.

73 A iatrogênese clínica já era conhecida e estudada pelos árabes. Al-Razi, médico-chefe do Hospital de Bagdá, viveu de 865 a 925. Interessou-se pelo estudo médico da iatrogênese, segundo Al-Nadim, em *al-Fihrist*, capítulo VII, seção 3. Na época de Al-Nadim, em 935, ainda eram conservadas três obras e uma carta a esse respeito: "Les erreurs des desseins des medecins", "Sur la purge des malades fiévreux avant que le temps ne soit mar" e "Sur la raison pour laquelle les medecins ignorants, les gens ordinaires et les femmes des villes ont plus de succès que les hommes de science dans traitement de certaines maladies, et les pretextes que les medecins alleguent pour s'en excuser", e finalmente a carta que explica "por que um médico hábil não tem o poder de curar todas as doenças, pois isso não está no domínio do possível". Ver também Erwin H. Ackerknecht, "Zur Geschichte der iatrogen Krankheiten", em *Gesnerus*, Vierteljahresschrift herausgegeben von der schweizerischen Gesellschaft der Medizin un Naturwissenschaften (Aarau). 27: 5763, 1970.

74 W. H. Inman. "Monitoring adverse reactions to drugs", em Gordon McLachlan, ed., *Portofolio for health. 2: The developing programme of the DHSS in health services research*. Londres, Oxford University Press, 1973. cap. VIII, p. 6370.

contaminado ou com data limite de emprego ultrapassada; outros compram uma contrafação⁷⁵; outros absorvem produtos que, associados, se tornam perigosos⁷⁶; outros são apenas e simplesmente vítimas de seringas mal esterilizadas⁷⁷ ou de agulhas frágeis. Certos medicamentos criam hábito, outros uma lesão, outros têm ação mutagênica que pode ocorrer quando entram em sinergia com o efeito, sobre o paciente, de um colorante alimentar ou de um inseticida⁷⁸. Em alguns pacientes os antibióticos alteram a flora intestinal e produzem uma superinfecção que permite a proliferação e a invasão de organismos mais resistentes no portador. Outros contribuem para o desenvolvimento de espécies bacterianas resistentes aos medicamentos⁷⁹. De 3 a 5% de todas as admissões nos hospitais dos Estados Unidos têm como principal motivo a má reação a um medicamento. Uma vez dentro do hospital, de 18 a 30% de todos os pacientes têm uma reação patológica induzida por substância medicamentosa. Nesse grupo, a aplicação do produto farmacêutico dobra a duração da estada no hospital⁸⁰. A literatura divulgada pelas publicações provenientes da indústria farmacêutica ou dos burocratas a seu serviço toma, cada vez mais, um tom de defesa⁸¹.

A agressão cirúrgica constituída pelas intervenções inúteis⁸² se

75 Margaret Kreig, *Black market medicine*, N. J., Prentice-Hall, 1967, 304 p.: repórter policial, relata e prova que crescente percentagem de medicamentos vendidos nas lojas americanas são contrafações criminosas sem real atividade farmacodinâmica e indiscerníveis, por seu acondicionamento e apresentação, das especialidades imitadas. Torna-se cada vez mais difícil descobrir os membros da Máfia internacional que organizam esse mercado negro, e a abertura de processos judiciais contra eles está acima do poder das administrações encarregadas de aplicar a lei.

76 Adverse Reactions Titles, *A monthly bibliography of titles from approximately 3 400 biomedical journals published throughout the world*, Amsterdã, desde 1966. — *Allergy Injbrnration Bulletin*. Allergy Information Association, 3 Powbarn P1. Weston 627, Ontário, Canadá.

77 B. Opitz, H. Horn. "Verhütung iatrogenen Infektionen bei Schutzimpfungen", em *Deutsches Gesundheitswesen*, 27/24. 1972, 1131-1136.

78 Para o conjunto, ver Morton Mintz, *By prescription only. A report on the roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, pharmaceutical manufacturers and others, in connection with the irrational and massive use of prescription drugs that may be worthless, injurious or even lethal*. Boston, Houghton Mifflin, 1967, 446 p. (segunda edição, revista e adaptada, anteriormente publicada sob o título: *The therapeutic nightmare*), bem documentada exposição jornalística sobre a prescrição iatrogênica e a cobertura dada pelo governo e a Ordem dos médicos. — L. Meyler, *Side effects of drugs*, Williams & Wilkins, 1972: informação técnica sobre os efeitos secundários dos medicamentos. — Irving Sax, *Dangerous properties of industrial materials*, Nova York, Van Nostrand, 1968: manual de toxicologia industrial, útil para identificar os perigos de envenenamento devidos às substâncias utilizadas no saneamento do meio ambiente.

79 Harry Beatty, Robert Petersdorf, "Iatrogenic factors in infectious disease", em *Annals of Internal Medicine*, vol. 65, n.º 4, outubro de 1966, p. 641-655. — Thomas H. Weller, "Pediatric perceptions. The pediatrician and iatric infectious disease", em *Pediatrics*, vol. 51, n.º 4, abril de 1973.

80 Nicholas Wade, "Drug regulation: FDA replies to charges by economists and industry", em *Science*, 179, 23 de fevereiro de 1973, p. 775-777.

81 Nicholas Wade, op. cit.

82 James C. Doyle, "Unnecessary hysterectomies. Study of 6 248 operations in thirty-five hospital during 1948", em *DAMA*, vol. 151, n.º 5, 31 de janeiro de 1953. — James C. Doyle, "Unnecessary

transformou num fenômeno generalizado. Seu efeito global varia conforme o país. Depende da ideologia médica, do receio dos cirurgiões de perderem o emprego e do interesse que eles têm na experimentação⁸³.

Quase todos os moribundos que recorrem a novas clínicas especializadas no tratamento das dores terminais resistentes a toda analgesia são os grandes mutilados das intervenções heróicas, estatisticamente inúteis, feitas pelos especialistas. São as maiores vítimas de uma empresa médica que protege e encoraja os médicos condenados por R. Leriche⁸⁴, "esses que têm uma paixão chamejante pela atividade esportiva, (que) gostam mais de operar do que fazer diagnósticos, do que avaliar as consequências do seu ato".

A mania de descobrir anomalias provoca uma nova epidemia, que se chama às vezes de *não-doença* iatrogênica⁸⁵. Essa não-doença se manifesta sob a forma de invalidez, exclusão da vida social, angústia e, bem freqüentemente, sintomas funcionais, tudo com origem no diagnóstico e tratamento prescrito. Em certos casos o diagnóstico baseou-se na ignorância do médico; noutros, num erro do laboratório de análises⁸⁶, ou mesmo num malentendido com o paciente. No Estado de Massachusetts (EUA), o número de crianças que se tornam inválidas em seguida a um falso diagnóstico de doença cardíaca excede o das que estão em tratamento efetivo de doença cardíaca⁸⁷.

ovariectomies. Study based on the removal of 704 normals ovaries of 546 patients", em JAMA, vol. 148, n.º 13, 29 de março de 1952, p. 1105-1111.

83 Eugene Vayda, "A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales", em *The New England Journal of Medicine*, vol. 289, n.º 23, 6 de dezembro de 1973, p. 1224-1229: essa comparação entre o Canadá e a Inglaterra mostra que as taxas de intervenções cirúrgicas, em 1968, eram 1,8 vezes mais altas para os homens e 1.6 vezes mais elevadas para as mulheres no Canadá. Os motivos dessas diferenças podem ser os preços e a forma de pagamento, e a disponibilidade de leitos hospitalares e de cirurgiões. — Charles E. Lewis, "Variations in the incidence of surgery", em *The New England Journal of Medicine*. 281 (6), 880-884, 16 de outubro de 1969, encontra nos Estados Unidos variações regionais de 1 a 3 ou de 1 a 4 nas taxas de realização de seis tipos de operações cirúrgicas clássicas. O fator essencial que explica essas variações revelou ser número de cirurgiões disponíveis.

84 Rene Leriche, *La Philosophie de la chirurgie*, Paris, Flammarion, 1951, p. 12.

85 Clifton Meador, "The art and science of non-disease", em *The New England Journal of Medicine*. 272, 1965, p. 92-95: para os médicos acostumados à patologia clássica, uma expressão como *não-doença* é estranha e incompreensível. Esse artigo apresenta uma classificação das *não-doenças* assim como os essenciais princípios terapêuticos que podem ter por base esse conceito. A origem das doenças iatrogênicas. sem dúvida, freqüentemente reside tanto no tratamento das não-doenças como no das doenças. — Mary L. Hampton, et al.. "Sickle cell disease: a potentially serious public health problem", em *American Journal of Disease of Childhood*. 128, julho de 1974, p. 58-61. — J. P. Keeve, "Perpetuating phantom handicaps in school age children", em *Exceptional Children*, abril de 1967, p. 539-544.

86 H. Kalk, E. Wildhirt, "Die Krankheiten der Leber", em *Klinik der Gegenwart*, Band VII, 1958.

87 Abraham B. Bergman, Stanley J. Stamm, "The morbidity of cardiac non-disease in school children", em *The New England Journal of Medicine*, vol. 276, n.º 18, 4 de maio de 1967, dão um exemplo particular dos "limites em que as pessoas percebem ou são percebidas pelas outras como acometidas por uma doença que não existe. Os efeitos mórbidos que acompanham certas não-doenças são por vezes acentuados como os que acompanham as doenças correspondentes. (...) Estima-se que o grau de

Estima-se que em quatro casos de morbidade e de mortalidade iatrogênicas, um deles, em média, foi resultado do diagnóstico, isto é, do processo técnico empregado para fazê-lo, muitas vezes traumatizante, invalidante ou mortal.

A produção profissional de traumatismos psicológicos não é, portanto, uma exclusividade do psiquiatra⁸⁸: todo contato com a empresa médica expõe o paciente ao perigo de danos psíquicos⁸⁹. A angústia é talvez o efeito mais generalizado de qualquer contato com a técnica médica⁹⁰. Não se manifesta somente pela depressão, pelas síndromes hipocondríacas⁹¹ ou orgânicas⁹², mas pode também conduzir ao suicídio⁹³. A iatrogênese da suposta doença mental⁹⁴ e sua exportação para alem-mar⁹⁵ estão fora do tema que me propus tratar.

Os danos infligidos pelos médicos sempre têm feito parte da prática médica e levantado problemas jurídicos⁹⁶. A indiferença profissional, a negligência e a pura incompetência são falhas velhas como o mundo⁹⁷. Com a transformação do médico artesão, que exercia sua habilidade em indivíduos que conhecia pessoalmente, em médico técnico que aplica regras científicas a categorias de doentes, as falhas adquiriram novo *status*, anônimo e quase respeitável. O que antes era considerado abuso de confiança e falta moral agora pode ser racionalizado como falha ocasional de equipamento ou dos seus operadores. Num hospital em que a técnica é complexa, a negligência se transforma em erro humano "aleatório", a insensibilidade em "desinteresse científico", e a incompetência em "falta de equipamento

invalidez resultante de não-doenças cardíacas entre as crianças é superior ao ocasionado pelas verdadeiras doenças cardíacas".

88 A. E. Bennet, "Role of iatrogenesis in diagnosis, prognosis and treatment in psychiatry", em *Disease of the Nervous System*, 32, 627-631, setembro de 1971.

89 W. Schulte, *Iatrogene seelische Schädigungen*. Westf. Arzteblatt 10, 1956. p. 145-150.

90 Herbert Shey, "Iatrogenic anxiety", em *Psychiatric Quarterly*, vol. 45, 1971, p. 343-356.

91 G. A. Ladee, *Hypochondriacal syndroms*, Amsterdã, Elsevier. 1966.

92 Maurice Lunger, Arthur Shapiro, "Iatrogenic illness and psychosomatic medicine", em David M. Spain, *The complications of modern medical practices*, Nova York, Londres, Grune & Stratton. 1963: a resistência psíquica induzida pelo psicoterapeuta pode provocar a morte do doente cardíaco.

93 J. Andriola, "A note of possible iatrogenesis of suicide", em *Psychiatry*, 36/2, 1973, p. 213.218.

94 E. H. Ackerknecht, *Geschichte der iatrogenen Krankheiten des Nervensystems*, op. cit.

95 Danielle Storper-Perez, *La Folie colonisée. Textes à l'appui*. Paris, F. Maspero, 1974.

96 A irresponsabilidade dos médicos, muitas vezes acusados de mata, os doentes, é deplorada por Plínio o Velho, *História Natural*, Livro XXIX, 18: "não há qualquer lei que castigue a ignorância, nenhum exemplo de pena capital. Os médicos aprendem às nossas custas e riscos; experimentam e matam com impunidade soberana, e o médico é o único que pode causar a morte. Em geral, acusa-se de erro o doente; acusa-se sua intemperança e se faz o processo daquele que sucumbe".

97 Montesquieu, *Do espírito das leis*, ou da relação que as leis devem ter com a constituição de cada governo, os costumes, o clima, a religião, o comércio, etc., Paris. Bibliothèque de la Pléiade, 1951, Livro XXIX, cap. XVI.b.

especializado". A despersonalização do diagnóstico e da terapêutica transferiu as falhas do campo ético para o âmbito do problema técnico.

Em 1971, entre 12.000 e 15.000 processos contra falhas no exercício profissional da medicina deram entrada na Justiça dos Estados Unidos. Entretanto, os médicos somente são vulneráveis num tribunal se forem acusados de ação em desacordo com o Código de Saúde Pública, incompetência em matéria de tratamento ou por falta ao dever, por avidez de lucro ou por preguiça⁹⁸. A maior parte dos danos infligidos pelo médico moderno não se enquadra em nenhuma dessas categorias. Na verdade são produzidos na prática diária de homens bem formados, que aprenderam a agir conforme o quadro de valores e as técnicas admitidas pela profissão, e foram treinados para reprimir a consciência dos danos que provocam. Os controles que as Ordens de Médicos exercem sobre seus membros para neutralizar as ovelhas negras que levam má reputação ao conjunto dos médicos apenas lhes dá maior prestígio para prosseguirem sua ação iatrogênica.

O Departamento de Saúde Pública dos Estados Unidos calculou que 7% dos doentes hospitalizados sofrem, enquanto estão hospitalizados, lesões pelas quais poderiam exigir indenização, embora poucos o façam. Além disso, ocorrem proporcionalmente mais acidentes nos hospitais do que em qualquer outro setor industrial, excetuando-se o das minas e o da construção de edifícios altos. Recente pesquisa nacional mostra que a causa de óbito mais freqüente de crianças nos Estados Unidos são os acidentes e que estes ocorrem muito mais nos hospitais do que em qualquer outro lugar⁹⁹. Quanto maior a invasão técnica na rotina hospitalar, mais os acidentes são inesperados e inevitáveis. Em geral os hospitais universitários são os mais patogênicos. Verificou-se que um em cada cinco pacientes admitidos num hospital universitário padrão contrai doença iatrogênica, algumas vezes benigna, mas que na maioria dos casos exige tratamento especial, e que um entre cada trinta pacientes contrai doença

98 Para a evolução da jurisprudência relativa ao controle social do hospital: M. N. Zald, "The social control of general hospitals", em B. S. Georgopoulos. ed., *Organization Research on Health Institutions*. University of Michigan. Institute for Social Research, 1972. — Na França, a Corte de cassação não fez qualquer alusão à responsabilidade médica durante o ano judiciário de 1968-1969. No ano de 1969-1970, há algumas linhas referentes a um litígio julgado pela alta justiça... O de 1970-1971 comporta apenas cinco páginas consagradas à responsabilidade dos médicos e cirurgiões. Observa-se um suave avanço sobre o dever de meios (cuidados conscienciosos, atentos e conforme os dados adquiridos pela ciência) em vista da obrigação do resultado (cura): C. Leclercq, "Le rapport de la Cour de cassation et la Responsabilité médicale", em *La Revue du praticien*, tomo XXII, n.º 16, 1.º de junho de 1972.

99 George H. Lowrey, "The problem of hospital accidents to children", em *Pediatrics*, 32 (6): 1064-1068, dezembro de 1963.

iatrogênica mortal, a metade delas complicações posteriores a uma terapia medicamentosa, e, surpreendentemente, um entre cada dez é efeito de processos técnicos de diagnóstico¹⁰⁰. Fatos similares levariam um oficial a perder seu comando, quaisquer que fossem as declarações que fizesse de boa intenção e devotamento à causa pública, ou a ser fechado pela polícia qualquer restaurante ou casa de diversões.

Um dos aspectos mais espantosos da iatrogênese clínica epidêmica é sua capacidade de resistir a todo esforço médico para a debelar. As infecções mais temíveis são adquiridas na sala de cirurgia, onde somente microrganismos resistentes a fortes doses de bactericidas podem sobreviver. Os hospitais que procuraram se proteger contra erros na administração de medicamentos tornando obrigatório controle de cada receita por um farmacologista especializado tiveram de reconhecer, após três anos de experiência, que não apenas a despesa mas o dano global aumentou com o nível de complexidade. Quentin Young, diretor do maior hospital de Chicago, afirma que "os riscos de iatrogênese, provocados pelas precauções de evitar litígios e processos judiciais, causam maior mal que qualquer outro fator iatrogênico". A medicina, obrigada a examinar não apenas um ou outro de seus atos mas sua empresa em conjunto, tornou claro seu insucesso básico quanto aos erros a reparar, problemas a resolver, progressos a realizar¹⁰¹. A iatrogênese de segundo grau, produzida pelas medidas anti-iatrogênicas, comprovou a autodesregulação estrutural da empresa. Ela perdeu toda possibilidade de racionalizar seu fracasso fundamental.

A profissão médica, em confronto com os danos que provoca e sua impotência para corrigir suas estruturas, se pôs a convocar freqüentes congressos com o objetivo de autolimitar a empresa médica. É um esforço que se parece muito com a aliança entre a Fiat, a Ford e a Volkswagen para financiar estudos do Clube de Roma sobre a limitação necessária às empresas industriais. Ao mesmo tempo se multiplicam apelos de médicos que, invocando sua experiência, nos imploram para não debater publicamente as provas da epidemia iatrogênica. A discussão da iatrogênese pelo grande público, segundo eles, ativaria a sua proliferação.

A meu ver o debate público — tanto do atual nível da iatrogênese

100 J. T. McLamb, R. R. Huntley, "The hazards of hospitalization", em *Southern Medical Journal*, vol. 60, maio de 1967, p. 469-472.

101 Jacques Sarano, "L'échec et le médecin", em Jean Lacroix (sob a direção de) *Les Hommes devant l'échec*, cap. III, "Médecine", Paris, PUF, 1968, p. 69-81.

como da generalizada imprudência manifestada diante desse perigo pelos que praticam a medicina — constitui uma das condições da luta contra essa calamidade pública. Para participar dessa luta, é preciso reconhecer, antes de tudo, que os novos métodos técnicos e novas modalidades de organização médica concebidos como remédios para a iatrogênese clínica direta tendem, eles mesmos, a se tornar patogênicos, desde que utilizados em populações suficientemente grandes para justificar sua eficácia primária. As medidas técnicas que têm por objetivo a iatrogênese direta contribuem para o desenvolvimento de uma iatrogênese clínica de segundo grau, epidemia que já se pode verificar e descrever. As medidas técnicas ou burocráticas adotadas para evitar que uma medicina maligna prejudique o doente tendem necessariamente a criar essa nova categoria de iatrogênese cuja etiologia é análoga à escalada destrutiva provocada pelas medidas contra a poluição¹⁰².

102 No domínio da degradação do meio ambiente, surgiu um conflito entre dois enfoques opostos do problema. De um lado, pessoas como James B. Quinn, "Next big industry: environmental improvement", em *Harvard Business Review*, 49, setembro-outubro de 1971, p. 120-130, pensam que a proteção do meio ambiente oferece a possibilidade da abertura de novos mercados dinâmicos e rentáveis para a indústria, e de aumentar assim, de forma considerável, a renda nacional e o Produto Nacional Bruto. De outra parte, autores como Herman Daly, *Toward a steady state economy*, Freeman Co., 1973, distinguem dois aspectos no PNB. Um representa o valor correspondente aos bens e serviços postos no mercado e que têm utilidade direta para os consumidores, outro é constituído de despesas vinculadas a uma finalidade defensiva para proteger a sociedade dos valores assim criados. Daly acha que só uma radical diminuição da produção industrial pode salvar o meio ambiente. Nos domínios da medicina, a tendência é ainda mais forte a favor de um crescimento da produção de serviços médicos, talvez simplesmente com a vontade de que sejam mais seguros. A necessidade de uma radical diminuição da produção industrial dos serviços não é em geral objeto de qualquer discussão, seja no setor da saúde, da educação ou do bem-estar social.

SEGUNDA PARTE IATROGÊNESE SOCIAL

CAPÍTULO II MÁSCARA SANITÁRIA DE UMA SOCIEDADE MÓRBIDA

No primeiro capítulo a nossa atenção foi dirigida às conseqüências biomédicas do ato técnico manifestadas sob a forma de sintomas clínicos. Tais efeitos nefastos dos contatos técnicos entre o sistema médico e seus clientes constituem apenas o primeiro nível dos danos que uma empresa médica desmesurada inflige ao homem contemporâneo. As intervenções técnicas das profissões de saúde contra-indicadas, erradas, brutais, inúteis, ou mesmo as prescritas de acordo com as regras da arte, representam apenas uma das fontes da patologia de origem médica. O termo *iatrogênese clínica* cobre esse conjunto de patologias na nomenclatura corrente.

A aventura médica causa outros danos, na ordem social dessa vez. A saúde do indivíduo sofre pelo fato de a medicalização produzir uma sociedade mórbida. A *iatrogênese social* é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta. A instituição médica está sem dúvida na origem de muitos sintomas clínicos que não poderiam ser produzidos pela intervenção isolada de um médico. Na essência a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio¹⁰³.

Medicalização do orçamento

O nível de saúde não melhora mesmo quando aumentam as

103 P. M. Brunetti, "Health in ecological perspective", em *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 49, fasc. 4, p. 393-404, Copenhague, 1973. O meio vital é deteriorado pela concentração do poder e a progressiva dependência em face de energias extrametabólicas. Se a renúncia à tecnologia violenta pode devolver ao meio sua capacidade de servir a um ser humano que não sabe integrar-se senão exercendo sua autonomia.

despesas médicas¹⁰⁴ cabe então concluir pela ineficácia global crescente da empresa médica e que a sociedade se torna rapidamente cada vez menos sadia. Creio poder demonstrar que em boa parte é a medicina atual que torna a sociedade menos sadia. O controle institucional da população pelo sistema médico retira progressivamente do cidadão o domínio da salubridade no trabalho e o lazer, a alimentação e o repouso, a política e o meio. Esse controle representa um fator essencial da inadaptação crescente do homem ao meio. É preciso ter visão profundamente deformada da realidade, pela escolaridade médica muito prolongada, para sustentar o oposto, como é moda corrente na França¹⁰⁵ e fazer o público deslumbrado pela tecnologia médica acreditar que a saúde de uma sociedade aumenta na exata medida em que seus membros venham a depender de próteses sob a forma de medicamentos, terapêuticas, internações diversas e controles preventivos. O crescimento da parte das despesas médicas dentro do Orçamento e do PNB, ou seja, a medicalização do Orçamento e do PNB, constitui indicador global do declínio da autonomia biológica dos indivíduos, autonomia que se identifica com a saúde.

Na França, a taxa de progressão anual das despesas médicas no decorrer dos anos sessenta se manteve entre 8 e 10% a preços constantes, ou seja, 12 a 14% em francos correntes. É uma taxa nitidamente superior à da produção nacional¹⁰⁶. Nenhum subsistema econômico de importância comparável registrou uma tal progressão.¹⁰⁷

104 Victor Fuchs, *Health care and the United States economic system. An essay in abnormal physiology*, prepared for a conference on technology and health care systems in the 1980's, San Francisco, 1972, p. 210-237.

105 Jean-Marie Pelt, *Les Médicaments*, Paris, Seuil, 1969, representa o otimismo popular. — Pierre Theil, *Le Médicament: mission humaine et fonction sociale*, Paris, La médecine praticienne, 1969, representa o otimismo vulgar. — François Dagognet, *La Raison et les Remèdes*, Paris, PUF, 1964, é representativo do otimismo sofisticado.

106 G. Rosch, e a DEM do CREDOC, *Economique' médicale. Un système de services collectifs*, Paris, Flammarion, "Médecine-Sciences", 1973, é uma síntese de informações oficiais sobre a economia da saúde na França. — CREDOC, *Influences des facteurs socio-économiques sur les soins médicaux de ville em 1970*, Paris, CREDOC, 1974. — A. Letourmy, *Note de synthèse bibliographique en économie de la santé: les modes de consommation; la logique de fonctionnement des institutions*, Paris, CEREBE, maio de 1973, 63 p. mimeogr.

107 Para documentação e interpretação do fenômeno, consultar: Martin S. Feldstein, "The medical economy", em *Scientific American*. 229, n.º 3, setembro de 1973, p. 157-159: desaprova os consumidores sempre melhor assistidos que exigem serviços sempre mais caros. — Ver também M. L. Lee, "A conspicuous production theory of hospital behaviour", em *Southern Economic Journal*, julho de 1971, p. 48-58: explica os mecanismos do consumo ostentatório. — Victor Cohen, "More hospitals to fill: abuses grow", em *Technology Review*, outubro-novembro de 1973, p. 14-16: a inflação se explica pela necessidade da administração hospitalar de encher os leitos vazios, que custam cada um 66% de um leito ocupado. — Roger Rapoport, "The patient auction block", em *New Times*. p. 19-23, faz uma reportagem sobre a compra de pacientes pelos hospitais financiados com recursos públicos e a colaboração dos médicos neste negócio. Essa exploração criminosa não é senão um caso extremo dos métodos da medicina capitalista cujo perigo é amplamente evidenciado. — CREDOC, *Evolution de la structure des soins médicaux. 1959-1972. (Régime général de sécurité sociale — assurance maladie)*,

Nos Estados Unidos, conseguiu-se, em 1974, gastar 90 milhões de dólares no sistema de cuidados sob controle médico, o que corresponde a 7,4% do PNB do país. Nos últimos vinte anos o índice dos preços aumentou em 74% e as despesas médicas em 330%. As despesas suplementares, em grande parte, foram cobertas pelo imposto. Enquanto a contribuição dos clientes para o funcionamento dos serviços de saúde triplicava, os gastos públicos cresciam muito mais rapidamente. Do que se enriqueceram não somente os médicos, mas também os banqueiros e os administradores, já que as despesas de funcionamento, isto é, as do grupo segurador que não correspondem a gastos reembolsados, absorvem em média de 15 a 35%, às vezes até 70% para certos contratos privados, das indenizações distribuídas.¹⁰⁸

Essa inflação de despesas pode ser em grande parte explicada pelo custo crescente do atendimento hospitalar. O preço da diária num hospital americano comum aumentou em 500% de 1950 para cá; nos grandes hospitais, o preço dos cuidados aumentou ainda mais velozmente: triplicou em oito anos. Também aí as despesas administrativas foram as que mais aumentaram: 7 vezes desde 1964, contra 5 vezes para as contas de laboratório¹⁰⁹. Um leito de hospital consome mais de 85.000 dólares, dois terços dos quais vão para a compra de equipamentos que antes de dez anos estarão obsoletos ou terão duplo emprego. Não existe precedente de semelhante expansão de setor econômico em tempo de paz. Porém o mais curioso é que esse *boom* foi acompanhado nos Estados Unidos por outro acontecimento, também ele sem precedente numa sociedade industrial: a esperança de vida do adulto americano de sexo masculino declinava, e espera-se que continue a declinar. O mesmo está ocorrendo agora na Inglaterra, no Japão e na maioria dos países do

Paris, CREDOC, 1973, dá à primeira vista uma interpretação mais sólida; a estrutura dos cuidados se deforma em proveito dos atos altamente técnicos: a cada ano a função do médico que prescreve é substituída pela função do médico produtor de cuidados. — Serge Karsenty. *La Planification des équipements hospitaliers ou les ambiguïtés de la production médicale comme moyen de satisfaire les 'besoins' de santé*, Uriage, Presses universitaires de Grenoble, 1974. dá uma explicação convincente. Explica a inflação do preço da *saúde* pelas funções não técnicas que o hospital em particular e a especialização em geral assume na sociedade francesa. A coletividade p. efere os efeitos mais significativos e menos objetivos. — Ver também J. P. Dupuy, J. Ferry, S. Karsenty G. Worms, *La Consommation des médicaments: approche psychosocio-économique*, CEREBE, 1971, relatório principal, 244 p.; relatórios anexos, 157 p. mimeogr.

108 Barbara e John Ehrenreich, *The American health empire: power, profits and politics. a report from the Health Policy Advisory Center*, Nova York, Random House, 1970, analisa o conluio entre poderes, lucros e políticas no domínio da medicina. — Odin W. Anderson, *The uneasy equilibrium: private and public financing of health services in the United States, 1875-1965*, New Haven, Conn., Colledge and Univ. Press, 1968, 240 p., é uma boa história do seguro contra doença nos Estados Unidos.

109 John Knowles, "The hospital", em *Scientific American*, 229, n.º 3, setembro de 1973, p. 128-137.

Mercado Comum Europeu.¹¹⁰

Na Inglaterra e na França, o Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social impediram que a inflação dos custos subisse a níveis manifestamente falsos. Um certo apego à igualdade freou o financiamento absurdo de prestigiados mecanismos que, no mercado livre dos Estados Unidos, deu um ponto de partida fácil à crítica. Os erros de distribuição efetuados num contexto de avareza não se prestam a crítica tão notável. Entretanto, a taxa de mortalidade dos jovens adultos de sexo masculino se pôs a crescer, a incidência das doenças crônicas da idade madura aumentou naqueles dois países, como dez anos mais cedo nos Estados Unidos. Na União Soviética, o número de médicos e o número de diárias hospitalares *percapita* apenas dobraram em doze anos e os custos aumentaram somente cerca de 260%.¹¹¹ A submissão aos médicos é a mesma em todos os sistemas políticos, mas em um regime capitalista esta submissão é bem mais dispendiosa.¹¹²

Não apenas os países ricos consagram à medicina uma parcela aproximadamente de 10% do seu produto nacional. Alguns países pobres estão na frente da corrida: na Nova Guiné, na Nigéria e na Jamaica, a parcela da medicina no PNB ultrapassou recentemente esse limite.¹¹³

Somente na China é que, ao menos à primeira vista, as coisas parecem caminhar noutra direção, com os cuidados elementares sendo dados por técnicos não profissionais da saúde, assistidos por ajudantes médicos que deixam a fábrica quando são chamados para ajudar alguém de sua brigada.¹¹⁴ O encontro com os médicos de pés nus

¹¹⁰ P. Longone, "Mortalité et morbidité", em *Population et Sociétés*, boletim mensal de informações demográficas, econômicas e sociais, n.º 43, janeiro de 1972.

¹¹¹ Mark Field, *Soviet socialized medicine*. Nova York, Free Press, 1967. — Y. Lisitsin, *Health protection in USSR*, Moscou, Progress Publishers, 1972, 126 p.

¹¹² R. Maxwell, *Health care: the proving dilemma: needs versus resources in Western Europe, the US and the USSR*, McKinsey & Co., Nova York, 1974, é uma comparação internacional da organização dos sistemas de saúde. — John Fry, *Medicine in three societies*. MTP Aylesbury (England). 1974, a frequência de certas condições patológicas como resultado de uma organização diferente nos EUA, na URSS e na Inglaterra. O principal fator que atualmente impõe os mesmos procedimentos na medicina em países ideologicamente opostos é a necessidade de reduzir as despesas. — I. Douglas-Wilson, Gordon McLachlan, ed., *Health services prospectives: an international survey*, published on the *Lancet's* 140th anniversary in October 1973, The Nuffield Provincial Hospitals Trust: comparação internacional das despesas de saúde em percentagens de renda, do PNB *per capita*. etc.

¹¹³ John H. Bryant, *Health and the developing world*. Ithaca, Londres, Cornell University Press, 1971: informação muito rica sobre a saúde no Terceiro Mundo. — Ver também *Croissance des jeunes nations*, novembro de 1974.

¹¹⁴ Joshua Horn, *Away with all pests. An English surgeon in People's China, 1954-1969*. Monthly Review Press, 1969. — Victor Side!, "The barefoot doctors of the People's Republic of China", em *The New England Journal of Medicine*, 15 de junho de 1972. — Paul Lin, "Medicine in China", em *The Center Magazine*, maio-junho de 1974. — Carl Djerassi, "The Chinese achievement in fertility control. One-

tornou-se tão obrigatório para quem visita a China como uma vesperal no Bolshoi para quem quer que visite a União Soviética. E verdade que a adesão dos chineses à ideologia do progresso técnico já começa a se refletir na extensão do profissionalismo médico.¹¹⁵ A China possui não apenas um sistema paramédico mas também especialistas cujo nível é reconhecido como de primeira ordem por seus colegas do mundo inteiro. Nestes últimos anos a maior parte dos investimentos foi aplicada no desenvolvimento dessa medicina extremamente qualificada e totalmente ortodoxa; a medicina de pés nus perde seu caráter revolucionário e sua independência, e é integrada num sistema de cuidados médicos unificado. De auxiliar do povo na organização de seus cuidados — lugar em que a Revolução Cultural colocou o especialista não profissional — o médico voltou a ser o universitário que se pretende delegado do povo. Após a curta lua-de-mel da desprofissionalização dos cuidados médicos, se desenvolve com notável rapidez uma rede que, em vários níveis, liga as unidades-devizinhança a hospitais cada vez mais complexos. Penso que seria necessário limitar logo sistematicamente o desenvolvimento desta medicina técnica e hierarquizada, se é que se pretende que continue modelo revolucionário de desprofissionalização dos especialistas, antes que o protótipo da profissionalização da clientela no Oriente, como ocorre no Ocidente.

A proporção do produto nacional de que os médicos se apropriam ou cujo emprego eles controlam varia, segundo o país, entre 5 e 12%. Já que nos países pobres um número muito pequeno de pacientes consome a maior parte do orçamento médico, isso quer dizer que a despesa média *per capita* pode ir de 1 a 1.000: 320 dólares aproximadamente nos Estados Unidos; 9,60 dólares na Jamaica; 0,40 centavos de dólar na Nigéria.¹¹⁶ Esse dinheiro é em geral consagrado aos mesmos gêneros de despesas¹¹⁷. Quanto mais o país é pobre, mais o preço dos equipamentos ali é elevado. Um leito de hospital, se

third of the women of child-bearing age may be practising birth control", em *Bulletin of the Atomic Scientists*, junho de 1974, p. 17-24. — A. J. Smith, "Medicine in China" (5 artigos). em *British Medicine Journal*, novembro de 1974, 2, p. 367370, e os quatro números seguintes.

¹¹⁵ Joseph Quinn, *Medicine and public health in the People's Republic of China*, US Dept. of HEW, ref. n.º NIH 73-67. — Fogarty International Center, *A bibliography of Chinese sources on medicine and public health in the People's Republic of China: 1960.1970*, DHEW publication number (NIH) 73-439. — *American journal of Chinese medicine*, P. O. Box 555, Garden City, Nova York 11530. Managing editor: J. Kao.

¹¹⁶ John H. Bryant, *op. cit.*

¹¹⁷ Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), *Health policy paper. part I*, Washington, 1974, 64 p.: excetuando-se o tratamento da Água, 90% do total das despesas de saúde nos países em via de desenvolvimento são destinados a cuidados com doentes mais do que para atividades sanitárias. Os atos curativos absorvem de 70 a 80% do orçamento.

é moderno, uma incubadora artificial, um laboratório, uma máscara de oxigênio são evidentemente mais caros na África do que na Alemanha ou na França onde se os fabrica; eles se estragam mais rapidamente nos trópicos, onde se tem dificuldade de fazê-los funcionar e sofrem freqüentes defeitos.

O investimento destinado à formação dos médicos que utilizam esses equipamentos ultracaros apresenta um rendimento igualmente desfavorável. A formação de um cardiologista implica investimento equivalente, quer ele saia de um sistema escolar socialista, quer ele, saído do Brasil, seja beneficiado por uma bolsa para estudar na Alemanha ou nos Estados Unidos. Em todos esses casos, mais o país é pobre, mais as despesas médicas se concentram sobre um pequeno número de equipamentos e de especialistas. Além de um determinado nível técnico, que pode variar de um país para outro, o tratamento intensivo depende de uma tal concentração de recursos públicos que muito pouca gente goza do duvidoso privilégio de ser tratada por médicos. Nessas condições, o orçamento da saúde é literalmente *hospitalizado*. Em 1972, na Nova Guiné, se tornou necessário renunciar a pôr em serviço um hospital recentemente concluído. Seu funcionamento teria absorvido o equivalente ao conjunto de despesas médicas não hospitalares e obrigado a suspender todos os serviços dos ambulatórios do país.

A injustiça é evidente quando só os que podem pagar uma parte do tratamento se beneficiam dos recursos públicos destinados a financiar a grande maioria. Há flagrante exploração quando nos países pobres da América Latina¹¹⁸ 80% do custo real dos cuidados distribuídos nas clínicas particulares são financiados pelos impostos criados com o objetivo de formar os médicos, fazer funcionar um sistema de ambulâncias, subvencionar o equipamento médico. Nos países socialistas, cabe somente aos médicos decidir quem tem *necessidade* de tal ou qual tratamento e reservar a parcela do dinheiro público para aqueles em quem eles experimentam e praticam sua arte. O poder dado aos médicos de dizer onde estão e quais são as necessidades só faz aumentar a base em que se podem apoiar para prestar seus

118 Para o estágio da pesquisa sobre a saúde na América Latina: Arthur Rubel, "The role of social science research on recent health programmes in Latin America", em *Latin American Research Review*, vol. 2, 1966, p. 37-56. — Dieber Zschock, "Health planning in Latin America: review and evaluation", em *Latin American Research Review*, vol. 5, 1970, p. 35-56.

serviços.¹¹⁹

Esse favoritismo organizado pela profissão não é o pior efeito social da medicalização. Um hospital de câncer em São Paulo, pelos recursos que abarca, pode retirar de dúzias de povoados de Mato Grosso qualquer possibilidade de obter uma pequena clínica, e sua existência não muda em nada a capacidade dos roceiros pobres de se cuidarem eles próprios: não têm outra escolha. Mas sustentar com ondas de dinheiro público, como é o caso dos países *desenvolvidos*, a empresa capaz de submeter todo um país à relação terapêutica, eis o que é patológico em nível muito mais profundo e geralmente ignorado. A crença deste modo criada de que as pessoas não podem enfrentar a doença sem uma medicina moderna causa à sua saúde mais desgastes que os médicos que impõem seus serviços aos pacientes.

A medicalização do Orçamento é indicador de uma forma de iatrogênese social na medida em que reflete a identificação do bem-estar com o nível de *saúde nacional bruta* e a ilusão de que o grau de cuidados no campo da saúde é representado pelas curvas de distribuição dos produtos da instituição médico-farmacêutica. Essa *saúde nacional bruta* exprime a mercantilização de coisas, palavras e gestos produzidos por um conjunto de profissões que se reservam o direito exclusivo de avaliar os seus efeitos e que tornam o consumo de seus produtos praticamente obrigatório, utilizando seu prestígio para eliminar da vida cotidiana as escolhas alternativas. Este efeito paradoxal da medicalização do Orçamento é comparável aos efeitos paradoxais da superprodução e do super-consumo nas áreas de outras instituições maiores. É o volume global dos transportes que entrava a circulação; é o volume global do ensino que impede as crianças de expandirem sua curiosidade, sua coragem intelectual e sua sensibilidade; é o volume sufocante das informações que ocasiona a confusão e a superficialidade, e é o volume global da medicalização que reduz o nível de saúde.

A proliferação dos profissionais de saúde não é malsã só porque os médicos produzem lesões orgânicas ou distúrbios funcionais: ela o é sobretudo porque eles produzem dependência. Esta dependência em face da intervenção profissional tende a empobrecer o meio social e físico em seus aspectos salubres e curativos, embora não médicos, diminuindo as possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e

119 Victor Fuchs, "The contribution of health services to the American economy", em *Milbank Memorial Fund Quarterly*. vol. XLIV, 4, part II, outubro de 1966, p. 65-103: demonstração clássica, antiga mas ainda muito importante.

adaptação que as pessoas comuns possuem. Mais os apartamentos modernos são caros, mais são inóspitos ao doente, e o medo que a família tem de se encarregar de seus doentes eventuais cresce com as contribuições pagas à previdência social.

Acima de um limiar crítico, que estava provavelmente já ultrapassado no momento em que o orçamento médico alçou seu súbito vôo, todo aumento de despesas manifesta e provoca declínio da saúde, desde que certamente não se defina esta última como o fazem os *grandes industriais* da produção médica, isto é, num sentido que serve aos seus interesses. Cada cruzeiro então despendido no serviço médico compra uma confirmação da impotência do homem-assistido.

Invasão farmacêutica

Se as despesas médicas na França aumentaram a uma taxa de cerca de 14% ao ano durante os anos sessenta, as despesas farmacêuticas aumentaram a uma taxa de 16-17%. O número de receitas prescritas cresceu em torno de 5-6% ao ano. As consultas médicas que acabam sem uma prescrição de especialidade farmacêutica praticamente desapareceram. O número de produtos por receita aumentou relativamente pouco, perto de 1% ao ano. Mas o de substâncias químicas prescritas por consulta multiplicou-se bem mais rapidamente, porque os medicamentos receitados com mais freqüência são na maior parte associações de vários princípios farmacêuticos. A multiplicação das associações permite ao médico evitar a procura de uma etiologia distante e orientar a ação no tratamento dos sintomas; é também um sintoma da invasão do modesto saber médico tradicional por um pseudo-saber farmacêutico.

Grande parte da farmacopéia francesa foi renovada durante esse período, sendo cada novo medicamento mais caro do que o substituído. Ao mesmo tempo, o prazo que separa duas saídas consecutivas de medicamento de uma mesma categoria terapêutica foi abreviado. Além disso, "as despesas com medicamentos correspondentes às prescrições efetivas dos médicos são muito superiores, a todo instante, às despesas com correspondentes menos dispendiosos que permitiam obter equivalentes efeitos farmacodinâmicos úteis". Aí estão algumas manifestações de uma dinâmica específica dentro da empresa médica que Dupuy e Karsenty

descreveram como "a invasão farmacêutica¹²⁰". Em seu estudo, que não encontra similar para análise tecnicamente sólida, refletida e radical, eles mostram que o mal produzido pelo superconsumo de medicamentos é bem pior que o esbanjamento ou a iatrogênese clínica de tipo medicamentoso. O superconsumo é malsão pelo efeito social que produz e se reflete nas atitudes do médico e do doente. O médico pesquisa a eficácia do ato técnico ainda que à custa da saúde do doente e este submete seu organismo à regulação heteronômica, o que quer dizer que ele se transforma em paciente.

Nessas condições de invasão farmacêutica, não é de surpreender que os tranqüilizantes sejam o tipo de arma cujo uso se amplia mais rapidamente. Nos Estados Unidos, os produtos que atuam sobre o sistema nervoso central têm o mais veloz crescimento no mercado farmacêutico e representam 31% das vendas globais¹²¹. O consumo de substâncias prescritas que produzem hábito ou dependência aumentou de 290% de 1962 para cá. Durante esse período, o de bebidas alcoólicas cresceu apenas 23% *per capita* e o consumo ilegal de opiáceos cerca de 50%, segundo estimativas¹²². O vício medicalizado vem largamente à frente do vício festivo¹²³: fenômeno ligado ao desenvolvimento da profissão médica mais do que ao regime político¹²⁴. No primeiro grande contrato entre a China e a indústria farmacêutica ocidental, em 1974, os tranqüilizantes ocupavam o primeiro lugar.¹²⁵

120 Jean-Pierre Dupuy, Serge Karsenty, *L'Invasion pharmaceutique*, Paris, Seuil, 1974.

121 James L. Goddard, "The medical business", em *Scientific American*. 229, n.º 3, setembro de 1973, p. 161-166. — Para uma forma perniciosa de hábito por prescrição, ver Dorothy Nelkin, *Methadone maintenance: a technological fix*, Nova York, Braziller, 1973.

122 Para a pesquisa sobre o consumo de drogas e medicamentos: Gabriel Garnier, "Pharmacie", in L. N. Malclès, *Les Sources du travail bibliographique*, tomo III, cap. XIII, p. 508-520: dá uma orientação para a literatura no âmbito da farmácia. — Alice L. Brunn, *How to find out in pharmacy: a guide to sources of pharmaceutical information*. Oxford, Nova York, Pergamon, 1969, 130 p.: é o melhor guia para as fontes periódicas de informação recente. — Alfred A. Ajami, *Drugs: an annotated bibliography and guide to literature*, Boston, G. K. Hall and Co., 1973, 205 p.: é uma bibliografia da pesquisa sociológica, neurológica, farmacêutica, histórica e em ciência política sobre o abuso das drogas. — US National Clearing House for Mental Health, *Bibliography of drug dependence and abuse, 1928-1966*, Chevy Chase, Mo. The Clearing House, 1969, 238 p.: é indispensável para a pesquisa sobre a história recente. — Ver também Réunion d'information sur les produits toxiques donnant lieu à abus, Paris, 17 de janeiro de 1970. *Comptes rendus*, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, monografia, 39. 1970, l'Institut. — National Commission on Marihuana and Drug Abuses (801, 19th street, N. W., Washington 20006), *Drug use in America: problem in perspective. Second report of the National Commission on marihuana and drug abuse, 1972, 1973, 1974*. Superintendent of documents, US Government Printing Office, Stock N 5266-0003, 4 vol.

123 Para a história da droga não medicalizada, pode-se consultar Philippe de Felice, *Poisons sacrés, ivresses divines. Essai sur quelques formes inférieures de la mystique*, Paris, Albin Michel, 1936.

124 Para a história das prescrições médicas como meio de proteção do público, ver o simpósio: John Blake, ed., *safeguarding the public. Historical aspects of medical drug control*, papers from a conference sponsored by the National Library of Medicine, Baltimore/Londres, Johns Hopkins Press, 1970, 200 p.

125 *Far Eastern Economic Review*, novembro de 1974, Hongkong.

Nos países ricos ou rigidamente disciplinados, o hábito de medicamentos é devido principalmente à mediação do médico. Dupuy e Karsenty demonstraram que a denúncia da automedicação como motivo dos abusos, da iatrogênese e do hábito não passa, na França, de um estratagema da indústria médica. A prescrição médica, entretanto, nem sempre é necessária para que surja o consumo. Os países pobres que não podem se dar ao luxo de uma dependência generalizada cara-a-cara com profissionais arranjam-se entretanto para não escapar à iatrogênese, graças ao uso imposto das especialidades farmacêuticas. Há vinte anos, havia nas farmácias mexicanas menos que a metade das especialidades farmacêuticas existentes nas farmácias americanas. Em 1962, a regulamentação americana exigiu dos fabricantes que provassem não somente a inocuidade mas a eficácia dos seus produtos, o que constitui uma forma de controle sobre a exuberante proliferação dos medicamentos. Resultado: agora há quatro vezes mais especialidades no mercado mexicano do que no mercado americano. Contam-se 18.000 apresentações diferentes. Há dez anos, cada embalagem comportava uma informação descritiva redigida na linguagem do médico e sem utilidade para os doentes, na maioria camponeses, que deviam se fiar no instinto. Mas os medicamentos ainda eram raros e as pessoas mais pobres; a maioria deles ainda procurava o seu ervanário. Os medicamentos hoje são mais abundantes, mais eficazes, mais perigosos, e as pessoas que ganham um pouco mais de dinheiro aprenderam a ter vergonha de sua confiança nas ervas e regimes dietéticos astecas. A informação desapareceu e foi substituída por uma única menção, na caixa, que se trata de insulina, vitaminas, pílulas para dormir ou de pílulas contraceptivas, "para uso somente sob prescrição médica". Semelhante conselho não é entendido senão como um voto piedoso, porque não há médicos suficientes no México para prescrever um antibiotico em cada caso de salmonelose, e as farmácias não exigem ver as receitas. Com a aparição de agentes químicos eficazes, a função do médico nos países em vias de desenvolvimento se torna cada vez mais banal, insignificante. Na maior parte do tempo se reduz às prescrições, sem exames preliminares¹²⁶. Ele chega assim a sentir-se inútil mesmo em sua função cotidiana, porque sabe que, cada vez mais, as pessoas vão usar sem sua aprovação o tipo de medicamento que ele pode

126 Arturo Aldama, "Establecimiento d: un laboratorio farmacéutico nacional", em *Higiene*, órgão oficial da Sociedad de Higiene, vol. XI, n.º 1, janeiro-fevereiro de 1959, México.

prescrever. Como os medicamentos se transformam cada vez mais em utensílios reservados legalmente e tecnicamente aos médicos, as pessoas estão cada vez mais inclinadas a se infligir danos com estes, sejam prescritos ou obtidos de contrabando. A medicalização de um medicamento o torna de fato mais perigoso. A cloromicina é um bom exemplo disso: durante dez anos foi receitada contra o tifo em situações em que era impossível vigiar as condições sanguíneas do doente, e daí resultou uma anemia aplástica. Ao mesmo tempo, a limitação das informações dadas ao médico, a quem, teoricamente, o medicamento estava reservado, e a ausência total de advertência específica ao público contra os riscos do produto levaram as pessoas a utilizá-lo por conta própria, mesmo nos casos em que outros tratamentos teriam sido eficazes. Assim, médicos e doentes colaboraram para a fabricação de um tipo de tifo que resiste aos medicamentos e que agora se expande do México para o resto do mundo¹²⁷.

Salvador Allende, o falecido presidente do Chile, que era também médico, foi até agora o único homem de Estado ocidental a tentar pôr um dique na progressão abusiva dos medicamentos¹²⁸. Ele propôs proibir a importação pelo Chile de todo novo medicamento que não tivesse sido testado antes, durante sete anos pelo menos, na população norte-americana, sem ter sido retirado do mercado pela United States Food and Drug Administration. Propôs também a redução da farmacopéia nacional a algumas dúzias de produtos, mais ou menos os mesmos que cada médico chinês de pés nus leva consigo. Uma grande maioria de médicos chilenos não respondeu ao apelo de seu presidente. Um bom número daqueles que ensaiaram pôr em prática suas idéias foram assassinados na semana seguinte ao *putsch* dos coronéis em 11 de setembro de 1973.¹²⁹

A prescrição abusiva de medicamentos nos países capitalistas é o argumento favorito dos que, desejando fazer justiça à medicina e

127 As grandes firmas farmacêuticas vendem seus produtos além-mar a preços enormemente majorados, negligenciam o fornecimento de informações aos médicos, obrigatório na metrópole, sobre os seus efeitos secundários. Herbert Schreier, Lawrence Berger, "On medical imperialism. A letter", em *Lancet*, 1974, vol. I, p. 1161. — Ver também M. H. Cooper, *Prices and profits in the pharmaceutical industry*, Oxford, Pergamon Press, 1966; Charles Levinson, *Les Trusts du médicament*, Paris. Seuil, 1974.

128 Howard Waitzkin, Hilary Modell, "Medicine, socialism and totalitarianism: lesson from Chile", em *New England Journal of Medicine*, 291: 171-177, 1974. — Vicente Navarro. "What does Chile mean: an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration", em the International Health Seminar at Harvard University, Boston, fevereiro de 1974, em *MMFQ, Health and Society*, primavera de 1974, p. 93-130.

129 Albert Jonsen, *et al.*, "Doctors in politics: a lesson from Chile", em *New England Journal of Medicine*, 29 de agosto de 1974, p. 471-472.

protegê-la das ligações com a indústria farmacêutica, preconizam a formação prática do médico por organismos públicos mais do que pelos privados. Segundo esses críticos, se os médicos prescrevem a torto e a direito na França como nos Estados Unidos, isso se explica pelas pressões que os laboratórios exercem sobre os clínicos assoberbados de trabalho. E acentua-se que o mais claro da formação pós-universitária dos médicos é a atuação dos laboratórios¹³⁰. Na França, toda publicidade junto ao grande público visa legalmente à eliminação de um medicamento da lista dos produtos reembolsáveis. A publicidade junto aos médicos, para esses mesmos produtos, é quase totalmente financiada pelo dinheiro dos segurados assalariados. Uma publicidade paga por laboratórios, cheia de artificios e documentação enganadora, enche muitas vezes a cabeça dos leitores dos jornais "estritamente reservados aos membros da profissão médica" e, em consequência, postados a preço reduzido no correio. Para cada um dos 350 mil clínicos americanos, a indústria farmacêutica gastou, em 1972, 4.500 dólares em porte-de publicidade e de promoção comercial.¹³¹ É surpreendente então ver que o consumo global *percapita* de tranqüilizantes, antibióticos ou hipotensores prescritos parece correlacionado com a renda *percapita* no planeta inteiro¹³², e isso até nos países socialistas onde, no entanto, a formação permanente dos médicos de modo algum pode ser assimilada à propaganda de uma indústria privada.

Cada vez mais, o médico se vê em face de duas categorias de toxicômanos: à primeira ele prescreve drogas que criam hábito; à segunda dispensa cuidados para tratar de pessoas que se intoxicaram por conta própria¹³³. Quanto mais rica é a comunidade, maiores são as

130 Gabriel Galice, *Santé et Profit. L'industrie pharmaceutique*, Paris, Ed. du Cerf, 1974: o medicamento é uma mercadoria *sui generis*, escolhida por um intermediário: o médico. De seu preço total, 20% são destinados à publicidade junto ao "consumidor econômico", não aquele que engole a pílula. Ela se qualifica pudicamente de *informação médica*.

131 Para a história da publicidade farmacêutica na França, ver o capítulo V de Eugène Guitard, *Deux siècles de la presse au service de la pharmacie et cinquante ans de l'Union pharmaceutique'. Histoire et bibliographie des périodiques intéressant les sciences, la médecine et spécialement la pharmacie en France et à l'étranger 11665 - 1860*. 2.^a ed., Paris, La Pharmacie centrale de France, 1913, 315 p. — Sobre os custos e a organização da publicidade nos Estados Unidos, ver John Pekkanen, *The American connection*, Chicago, FgIlett Publishing Co., 1973.

132 Mitcheli. Balter, *et al.*, "Gross-national study of the extent of anti-anxiety sedative drug use", em *New England Journal of Medicine*, 4 de abril de 1974, p. 769-774. — Dentro das categorias terapêuticas, o consumo pode variar numa relação de 1 a 3 segundo o país. Organização Mundial de Saúde (OMS). Escritório Regional para a Europa, *Consumption of drugs: report on a symposium*, Oslo, 3.7 de novembro de 1969.

133 Alfred Freedman, "Drugs and society: an ecological approach", em *Comprehensive Psychiatry*, vol. 13, n.º 5, setembro-outubro de 1972, p. 411-420.

possibilidades de que seus pacientes pertençam às duas categorias.¹³⁴

Controle social pelo diagnóstico

Vimos que a redução da capacidade de reagir dos membros de uma sociedade reflete-se na medicalização do Orçamento, e que a invasão farmacêutica, seja ou não eficaz, bloqueia a resistência das pessoas. Uma terceira forma de iatrogênese social é resultante da medicalização das categorias sociais. Bom exemplo desse atentado ao controle pessoal sobre o organismo e ao direito de modificar um ambiente que o entrava é a etiquetagem iatrogênica das diferentes idades da vida humana. Essa etiquetagem acaba fazendo parte integrante da cultura popular quando o leigo aceita como coisa "natural" e banal o fato de que as pessoas têm necessidade de cuidados médicos de rotina simplesmente porque estão em gestação, são recém-nascidas, crianças, estão no climatério, ou porque são velhas. Quando se chega a esse ponto, a vida não é mais uma sucessão de diferentes formas de saúde, e sim uma seqüência de períodos cada qual exigindo uma forma particular de consumo terapêutico. A cada idade corresponde então um meio ambiente especial para otimizar essa saúde-mercadoria: o berço, o local de trabalho, o asilo de aposentados e a sala de reanimação no hospital. O homem fica encaixotado num meio feito para os membros de sua categoria, conforme a concebe o especialista burocrático encarregado de sua gerência. Em cada um desses lugares, o indivíduo é instruído para seguir o comportamento que convém a uma administração de pedagogos, de pediatras, de ginecologistas, de geriatras e às suas diversas classes de servidores. A riqueza de informações sobre o meio natural é degradada por sua especialização; a escola, a rua e a atmosfera asséptica da clínica se enri quecem de prescrições profissionais e se empobrecem em opções para aqueles que aí se encontram encerrados. O homem domesticado entra em estabulação permanente para se fazer gerir numa seqüência de celas especializadas.¹³⁵

A influência do médico sobre a vida começa com a visita pré-natal,

134 Ford Foundation, *Dealing with drug abuse: a report to the Ford Foundation*, Nova York, Praeger, 1972. — Ver também Leon Epstein, Henry Lennard, "Médication psychoactive: possibilité inhérente de pollution interne", apresentado ao IV.º Congresso Internacional de Psiquiatria Social, Jerusalém, 21-26 de maio de 1972, em *Toxicomanies*, vol. 5, dezembro de 1972, p. 371-382.

135 Roslyn Lindheim, *The hospitalization of space*, a aparecer em 1975 nas edições Calders & Boyars, Londres. A arquiteta Roslyn Lindheim prepara um livro sobre a medicalização do *habitat* que ganha forma de "hospitalização do espaço". Os documentos CIDOC DOC. I/V 73 e 74 são esquemas de uma parte do seu livro.

em que resolve se o feto deverá nascer e de que maneira, e termina por sua decisão de renunciar a uma ressurreição suplementar. O ambiente passa a ser visto como um meio artificial e o profissional da saúde como um burocrata que dá a cada um o seu destino.

Tomemos como exemplo a velhice. Na maioria das sociedades, ela é concebida como a condição das pessoas além de determinada idade e não como uma doença. Na nossa sociedade, essa condição foi medicalizada sem que aliás isso modifique a esperança de vida. Mais pessoas chegam a ela porque não morreram enquanto crianças, porém, uma vez chegadas aos 65 anos, não lhes restam mais dias para viver hoje do que no passado. Pouco importam a quantidade e qualidade das drogas que engolem, pouco importam os cuidados médicos que se lhes prodigalizem, os velhos morrem no mesmo ritmo que outrora. O tratamento médico da velhice é geralmente uma cruel mistificação, que só funciona graças à credulidade do paciente. O único aspecto maravilhoso da intervenção moderna nas desordens cardiovasculares, a artrose, a cirrose e o câncer dos velhos, é que os sublimes feitos dos biocratas e os sofrimentos que eles impõem não reduzem de muito a vida de seus pacientes.

Segundo um estudo, 82% dos velhos que têm uma doença grave morrem menos de três meses após entrarem no hospital.¹³⁶ A mortalidade dos velhos no primeiro ano de seu encerramento na derradeira gaiola de ouro é nitidamente superior à de um grupo comparável deixado no meio a que estava habituado¹³⁷. Separar-se da sua família, ou mesmo do leito no qual dormiu um decênio, é para o velho importante fator de início dos processos mórbidos. São ainda mais notáveis os estudos indicando que a mortalidade é superior nos casos em que o começo da doença está associado à separação do domicílio. Isso ficou provado para a asma, o diabetes, o lúpus eritematoso disseminado, as hemorragias uterinas funcionais, a artrite seca, a tuberculose e a colite ulcerosa.¹³⁸ O instinto, aliás, revela ao velho a verdadeira função do seu encerramento: existem anciões que o buscam com intenção suicida.¹³⁹

136 A. N. Exton-Smith, "Terminal illness in the aged", em *Lancet*, 2, 1961, p. 305.

137 M. A. Lieberman, "Relationship of mortality rates to entrance to a home for the aged", em *Geriatrics*, 1961, p. 515-519. — David Jutman. "The hunger of old men", em *Transaction*, 12 de novembro de 1971, p. 55-56. — I. Falck, "Medizinische Folgen von Berentung und Pensionierung", em *A9rztliche Praxis*, 21, 1969, S. 3019-3021.

138 Para bibliografia pormenorizada, ver David Bakan, *Disease, pain and sacrifice. Toward a psychology of suffering*, Boston, Beacon Press, 1971.

139 Elizabeth Markson, "A hiding place to die", em *Transaction*, 12 de novembro de 1972.

É verdade que certas dores de que padecem as pessoas idosas podem ser atenuadas por uma competência médica que ultrapassa o *savoir-faire* de um leigo. Infelizmente, a maioria dos tratamentos infligidos aos velhos que requerem intervenção de um profissional não apenas aumenta sua dor mas, em caso de sucesso, a prolonga igualmente. A sustentação de um sistema vital faz aparecer freqüentemente noutro sistema perturbações novas ainda mais incômodas e dolorosas.

Nos Estados Unidos, 10% da população têm mais de 65 anos, e 28% da despesa médica nacional são consagrados a essa minoria. Mais ainda: agora que a taxa de crescimento demográfico anual dessa minoria ultrapassa de 3 pontos à do resto da população, o custo *percapita* de cuidados que lhe são consagrados cresce a uma taxa anual superior de 5 a 6 pontos à da despesa médica média *percapita*¹⁴⁰. Paralelamente a essa medicalização da velhice e por sua causa, observa-se que é cada vez mais difícil envelhecer com independência. A nova visão da velhice como *problema* geriátrico enclausurou as pessoas idosas no papel de uma minoria que se sente dolorosamente desprovida do necessário, seja qual for o nível de privilégio relativo, em termos monetários, que beneficie o conjunto do grupo.¹⁴¹

Sem dúvida, o privilégio social de que se gozou na idade adulta atinge uma espécie de paroxismo no privilégio que se goza como velho rico em comparação aos velhos pobres. A principal razão disso é muito simples: o velho rico está em condição de evitar o serviço médico totalitário ao qual o pobre escapa com tanto maior dificuldade quanto a sociedade é rica.¹⁴²

A medicalização da velhice é um exemplo dos riscos a que a especialização médica submete o público ao organizá-lo em categorias de pacientes. Todas as idades são medicalizadas, tal como o sexo, cociente intelectual ou a cor da pele. Desde que as mulheres do século XIX quiseram se afirmar, formou-se um corpo de ginecologistas: a

140 W. H. Forbes, "Longevity and medical costs", em *New England Journal of Medicine*, 13 de julho de 1967. = Robert S. Morison, "Dying", em *Scientific American*. 229, n.º 3, setembro de 1973.

141 H. Harmsen, "Die sozialmedizinische Bedeutung der Erhöhung des Anteils der Bejahrten bis 1980", em *Physikalische Medizin und Rehabilitation*; "Diatetik, Pharmacologie, Ordnungs — und Umstimmungsbehandlung", em *Klinik und Praxis* 9, 1968, H. 5, S. 119-121.

142 Anne-Marie Guillermond, *La Retraite, une mort sociale*. Sociologie des conduites en situation de retraite, Paris, Mouton, 1972.

própria feminilidade transformou-se em sintoma¹⁴³ de uma necessidade médica tratada por universitários evidentemente do sexo masculino. Estar grávida, parir, aleitar são outras tantas condições medicalizáveis, como são a menopausa ou a presença de um útero na idade em que o especialista decide que ele é demais. A puberdade, a depressão, a esterilidade, o alcoolismo, o homossexualismo, a obesidade permitem classificar os cidadãos em categorias de clientes. Nos Estados Unidos, foi proposta a regularização da pressão arterial de 20 milhões de habitantes fazendo-os consumir, cada um, 500 dólares de pílulas por ano. Somente pelo fato de tomar-se a pressão de todo mundo, os hipertensos se transformam num novo grupo de doentes. Na França, o negócio da medicalização da pressão arterial procede de maneira mais distinta, mas não certamente com menos despesas publicitárias.

Um país não precisa ser rico para conhecer certa categorização iatrogênica das diferentes idades e estados da vida. O fenômeno existe nos países pobres onde é muitas vezes chamado, por eufemismo, "processo de modernização"¹⁴⁴. Em 1960, 96% das mães chilenas alimentavam os filhos no seio além do primeiro ano. Em 1970, elas não eram mais que 6% e não mais que 20% aleitavam seu bebê nos dois primeiros meses. Essa mudança de nutrição, acostumando ao açúcar de cana e aos produtos industriais, resultou de intensa doutrinação política que veio tanto da direita democrata-cristã como da esquerda. Resultado desse processo de modernização: 84% do leite materno potencialmente disponível não foram utilizados. Essa perda, equivalente ao leite de 32 mil vacas chilenas, decorre de uma nova atenção dirigida à saúde da mãe e de uma puericultura aprovada pelos médicos.¹⁴⁵ Com a mamadeira transformada em sinal de *status*, um novo tipo de controle médico fez-se necessário. A razão disso é que novas doenças apareceram nas crianças que não tinham sido alimentadas no seio, e faltou às mães o conhecimento necessário para se ocupar de crianças cujo comportamento é diferente daquele a que estavam habituadas.

A medicalização da primeira infância não é somente danosa para o indivíduo. Como a da velhice, ela é um instrumento para reproduzir

143 Para a transformação do meio doméstico da mulher grávida, ver Robert Müllerheim, *Die Wochenstube in der Kunst. Eine kulturhistorische Studie*, Stuttgart. Enke, 1904 (138 Abbild).

144 Alan Berg, *The nutrition factor: its role in national development*, Washington. Brookings Institution, 1973 (cf. a esplêndida bibliografia).

145 Sobre os perigos dos hábitos de alimentação: R. K. Oates, "Infant feeding practices". em *British Medical Journal*, 1973, 2, p. 762-764.

uma sociedade de classes. Boltanski¹⁴⁶ estudou 80 obras de puericultura, em francês, por ordem cronológica, de 1842 a 1966, o que permite seguir a evolução do bebê contemporâneo e a medicalização progressiva do seu tratamento. A inovação aconselhada pelo médico é sempre o privilégio dos ricos. A sociedade moderna não está apenas estratificada, ela está hierarquizada. Numa tal sociedade, as classes dominantes detêm o monopólio da invenção e da criação. Toda mudança se faz de cima para baixo. Dentro de cada classe as mudanças se operam: 1) em função da distância social que a separa das classes superiores; 2) em função da relação de afinidade ou de oposição entre a mudança e o *ethos* dessa classe.

A aceitação geral da classificação iatrogênica se multiplica por todos os pacientes mais depressa que os médicos e os medicamentos. Dentro de cada categoria de pacientes nasce e se reforça a estratificação hierárquica estabelecida pela escola, o salário e o *status*.

Manutenção pelo mago preventivo

Com a medicina curativa aplicando cada vez mais seus esforços em doentes para os quais ela é ineficaz, dispendiosa e penosa, surgiu um novo capricho: a prevenção da doença realizada por novos profissionais encarregados da manutenção dos corpos. Após os cuidados de doença, cuidados de saúde tornaram-se uma mercadoria, isto é, qualquer coisa que se consome e não qualquer coisa que se faz. Quanto mais o salário pago pela firma é alto quanto mais elevada a função dentro da organização partidária é elevada, mais é necessário gastar para que essa estimável engrenagem da sociedade esteja bem lubrificada. O consumo de cuidados preventivos é cronologicamente o último dos sinais de *status* social da burguesia. Para estar na moda, é preciso hoje consumir *check-up*. Essa expressão inglesa faz parte agora do vocabulário cotidiano do francês, do sérvio, do espanhol, do malaio e do húngaro. A extensão do controle profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde é uma nova manifestação da medicalização da vida. Não é preciso estar doente para se transformar num paciente. "O conceito de morbidade simplesmente foi estendido e recobre situações onde não há morbidade em sentido estrito, mas probabilidade que uma tal morbidade apareça num devido prazo. O

146 Luc Boltanski, "Prime éducation et morale de classe", *Cahiers du Centre de sociologie européenne*. La Haye-Paris, Mouton. 1969, 152 p.

paciente que se apresenta ao médico com uma pressão considerada anormal está dentro da mesma situação de *doente*, tanto como aquele que se apresenta com um sintoma mórbido em sentido estrito".¹⁴⁷ Essa medicalização da prevenção é um terceiro sintoma da iatrogênese social.

Alguns médicos proclamaram nesses dez últimos anos que a medicina ia conhecer uma revolução com o desenvolvimento e a extensão a toda a população de cuidados profissionais preventivos. Obtiveram apoio financeiro não só da parte de grandes empresários mas também de líderes políticos sustentados pela grande massa dos que reclamam para si o que até então era privilégio reservado aos ricos. As visitas mensais pré-natais tornaram-se a última palavra, da mesma forma que as clínicas de nutrição e as pesquisas de saúde escolar¹⁴⁸, ou ainda as organizações de medicina preventiva que fornecem serviço de diagnóstico precoce tanto quanto terapêuticas preventivas.¹⁴⁹

O custo muito alto dos *check-up* até então reservados aos quadros superiores teria constituído obstáculo ao desenvolvimento generalizado de uma medicina preventiva de alto tecnicismo se não se tivesse conseguido automatizar alguns exames biológicos e biofísicos. Agora é possível administrar uma bateria de testes complexos e automatizados contendo um grande número de parâmetros, a um preço bem baixo, com a simples intervenção de técnicos não profissionais. Alguns vêem nisso a panacéia. O objetivo da operação é oferecer a incontáveis milhões uma detecção de suas necessidades terapêuticas ocultas, tão sofisticada como aquela que nos anos 60 só podia beneficiar algumas raras *personalidades* de Houston ou de Moscou. A ausência de estudos sérios no início dessa operação permitiu que os mercados de prevenção fizessem nascer expectativas não fundadas. Somente há pouco se dispôs dos resultados de estudos estatísticos comparativos sobre grupos beneficiados por um serviço de vigilância e diagnóstico precoce. Até o presente, o exame de duas dúzias de estudos revela que esses serviços preventivos, mesmo quando foram seguidos de terapêuticas dispendiosas, não tiveram qualquer impacto sobre a

147 J. P. Dupuy. Relations entre dépenses de santé, mortalité et morbidité, Paris, CEREBE. abril de 1973.

148 Alfred Yankauer, Ruth Lawrence, "A study of periodic school medical examinations", em *American Journal of Public Health*, 45, janeiro de 1955, p. 7178.

149 C. M. Wylie. "Participation in a multiple screening clinic with five years follow-up", em *Public Health Reports*, 76, julho de 1961, p. 596-602. — G. S. Siegel, "The uselessness of periodic examination", em *Archives of Environmental Health*, 13, setembro de 1966, p. 292-295: o médico americano se orgulha de praticar há cinquenta anos exames preventivos. "Não existe qualquer prova de que uma população submetida a tais exames viva mais, melhor ou com mais alento".

esperança de vida dos pacientes.¹⁵⁰

A verdade é que o diagnóstico precoce transforma pessoas que se sentem bem em pacientes ansiosos. Para começar, alguns desses exames não são isentos de riscos. O cateterismo cardíaco, exame que tem o propósito de determinar se o paciente sofre de uma cardiomiopatia, mata em média uma pessoa em cinqüenta. "A informação que oferece é da mesma ordem que a que se pode obter com uma tomada de pressão arterial uma vez numa vida, ou com um exame de urina uma vez em cada vinte anos. Essa prática é ridícula, absurda e sem qualquer necessidade... e é absolutamente sem valor no que diz respeito tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento".¹⁵¹ O exame custa 350 dólares por paciente, embora não exista qualquer prova de que um diagnóstico diferencial fundado sobre seus resultados seja a origem de um aumento de esperança de vida do paciente ou de um maior grau de conforto para ele. O cateterismo cardíaco não é uma operação de rotina na maioria dos serviços, mas é representativo de um conjunto muito amplo de métodos de diagnóstico mutilantes pelo bisturi, radiações e intoxicações. A maior parte dos outros exames é menos mortífera, mas há os que, bem mais caros, ocasionam a invalidez, e que são freqüentemente mal interpretados e produzem traumatismos psíquicos. Com exceção de um pequeno número, quase sempre baratos e de aplicação simples, os exames de laboratório que orientam a escolha de uma intervenção terapêutica são bem menos numerosos do que faz crer a pressão dos produtores. Quase sempre os médicos, embora persuadidos da inutilidade dos exames, justificam-nos sob o argumento de que eliminam pistas falsas e, com isso, evitam possíveis agressões terapêuticas. Mais vale o risco de um câncer pela radiação do que a probabilidade de uma mutilação por uni colega.

Ainda que alguém sobreviva sem danos a uma série de exames de laboratório e que finalmente se encontre nele um sintoma que justifique a intervenção, corre risco muito grande de ser submetido a uma terapêutica detestável, dolorosa, mutilante e cara. A ironia é que os males graves, sem sintomas aparentes, que somente esses equipamentos de diagnósticos podem detectar, são, em geral, doenças incuráveis, nas quais o tratamento precoce agrava o estado psíquico do paciente.

150 Paul D. Clote, "Automated multiphasic health testing. An evaluation", Independent study with John McKnight. North-Western University, 1973, em *CIDOC Antologia A8*, Cuernavaca, 1974.

151 Maurice Pappworth, "Dangerous head that may rule the heart", em *Perspective*, p. 67-70.

A prática de procedimentos rotineiros de diagnóstico precoce sobre populações importantes garantiu ao médico *científico* a existência de abundante matéria-prima para sua atividade: poderá colocar aí os belos casos que melhor correspondam às possibilidades de tratamento, ou os mais interessantes para pesquisa, com a terapêutica mostrando ou não a cura ou o alívio. Mas essa prática reforça a convicção das pessoas de que são máquinas cuja durabilidade depende da frequência das visitas à oficina de manutenção, e elas são obrigadas a pagar para que a instituição médica possa fazer seus estudos de mercado e desenvolver sua atividade comercial.

A medicalização da prevenção mantém a confusão entre a prevenção e o seguro. É só quando uma coisa não tem outro valor senão seu equivalente em cruzeiros que se aplica a definição de *seguro* encontrada num dicionário americano: "Faz-se seguro para proteger contra a perda". Na realidade, nenhuma companhia de seguro pode nos proteger contra a perda de nosso carro, nossa casa, nossa saúde ou nossa vida. Nenhum agente pode impedir sua destruição. Tudo que pode oferecer é o pagamento de certa soma para nos indenizar por sua perda. O transporte em automóvel não é mais seguro porque o prêmio de seguro está pago. Ainda que haja uma parte de verdade no mito de que tratamentos médicos dispendiosos possam restabelecer a saúde ou prolongar a vida, continua realidade que nenhum seguro pode proteger contra a doença ou a morte. Entretanto, estudo feito em Chicago mostrou que os indivíduos, quanto mais anos de escolaridade tenham, mais sustentam a tese de que sua saúde será melhor se eles estiverem segurados. A identificação do indivíduo estatístico ao homem biológico único cria uma demanda insaciável de recursos limitados. O indivíduo está subordinado às necessidades superiores da coletividade. Os cuidados preventivos se tornam obrigatórios, e o direito do paciente de dar seu consentimento para os tratamentos que lhe são infligidos é progressivamente escarnejado.

A eficácia dos cuidados médicos depende do grau em que o indivíduo leva em conta a descoberta dos seus próprios sintomas. Este fato foi muito recentemente proclamado pela propaganda médica como se fosse uma descoberta. Os membros da profissão médica se associam às revistas ilustradas para recomendar ao público que se inspecione regularmente diante do espelho e descubra o começo de um câncer. A detecção precoce das raras doenças degenerativas para as quais o paciente poderia encontrar alívio graças a uma intervenção

médica precoce depende freqüentemente da descoberta pelo próprio paciente de um sintoma provável de grave distúrbio. Os exames médicos, destinados a detectar cânceres em início, programados para uma vez ao ano, chegam em geral muito tarde, porque são muito espaçados¹⁵². Na realidade, essa incorporação do próprio indivíduo no serviço médico é apenas um estratagema para rejeitar, diante do público, a responsabilidade do fracasso da prevenção profissional e, ao mesmo tempo, ainda aumentar a clientela. As pessoas a quem o médico diz que seu coração está em bom estado e que são encorajadas assim a perseverar num modo de vida nocivo provavelmente são em maior número do que aquelas a quem ele ajuda com seus conselhos quando sentem perturbações.

A medicalização do diagnóstico precoce não apenas entrava e desencoraja a verdadeira prevenção, mas leva também o paciente potencial a comportar-se como um objeto pelo qual o médico é responsável. Ele aprende a entregar-se ao médico esteja ou não com boa saúde; transforma-se num paciente para o resto da vida.

Incorporação numa liturgia macabra

Como todo setor industrial em crescimento, o sistema de saúde coloca suas forças onde a demanda parece sem limites: a proteção contra a morte. A medicalização dos grandes rituais constitui um quinto sintoma grave da iatrogenese social. Uma percentagem crescente de recursos públicos é destinada ao desenvolvimento de técnicas com o objetivo de prolongar a vida dos que estão à morte. Chefes de serviço selecionam, com unção, um inglês em cada cinco que sofrem de insuficiência renal e o condicionam a desejar o raro privilégio de morrer em fogo brando nesse instrumento de tortura que se chama rim artificial¹⁵³. Muito tempo e muitos esforços são consagrados durante o tratamento a impedir que o paciente se suicide durante um ano ou talvez dois de vida que às vezes ele ganha¹⁵⁴.

Os serviços de tratamento cardíaco intensivo são outros engenhos

152 Paul D. Clote, *op. cit.*

153 National Center for Health Statistics, *Mortality trends for leading causes of death: US. 1950-1969*, ed. Joan Klebba, *et al.* No período em que se tornou uso o transplante de rim e a utilização do rim artificial, a mortalidade devida à nefrite e à nefrose declinou em 77%. E a mais impressionante redução de uma causa de mortalidade conhecida e ela nada tem a ver com o desenvolvimento dessas duas técnicas.

154 G. H. Calland, "Iatrogenic problems in end stage renal failure", em *New England Journal of Medicine*, 1972, p. 287-334: nota autobiográfica de um médico submetido a diálise renal.

muito vistosos que não têm qualquer êxito estatístico demonstrado. Requerem três vezes mais equipamentos e cinco vezes mais pessoal que os serviços de medicina geral. Seu custo no hospital é desproporcional ao do tratamento a domicílio. Nos Estados Unidos, 12% dos enfermeiros diplomados que trabalham em hospital estão ligados a tais serviços. Seu equipamento tornou-se símbolo internacional de paz desde que Nixon e Brejnev assinaram um tratado de cooperação para a conquista do espaço, do câncer e das doenças cardíacas. Esse tratamento espetacular é financiado, como as liturgias de outrora, por impostos, donativos e sacrifícios. Estudos estatísticos com grandes amostras tomadas ao acaso procuraram comparar as taxas de mortalidade e de cura observadas em casos de infarto do miocárdio tratados nesses serviços e na casa do paciente. Não foi evidenciada até agora nenhuma vantagem para os primeiros. O pânico provocado pela reclusão num meio mecânico mata mais gente do que a máquina salva. Os pacientes preferem em geral o tratamento a domicílio. O hospital os aterroriza e, em caso de crise, eles preferem estar perto dos membros da família.¹⁵⁵ Parece que as pessoas que, por seu tipo de trabalho, aprenderam a submeter-se ao ritmo de aparelhos complicados sobrevivem, emaranhadas em tubos e fios, mais tempo que qualquer outra categoria de paciente.

A fascinação pelos "avanços médicos", as técnicas da medicina terminal* e a morte sob controle médico são sintoma particularmente visível da quinta dimensão da iatrogênese social. Para melhor compreendê-la é preciso ver nela a manifestação de uma necessidade muito profunda de milagre. A medicina terminal é o mais solene elemento de um ritual que celebra e consolida o mito de que o médico trava uma luta heróica contra a morte¹⁵⁶.

A intervenção técnica no doente revelou-se uma estratégia com resultados decrescentes e até negativos. A satisfação com que o público é levado a financiar essas atividades de fato corresponde à sua necessidade das funções não técnicas da medicina. A intervenção que atinge a maquinaria física e bioquímica do paciente e o meio ambiente não é e não foi jamais a única função das instituições médicas. A administração de remédios, sejam ou não eficazes, não é de forma

155 H. G. Mather. et al., op. cit.

* Ao leitor não familiarizado à terminologia médica, fica o esclarecimento de que medicina terminal designa aqui os recursos terapêuticos e técnicos empregados usualmente na tentativa de adiar a morte praticamente inevitável de portadores de males irreversíveis.

156 John Hinton, *Dying*, Penguin Books, 1974.

alguma o único tipo de mediação entre o homem e sua doença. Outras formas correntes de cura são a mágica, pelo impacto emocional do cerimonial¹⁵⁷, a cura pela sugestão do xamã¹⁵⁸ a interpretação do sofrimento pela religião¹⁵⁹ e, ainda muito mais importante, as normas sociais que asseguram consolação. Em grande medida, as culturas que desenvolveram o sentido da compaixão pelos infelizes, a hospitalidade para com o enfermo e a tolerância para com o louco podem integrar o doente à vida cotidiana.

Uma das numerosas funções da medicina recentemente eclipsou todas as outras. É a tentativa de dominar a progressão de todas as doenças por meio de intervenções técnicas. Paradoxalmente, quanto mais a atenção se voltava para o domínio técnico da doença, mais importância ganhavam as funções simbólicas e não técnicas da aparelhagem técnica médica. Aventais brancos, meio asséptico, ambulâncias, sistemas de segurança, todo esse aparato ritual veio preencher principalmente funções mágicas e simbólicas. E preciso distinguir cuidadosamente o impacto dos símbolos, mitos e rituais sobre a saúde do efeito puramente técnico dos procedimentos correspondentes. Uma injeção de penicilina, perfeitamente gratuita ou mesmo danosa, pode no entanto ter um poderoso efeito placebo.¹⁶⁰ A medida que os medicamentos se tornaram mais eficazes, os seus efeitos secundários de ordem simbólica começaram a revelar-se mais e mais nefastos à saúde. Noutros tempos, a magia branca da medicina tradicional que sustentava os esforços do paciente transformou-se em magia negra. Em vez de mobilizar e ativar a capacidade do paciente para livrar-se do mal, ou a comunidade para cuidar dele, a magia médica moderna o transforma em espectador mudo e mistificado.

Todos os rituais têm em comum uma característica fundamental: aumentam a tolerância à dissonância cognitiva. Os que participam de um ritual tornam-se capazes de combinar esperanças irrealistas com

157 William J. Goode, "Religion and magic", em *Religion among the primitives*, Free Press, 1951. p. 50-54: oferece uma distinção operatória entre a cura mágica e a cura religiosa.

158 J. Filliozat, *Magie et Médecine*, Paris, PUF, série "Mythes et Religion", 1943.

159 Thomas Keith, *Religion and the decline of magic. Studies in popular beliefs in 16th and 17th centuries in England*, Londres, Weidenfeld and Nicholson, 1971: trata do lugar da religião e da magia no alívio do sofrimento.

160 J. A. Roth, "Ritual and magic in the control of contagion", in *American Sociological Review*, vol. 22, 1957, p. 310-314: estuda sob um aspecto muito parcial fenômeno que merece uma pesquisa aprofundada.

uma realidade indesejável.¹⁶¹ Exemplo: os alunos que, regularmente e durante muito tempo, participam do ritual da instituição escolar estão em estado de aceitar o mito de que a nação proporcionaria oportunidades iguais a todos os cidadãos, embora simultaneamente aprendam a reconhecer a todo momento a que classe social precisamente pertencem. Quanto mais uma sociedade dispõe de escolas, mais há pessoas que, de uma forma ou outra, acabam acreditando no progresso de todo o mundo, embora se tenha podido mostrar que a principal produção da escola é uma hierarquia de reprovados¹⁶². Do mesmo modo, os rituais da medicina fazem as pessoas acreditarem que os tratamentos que suportam farão bem a sua saúde, embora seu resultado mais evidente seja de privá-las da vontade de exercer controle sobre suas condições de trabalho e habitação.

Encontrava-me por acaso no Rio de Janeiro e em Lima quando o Dr. Christian Barnard ali fazia sua *tournee*. Nesse mesmo ano, uma comissão de juristas tinha informado que a polícia de um país latino-americano acabara de instalar aparelhos de ressurreição em seus centros de tortura. A vedete médica conseguiu encher numa e noutra cidade o maior estádio de futebol com uma multidão histérica que aclamava sua habilidade macabra de trocar corações humanos. Esse tipo de tratamento-milagre tem um impacto de escala mundial. Seu efeito alienante emociona pessoas que não têm qualquer possibilidade de serem admitidas um dia numa modesta clínica, muito menos num grande hospital. No entanto essas *proezas* lhes dão a segurança abstrata de que a ciência faz progressos dos quais se poderão também beneficiar um dia. Quando os cuidados médicos e a cura tornam-se monopólios de organizações ou de máquinas, a terapêutica transforma-se inevitavelmente em ritual macabro.

Seria insultar o feiticeiro ver nele o ancestral do médico de hoje. De fato ele é o ancestral de todos os profissionais modernos. Combinava e transcendia funções que agora são entendidas como sendo técnicas, religiosas, legais e mágicas. Não temos uma palavra para designar personagem tão complexo.¹⁶³

161 Utilizo o conceito de *ritual* no sentido adotado por Max Gluckman, *Politics, law and ritual in tribal society*, Aldine, 1965. — Ver também Victor M. Turner, *The ritual process. Structure and anti-structure*, Londres, Penguin Books, 1969.

162 Desenvolvi esse tema em: Ivan Illich, "O rito do progresso", em *Sociedade sem Escola*, cap. III, Paris, Seuil, 1971, p. 64-84.

163 Erwin Ackerknecht, "Problems of primitive medicine", em *Bulletin of the History of Medicine*, XI, 1942, p. 503-521.

O homem moderno se engana quando acredita que as profissões podem ser especializadas à vontade.¹⁶⁴ Os profissionais tendem a agir como se os resultados de sua atividade se limitassem aos de caráter verificável de tipo operatório. Os doutores curam. Os professores ensinam. Os engenheiros transportam pessoas e coisas. Os economistas dão uma explicação mais unitária da atividade dos especialistas enquanto os tratam como *produtores*. Eles impuseram aos membros das profissões liberais, muitas vezes contra o desejo destes, a consciência de serem todos, de qualquer forma, *trabalhadores*. Os sociólogos não conseguiram ainda, entretanto, tornar esses mesmos profissionais conscientes de que, enquanto funcionários de uma aparelhagem simbólica, são celebrantes em comum do mesmo ritual e oficiantes das mesmas funções mágicas. Do mesmo modo que todos os trabalhadores contribuem para o crescimento do PNB, os especialistas criam e sustentam a ilusão do progresso.

Queiram ou não, os médicos contemporâneos se conduzem como sacerdotes, mágicos e agentes do poder político. Quando um médico extirpa as adenóides de uma criança, a separa algum tempo dos pais, a entrega a técnicos que lhe falam uma língua estranha, lhe inculca a idéia de que a integridade do seu corpo pode ser violada por estranhos por motivos que só eles conhecem, e a torna orgulhosa de pertencer a um país onde a previdência social financia as iniciações médicas para a vida.¹⁶⁵ O efeito técnico da intervenção cirúrgica, arriscada e de duvidoso valor, apaga-se diante dos seus efeitos não técnicos.

No momento em que os médicos abriram boticas fora dos templos, na Grécia, na Índia ou na China, pretendiam, em primeiro lugar, ter um poder racional sobre a doença; deixaram as curas milagrosas para os sacerdotes e os reis. O poder da cura milagrosa foi atribuído sempre às autoridades religiosas e civis. O templo era o lugar da cura religiosa. A casta que tinha acesso aos deuses podia pedir a sua intervenção dentro dos santuários. A corte era o local de outro poder curador. Até o século XVIII, o rei da Inglaterra impunha uma vez ao ano as mãos a alguns daqueles que os médicos tinham sido incapazes de curar. Na França, desde a alta Idade Média eles se dirigiam voluntariamente ao rei que, por ocasião de grandes festas, exercia um poder miraculoso, idêntico ao de um santo. Tocava o dedo na fronte

164 Sobre esse tema ver André Gorz, *Critique de la division du travail* (último capítulo), Paris, Seuil, 1973.

165 S. D. Lipton, "On psychology of childhood tonsillectomy", em *Psychoan. Stud. Child.*, 17, 1962, p. 363-417. — Roy Branson, *The doctor as high priest*, em *Hastings Center Studies*, 1973.

dos doentes e pronunciava uma fórmula ritual prometendo-lhes a cura¹⁶⁶. Os epiléticos, cujo mal resistia ao poder do rei, podiam recorrer ao toque do carrasco¹⁶⁷: a mão que manejava a lâmina tinha o poder de exorcizar não somente o inimigo, mas também a doença.

A distinção entre a cura miraculosa e a aplicação racional da técnica está se esmaecendo. Hoje a instituição médica reclama o direito de realizar curas-milagres. Nossos feiticeiros contemporâneos reivindicam autoridade sobre o paciente, mesmo se a etiologia é incerta, o prognóstico desfavorável e a terapêutica está em estágio experimental. A esperança de um milagre médico é a melhor proteção de medicina contra o fracasso, já que, se podemos esperar um milagre, não podemos, por definição, contar com ele. Assim, em nossa cultura medicalizada, os médicos se atribuíram o papel, anteriormente reservado aos sacerdotes e soberanos, de celebrar prodigamente rituais através dos quais as doenças são banidas. Daí a função dos *avanços da* medicina, que permitem ao médico moderno desempenhar ao menos em parte o papel do feiticeiro de outrora. Quando são mostrados na televisão, os feitos heróicos da medicina se assemelham a uma espécie de dança das chuvas para milhões de pessoas. São liturgias que transformam a esperança realística de uma vida autônoma na ilusão de que os médicos vão dar à humanidade uma saúde cada vez melhor. É o ritual da medicina, celebrado por um mago preventivo, que priva os homens da posse do presente.

Investimento terapêutico do meio

O sexto sintoma da iatrogênese social pode ser caracterizado como a eliminação do *status* de saúde graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente. Em todas as sociedades, as pessoas de atitudes ou comportamento estranhos constituem uma ameaça, enquanto seus traços singulares não são designados de maneira formal e desde que sua conduta anormal não seja assimilada num papel conhecido. Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades que atemorizam, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida. Nas sociedades industriais, o anormal tem direito a um consumo especial. A categorização social aumentou o

166 Robert Mandrou, *Introduction à la France moderne, 1500-1640*, coleção "L'évolution de l'Humanité", Paris, Albin Michel, 1961 e 1974.

167 M. Bloch, *Les Rois thaumaruges*, Estrasburgo, 1924. Reeditado, Paris A. Colin, 1961.

número dos que possuem esse *status* de consumidor excepcional, a tal ponto que se tornaram exceção as pessoas que não entram em nenhuma categoria terapêutica.

Cada sociedade tem seus agentes mandatários para reconhecer a natureza da anormalidade: eles decidem se o indivíduo está possuído do demônio, dominado por um deus, envenenado, punido por seus pecados ou vítima dos sortilégios de um feiticeiro. Os agentes podem pertencer à ordem jurídica, religiosa, militar ou médica. Nas sociedades modernas, também podem chamar-se educadores, assistentes sociais ou ideólogos de um partido. Ao catalogar os portadores de anormalidades, o Poder os coloca sob o controle da linguagem e dos costumes; assim, transforma quem é uma ameaça à ordem estabelecida em sustentáculo dessa ordem. Uma vez estabelecido que um epilético é habitado pela alma de um morto, cada uma de suas crises é uma confirmação da teoria. Catalogar os portadores de anormalidades significa estender o controle social às forças da natureza e reduzir, desse modo, a ansiedade da sociedade.

A definição da anormalidade muda de uma cultura para outra. Cada civilização cria suas próprias doenças¹⁶⁸. O que numa é doença pode ser crime, manifestação de santidade ou pecado em uma outra. A atitude diante da anormalidade também varia de uma cultura para outra. O mesmo sintoma pode excluir da sociedade um homem, seja executando-o, exilando-o, abandonando-o, encarcerando-o, hospitalizando-o, ou seja mesmo cercando-o de respeito, donativos e subvenções.¹⁶⁹ Pode-se obrigar um ladrão a vestir determinadas roupas, fazer penitência, como pode-se lhe cortar os dedos e submetê-lo a um tratamento mágico ou técnico numa prisão ou numa instituição para cleptomaníacos.

Durante os anos cinquenta, especialmente nos Estados Unidos, o papel de doente veio a identificar-se quase totalmente com o papel de paciente¹⁷⁰. O doente tornou-se alguém de quem aos poucos se retira toda a responsabilidade sobre sua doença. Ele não é considerado responsável pelo fato de ter caído doente, nem capaz de recobrar a

168 Lund Troels, *Gesundheit und Krankheit in der Anschauung alter Zeiten*, Leipzig, 1901. — Bronislaw Malinowski, *Magic, science and religion and other essays*, Nova York, Doubleday, Anchor, 1954 (original de 1925) — Henry E. Sigerist, *Civilization and disease*, Univ. of Chicago Press, 1970.

169 Sobre o estatuto de doente, ver J.-P. Valabrega, *La Relation thérapeutique. malade et médecin*, Flammarion, Nouvelle Bibliothèque scientifique, 1962, e C. Herzlich, ed., *Médecine, maladie et société*, Paris-La Haye, Mouton, 1970.

170 Talcott Parsons, *Illness and the role of the physician* (original de 1948). — Para uma construção técnica muito interessante que justifica essa identificação, ver Miriam Siegler, Humphrey Osmond, *Models of madness, models of medicine*, Nova York, Macmillan, 1975.

saúde por si mesmo. O atestado médico de seus sintomas isenta-o das obrigações relativas ao seu papel social e dispensa-o de participar de suas atividades normais. Tem um novo papel: o de portador legítimo de anormalidade. Porém essa exoneração de responsabilidades habituais só é tolerada na medida em que ele considere a doença como um estado indesejável e que procure assistência técnica no sistema médico¹⁷¹. De acordo com esse modelo de *conduta de doente* dos anos cinqüenta, como o descreve Talcott Parsons, a doença impõe ao doente a obrigação de se submeter ao serviço de reparação prodigalizado pelos doutores para que retorne o mais cedo possível ao seu trabalho, e fica estabelecido que o trabalhador é incapaz de fazê-lo sozinho. Pela identificação do papel de doente com o de paciente do qual o sistema se encarrega, a doença foi industrializada por toda uma geração.

O modelo parsoniano só é válido na medida em que os médicos ajam como se os seus tratamentos em geral tivessem eficácia e na medida em que o grande público deseje partilhar essa visão otimista. Era este o caso até bem pouco tempo. O modelo parsoniano tornou-se entretanto inadequado para a descrição de um sistema médico que reivindica autoridade sobre as pessoas que ainda não estão doentes, outras que não podem prever razoavelmente se estão bem, e enfim outras para as quais os médicos ainda não têm tratamentos mais eficazes do que os que lhes podem oferecer a mulher ou a tia.

O papel do médico tornou-se alguma coisa muito mal definida¹⁷². As profissões de saúde produzem atualmente um amálgama de serviços clínicos, medicina científica e gerência técnica da saúde pública. Os médicos incumbem-se de clientes que têm simultaneamente vários papéis em cada um dos seus contatos com a instituição médica. Foram transformados em pacientes que a medicina testa e repara; em administrados, cuja saúde é assumida por uma burocracia médica, e em cobaias, em que a ciência médica pratica experiências¹⁷³. O poder da medicina de outorgar o papel de doente foi dissolvido pela pretensão de proporcionar cuidados universais. A saúde deixou de ser a propriedade natural de que cada homem é presumivelmente dotado

171 Lawrence J. Henderson, 'Physician and patient as a social system', em *New England Journal of Medicine*, vol. 212. 1935, p. 819-823, precedeu Parsons ao atribuir essa função ao médico. — David Robinson. *The process of becoming ill*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 1971.

172 Nils Christie. "Law and medicine: the case against role blurring", em *Law and Society Review*, 5 (3), fevereiro de 1971, p. 357-366.

173 René Fox. *Experiment perilous. Physicians and patients facing unknown*, Glencoe III., Free Press, 1959, estuda a situação de um grupo de doentes que têm coísciência de ser objeto de experiências médicas.

até que seja provado que ele está doente. Ela se transformou nesse sonho inacessível, nessa promessa sempre longínqua a que cada um pode pretender em virtude dos princípios da justiça social.

Um conglomerado médico profissional emergente tornou o papel de paciente infinitamente elástico. O poder da medicina de atestar que alguém está doente foi substituído pela presunção burocrática do gerente da saúde pública que classifica as pessoas em função da importância e da natureza de suas necessidades terapêuticas. A autoridade médica se estendeu à planificação generalizada dos tratamentos, à detecção precoce, às terapias preventivas e, cada vez mais, ao tratamento dos incuráveis. As pessoas passam a reconhecer esse novo direito dos profissionais da saúde de intervir em sua vida em nome de sua própria saúde. Numa sociedade mórbida, o ambiente é recomposto de tal modo que a maior parte, das pessoas perde, em freqüentes circunstâncias, o poder e a vontade de ser auto-suficiente, e afinal acaba acreditando que a ação autônoma é impraticável. A medicina moderna inicialmente controlou o tamanho de seu mercado e agora ele não tem mais limites. Pessoas que não estão doentes vão submeter-se à instituição médica para o bem de sua saúde futura. Resultado: uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbidade universal. R. Lenoir¹⁷⁴ resume a situação nestes termos: "Dizer que uma pessoa é inadaptada, marginal ou anti-social, é simplesmente constatar que na sociedade industrializada e urbanizada do fim do século XX, essa pessoa, em razão de uma enfermidade física ou mental, de seu comportamento psicológico ou de sua falta de formação, é incapaz de prover suas necessidades, ou exige constantes cuidados, ou representa um perigo para outra, ou se encontra segregada. (...) É a sociedade que multiplica as causas de inadaptação física, mental e social e que em seguida torna necessário o gasto de somas fantásticas para tratar, reinserir ou conservar vivos os inadaptados. (...) Esse empreendimento é financiado por cotizações sociais que se podem assimilar a um imposto de renda regressivo ou a impostos indiretos que, na França, rendem seis vezes mais que o imposto de renda progressivo. (...) Numa tal sociedade, que multiplica os inadaptados (...) a socialização é proporcionalmente financiada mais pelas rendas médias e pequenas do que pelas rendas elevadas (...) enquanto que o consumo de tratamentos beneficia menos aos deficientes, mesmo com

174 René Lenoir, *Les Exclus: un Français sur dix*, Paris, Seuil, 1974.

igualdade de despesa".

Numa sociedade mórbida, prevalece a idéia de que a má saúde definida e diagnosticada é infinitamente preferível a qualquer outra forma de etiquetagem negativa. Isso é melhor do que ser catalogado como criminoso ou como um agitador, como preguiçoso, como simulador¹⁷⁵. Cada vez mais as pessoas sabem no subconsciente que estão fatigadas e doentes por seu trabalho e seu lazer passivo, mas querem ser enganadas e que se lhes diga que a doença física isenta-as de toda responsabilidade política e social. Querem que seu médico se comporte como um homem de lei ou como um padre. Enquanto homem de lei, o médico isenta o paciente de seus deveres normais e lhe permite retirar dinheiro dos fundos de seguro que ele foi obrigado a constituir. Enquanto padre, o médico se faz cúmplice do paciente na criação de um mito segundo o qual este último é apenas vítima inocente de mecanismos biológicos, e não o desertor preguiçoso, cúmplice ou invejoso de uma luta social onde o troféu é o domínio dos instrumentos de produção. A vida social resume-se em organizar e submeter-se a terapias médicas, psiquiátricas, pedagógicas ou geriátricas. Reivindicar tratamento se transforma num dever político¹⁷⁶ e o atestado médico, num meio poderoso de controle social.

Com o desenvolvimento do setor terapêutico da economia, um número crescente de pessoas vem a ser descoberto como anormal em relação a alguma norma desejável e portanto como clientes que podem ser submetidas a uma terapêutica visando a reajustá-las às normas de funcionamento estabelecidas ou reunidas nos ambientes especializados concebidos para a sua anormalidade. Basaglia¹⁷⁷ frisa que no primeiro estágio do processo os doentes são isentos da taxa de produzir. O direito do doente de reclamar privilégios generaliza-se. Na etapa seguinte da expansão industrial, uma maioria de pessoas é catalogada como anormal com 'direito a uma terapia. Quando isso acontece, a distância que separa o doente do homem saudável é novamente reduzida. Nas sociedades industriais avançadas, é reconhecido, como outrora, ao doente, certo nível de produtividade, o qual, sob a pressão dos sindicatos, lhe era recusado numa etapa

175 O direito efetivo ao estatuto de paciente se torna um sinal de progresso social. Na Inglaterra, depois de 1926, nunca mais de 5 milhes de jornadas por ano foram perdidas por greve. Desde 1968, a cada ano, perdem-se 300 milhes de jornadas de trabalho por doença. Office of Health Economics, *Off sick*, Londres, OHE, 1971.

176 Peter Sedgwick, "Illness — mental and otherwise" (capítulo de um livro a ser editado pela Harper & Row), em *Hastings Center Studies*, vol. I, n.º 3, 1973, p. 19-40.

177 Franco Basaglia, *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*. Turim. Nuovo Politecnico 43. Einaudi, 1971.

anterior da industrialização. Numa época em que, de uma forma ou outra, todo mundo se tornou paciente, o trabalho assalariado adquire características terapêuticas. A educação sanitária para a vida, conselhos, exames e cuidados dispensados pelo serviço médico local tornaram-se parte integrante da rotina da fábrica ou do escritório. As relações terapêuticas se apoderaram de todas as relações produtivas e lhes dão novo sabor. A medicalização da sociedade industrial reforça seu caráter imperialista e autoritário.

CAPÍTULO III

AS DUAS DIMENSOES DA CONTRAPRODUTIVIDADE INSTITUCIONAL

A medicalização da vida é apenas um aspecto da dominação destrutiva que o desenvolvimento industrial exerce sobre nossa sociedade. A supermedicalização é apenas um exemplo particularmente penoso das frustrações criadas pela superprodução. Para penetrar no verdadeiro sentido da iatrogênese social, é preciso percebê-la no seu contexto sócio-econômico geral.

Durante um século acreditou-se que o nível de vida e a extensão do bem-estar dependiam do acesso aos produtos industriais. Agora é evidente que se acrescentamos aos custos de produção os efeitos secundários não desejados da maior parte das instituições, estas aparecem não como ferramentas de progresso mas como os principais obstáculos para a realização dos objetivos que constituem precisamente sua finalidade manifesta e técnica.

A consciência do público para esse perigo de superprodução é, por ora, limitada aos empreendimentos industriais que transformam grande quantidade de matérias-primas e de energia. Tornou-se inevitável aceitar uma imediata desaceleração de sua taxa de crescimento, tornou-se necessário prever uma inversão desta taxa e uma redução do volume total de produção, tornou-se evidente que a igualdade de acesso aos bens produzidos por essas empresas não pode ser atingida se não for reduzida consideravelmente a quantidade de matérias-primas e de energia que cada unidade produzida contém. No debate político e tecnológico, um novo tema ganha rapidamente importância de primeiro plano: como assegurar a sobrevivência das sociedades industriais sem exacerbar nelas nem as desigualdades nem o controle social.

Essa atenção para a necessidade de limitar o crescimento da produção de bens distraiu a atenção para um perigo paralelo, o do crescimento do setor dos serviços. Em geral se negligencia ver que a limitação do crescimento deste setor está tão inserida nos fatos como a do setor dos bens. A maioria dos autores que tratam do que poderá ser o futuro no horizonte de 1980-1990 está tão cega à necessidade de uma limitação do crescimento das instituições produtoras de serviços como estava a maior parte dos economistas dos anos

cinquenta para os limites que as empresas produtoras de bens iam encontrar para o seu crescimento por volta do final da década de sessenta. Em verdade, a maioria dos que hoje lutam a favor da imposição de limitações ao crescimento clama pela transferência de mão-de-obra, de recursos financeiros e de privilégios do setor dos bens materiais para as instituições que produzem educação, saúde e outras formas de bem-estar social asseguradas por profissionais. Se as suas recomendações passarem em sucessivas políticas, só um resultado pode sobrevir: o agravamento da presente crise.

Vivemos numa época em que o aprender é programado, o habitar urbanizado, os deslocamentos motorizados, as comunicações canalizadas e em que, pela primeira vez na história da humanidade, quase um terço dos produtos alimentares consumidos provêm de mercados longínquos. Numa sociedade superindustrializada a esse ponto, as pessoas são condicionadas a obter as coisas e não a fazê-las. O que querem é ser educadas, transportadas, cuidadas ou guiadas, ao contrário de aprenderem, deslocarem-se, curarem e encontrarem seu próprio caminho. O que pode ser fornecido e consumido toma o lugar do que pode ser feito. O verbo *curar tende* a ser utilizado exclusivamente em seu emprego transitivo. *Curar* não é mais compreendido com a atividade do doente e se torna cada vez mais o ato daquele que se encarrega do paciente. Quando esse terceiro surge e cobra seus serviços, *curar* passa por uma primeira transformação: muda de dom para mercadoria. Quando o terapeuta se torna escolarizado, *curar* transforma-se de um simples serviço num mister profissional. Quando o sentido transitivo domina a linguagem, o funcionário provedor de cura obtém o monopólio. O que é abundante, gratuito e de grande valor torna-se alguma coisa que, por definição, é rara, tem um custo monetário de produção e um preço de mercado. Curar não é mais então uma atividade mas uma mercadoria.

A medicalização da vida aparece portanto como parte integrante de sua institucionalização industrial. Os subprodutos não desejados da medicina são apenas um aspecto particularmente representativo da crise profunda e geral que afeta os empreendimentos maiores. As escolas produzem a educação, os veículos motorizados produzem a locomoção, da mesma maneira que a medicina produz os tratamentos. Cada indústria chega a dominar seu setor e faz aceitar seus *outputs* como produtos de primeira necessidade que possuem todas as características de mercadorias industriais.

O valor total do quilômetro/passageiro, o de um ano de educação no colégio ou de uma colostomia são mais ou menos os mesmos, quer esses serviços sejam vendidos num mercado ou distribuídos fora do mercado por uma instituição centralizada. Seus custos de produção podem ser adicionados ou suprimidos do PNB, sua raridade traduz-se em termos de valor marginal, e seu preço se estabelece em equivalentes monetários. Cada uma dessas mercadorias está disponível em *quanta* cujos custos unitários para a coletividade crescem em grandes saltos, mesmo que não pareça nada disso e que o preço do mercado reflita apenas em parte aquilo que o objeto em questão custou ao contribuinte. A razão é que quanto mais sobe o custo de uma mercadoria, mais esse fato é mascarado porque uma crescente parte dela é exportada através de outros sistemas e não aparece em seu preço: é o que os economistas chamam *externalidade*. O preço pago por um consumidor para percorrer um quilômetro pode ser *grosso modo* o mesmo quer o faça pela estrada ou pelos ares, enquanto que o verdadeiro custo social e ecológico está em estreita correlação com a velocidade máxima do veículo utilizado. Os aluguéis em subúrbios ou no centro de uma cidade podem variar apenas de 1 para 2, mas os impostos para financiar os meios que tornam acessíveis apartamentos melhor ou pior situados mantêm uma relação consideravelmente superior. A educação, os transportes e a medicina de qualidade superior comportam-se como mercadorias, mas somente na proporção de seu custo que, como a parte visível de um *iceberg*, aparece no mercado e nas contas dos planejadores.

As mercadorias em questão não aparecem somente em níveis quânticos discretos; esses níveis, além disso, são ordenados hierarquicamente. O acesso ao nível mais alto, que é também o mais custoso, supõe em geral que o consumidor já tenha tido acesso ao sistema em nível mais baixo. O caminho da universidade passa pelo colégio, da mesma forma que o caminho do hospital passa pelo consultório médico particular ou do ambulatório, ou ainda que o caminho do aeroporto seja uma rodovia financiada pelos contribuintes. Em cada área, o que uma mercadoria contém de dinheiro público e de supérfluos aumenta exponencialmente com seu preço. Os raros consumidores que ganharam um grande prêmio de loteria ganham automaticamente os outros grandes prêmios. São transportados de helicóptero até a sala de operações, o acesso à faculdade lhes dá acesso ao computador. Pouco importa que vivam num sistema onde é o porta-notas que abre o leque de escolhas ou num outro onde são os

profissionais que decidem a ocupação dos bancos escolares, os tratamentos médicos ou os lugares no avião.

A relação entre o custo de formação de um médico peruano e a quantia média despendida na educação de um camponês é considerável: 6.000, segundo minhas estimativas; 750, segundo os que me criticam mais severamente. Uma vez que essa soma foi gasta para a educação de qualquer um, seu capital de saber deve ser publicamente apreciado e protegido. A parcela do estoque internacional de saber anotada em seu certificado escolar lhe dá automaticamente direito a desproporcionados volumes de viagens internacionais, de equipamentos que lhe permitem ganhar tempo no trabalho e de cuidados médicos para mantê-lo produtivo. Os *outputs* industriais não são apenas valores postos em embalagens pelo *designer*, acondicionados para o mercado e dispostos em pirâmides de camadas de produtos do mesmo nível de qualidade: Os grandes pacotes no alto dessa pirâmide levam quase todos no rótulo alguns mesmos endereços. Entre seu escritório no décimo andar e sua *datcha* equipada para receber visitantes estrangeiros, o grande executivo viaja em carro de serviço, pouco importa se é pago por uma companhia multinacional ou por uma agência soviética. Quanto mais depende uma sociedade da produção em massa de bens e serviços que se tornam seus principais produtos, mais é provável que eles serão agrupados por burocratas em lotes indivisíveis, que sua utilização conjunta se tornará obrigatória, que serão aumentados os privilégios dos que consomem ou produzem os produtos mais caros, que desaparecerá a possibilidade de agir de modo diferente e que as privações do pequeno consumidor serão agravadas pelo aparecimento de um novo tipo de discriminação com relação a ele. Numa sociedade escolarizada, a maioria dos indivíduos não tem possibilidade de ingresso na universidade e, paralelamente, sua sabedoria de autodidata é desvalorizada. Numa sociedade construída em torno de suas rodovias, a maioria dos indivíduos não viaja em avião e, mais ainda, é seriamente entravada sua capacidade de mover-se a pé ou de bicicleta. Numa sociedade organizada em torno de suas salas de hospital, a maioria das pessoas não tem acesso aos tratamentos exigidos pelos médicos para eles próprios e, simultaneamente, os remédios caseiros são denegridos, abandonados e retirados do mercado. Essas características estão inscritas nos próprios fundamentos do modo de produção industrial. A impotência, o aviltamento, a espoliação e o aprisionamento do consumidor em

exigências cada vez mais severas aumentam a opressão de maior percentagem da população à medida que mais necessidades de base são definidas e satisfeitas pelo princípio de que as pessoas devem receber as coisas e não fazê-las elas próprias. O estabelecimento de uma política social não é possível se não são também estabelecidas salvaguardas para proteger as pessoas contra a produção e o consumo obrigatórios de uma avalanche de bem-estar fotogramado, seja sob forma de transporte, de educação ou de medicamento.

Já é tempo de reconhecer que a educação produzida pela escola, o transporte produzido pelos veículos a motor e os cuidados produzidos pela medicina são os *outputs* de uma forma de produção cara em capital investido seja no material, seja no saber do elemento produtor. Cada um desses produtos concorre com um valor de uso que as pessoas desfrutaram sempre de maneira autônoma: as pessoas aprendem observando e agindo; elas se deslocam por seus próprios meios, elas curam, elas cuidam de sua saúde e da saúde dos outros. A maioria dos valores de uso assim produzidos é inalienável num mercado. A ação de aprender, de se deslocar, de curar, não aparece no PNB. Trata-se de valores essenciais à vida, produzidos pelos mesmos que deles desfrutam e distribuídos aos poucos igualmente no conjunto da população. As pessoas aprendem a língua materna, se deslocam com os pés nus, gostam das crianças e as têm, recuperam o uso de uma perna enferma, preparam a alimentação e elas fazem todas essas coisas mais ou menos com a mesma competência e o mesmo prazer. São atividades limitadas por natureza que, na maior parte do tempo, não são empreendidas por dinheiro e freqüentemente não o podem ser.

Durante a maior parte da história da humanidade, a produção desses valores de uso teve mais importância do que a de mercadorias com ajuda de utensílios de grande porte. Para a sobrevivência e o bem-estar, os esforços inteligentes do produtor autônomo revelaram-se mais decisivos do que os equipamentos complexos ou os controles burocráticos. Não somente a maioria das pessoas tinha aprendido por si mesma a maior parte das coisas que sabia, mas também a maioria das famílias cultivava a maior parte daquilo que comia. Até bem recentemente, para o mundo em conjunto, com exceção talvez de 1%, toda a alimentação consumida era produzida em família. Fora das praças fortes e de alguns portos, nenhum produto alimentar, à exceção do sal, da pimenta e às vezes de um rebanho de animais, provinha de alguma região de onde não se pudesse observar o

campanário da igreja. A existência de leis no século XVIII para controlar a circulação de rebanhos no interior das cidades e os estudos consagrados aos jardins *intramuros* da época mostram claramente que somente os militares, os bandidos e os mendigos obtinham toda a alimentação do mercado, seja por compras, por roubo ou por esmolas. A verdadeira eficácia desse modo de produção doméstico, autárquico, autolimitador e regional punha fronteiras à exigência de uma produção em massa.

Em todas as sociedades pós-neolíticas, duas formas de produção, que chamarei forma de produção autônoma e forma de produção heteronômica, sempre concorreram para a realização dos objetivos sociais maiores. Só em nossa época é que essas duas formas de produção entraram em conflito de modo cada vez mais acentuado¹⁷⁸. Quando a maioria das necessidades da maioria das pessoas está satisfeita por uma forma de produção doméstica ou comunitária, o espaço entre as aspirações e as gratificações tende a ser estreito e estável. Aprender, deslocar-se, curar são resultados de iniciativas grandemente descentralizadas, de *inputs* autônomos que produzem *outputs* limitados por natureza. Nessas condições de existência, o instrumental da sociedade determina as necessidades que a aplicação dos instrumentos pode também satisfazer. As pessoas, por exemplo, sabem com quem podem contar quando caem doentes. Qualquer um na aldeia ou na cidade próxima conhece todos os remédios que deram resultado no passado. Acima disso, é domínio sobrenatural e imprevisível do milagre. Até por volta do fim do século XIX, mesmo nos países ocidentais, a maioria das famílias aplicava em si mesmas a maior parte das terapias que eram conhecidas. Aprender, deslocar-se, abrigar-se, curar eram atividades que cada um cumpria sozinho com sua família ou com os vizinhos.

Dizer que a sociedade pré-industrial favorecia a autonomia e a equidade num grau inconcebível na sociedade dominada pelo instrumento heteronômico não significa que a exploração ou a ineficácia não fossem generalizadas ali. A relação de dominação do homem pelo homem, inserida no sistema político de cada sociedade pré-industrial, determina em que grau o produto autônomo é expropriado ali pelo uso da força física, o ritual, o salário ou o imposto.

178 A idéia de que a intensidade produtiva possa estar em relação inversa com a capacidade produtiva é sugerida por A. V. Chayanov, *Theory of peasant economy*. 1926 (Irwin, 1966). — Marshall Sahlins, *Stone age economics*, Aldine, Chicago, 1972. — Karl Marx, *Grundrisse*, 1857. — Ver também Marcel Mauss, "Essai sur le don", em *Sociologie et Anthropologie*, Paris, PUF, 1973, e Philippe d'Iribarne, *La Politique du bonheur*, Paris, Seuil, 1973.

Igualmente, com freqüência, o nível de produtividade global é reduzido pela falta de desenvolvimento técnico dos instrumentos disponíveis ou pela imposição da tecnologia da uma cultura conquistadora inadaptada ao meio e às tradições da população. A exploração política e a inadaptação ecológica dos meios de produção foram bem estudadas. O estudo da paralisação da produtividade autônoma pelo progresso do consumo de bens produzidos de forma heteronômica também merece ser. Os estudos disponíveis limitam-se a constatar a substituição de mercadorias artesanais pelas mercadorias industriais, a eliminação da roca pelo trabalho mecânico. A pesquisa atual está cega ao estrangulamento da produção dos valores de uso que, por sua natureza, não podem ser trocados num mercado. Sem dúvida e produto industrial pode tornar a ação mais eficaz e o autor mais independente. E o caso das bicicletas, dos livros e dos antibióticos, que além disso podem ser produzidos mais eficazmente de uma forma industrial. Do mesmo modo, a produção autônoma pode ser completada por *outputs* industriais como os veículos motorizados que permitem ultrapassar o nível de mobilidade das bicicletas, com a condição de que eles não perturbem o espaço em que estas últimas evoluem. O setor industrial pode contribuir, e de fato contribui, para a eficácia procurada tanto pela forma autônoma como pela heteronômica de produção. Mas o que em geral não se vê é que a forma de produção autônoma, nas sociedades industriais e conforme sua lógica, é travada, desvalorizada e bloqueada por uma nova configuração das aspirações, das leis e dos ambientes que favorece exclusivamente a expansão crescente das indústrias e das profissões.

A aprendizagem é tão mais cômoda quanto a estrutura do meio é diáfana e encoraja a curiosidade, mas ela é igualmente facilitada pela instrução formal. A eficácia do socorro ao ferido depende da competência dos que assistem ao acidente e administram os primeiros cuidados mas também da qualidade do serviço na sala de operação. As possibilidades de encontro entre as pessoas dependem da organização espacial do *habitat* mas também dos meios de transporte. O valor global dos instrumentos depende de sua aptidão para integrar os programas de produção heteronômica às ações espontâneas e pessoais dos homens.

Em conseqüência, a noção de eficácia global na satisfação das necessidades deve ser distinguida nitidamente da noção de eficácia que prevalece nos cálculos da produção e da distribuição dos produtos industriais. Salvo dentro de certo espaço de limites máximos, os dois

tipos de eficácia estão em conflito. Os instrumentos de medidas forjados para avaliar os desempenhos atingidos no campo heteronômico não servem de nenhuma ajuda para apreciar o grau de realização global dos objetivos sociais fundamentais. Um aumento do volume de transportes não diz nada sobre as possibilidades que as pessoas têm de se encontrarem. Um acréscimo das despesas médicas não dá indicação sobre a evolução do estado de saúde, ainda que a mortalidade caia em conseqüência desse acréscimo.

Quando a forma industrial de produção se desenvolve numa determinada sociedade, os instrumentos dominantes colocados para medir seu crescimento ignoram de saída os valores produzidos pela forma autônoma. As estatísticas sobre o nível de instrução fornecem o número de indivíduos que foram submetidos à educação em série, mas não o número dos que aprenderam a ler. Os passageiros dos ônibus mexicanos são uma boa ilustração disso. Os advogados, os médicos, os contadores não os utilizam. Alguns dos passageiros que lêem são estudantes. A maioria dos adultos que lêem mergulha o nariz em brochuras como as histórias em quadrinhos políticas e instrutivas *Los Supermachos* ou *Los Agachados*, que informam sobre os abusos médicos dos produtos farmacêuticos ou o abuso psiquiátrico das idéias de Freud. São na maioria pessoas que nunca estiveram na escola ou que não terminaram os cinco anos escolares obrigatórios. Os quadros estatísticos não indicam quem aprende mais e quem aprende menos. Ainda menos distinguem entre os que estão condicionados a decifrar instruções e a publicidade e os que estão curiosos e que se satisfazem lendo historietas sentimentais. Do mesmo modo, as estatísticas de tráfego fornecem o número de quilômetros/passageiro. São às vezes distribuídas por classes de residências, de rendas, de veículos e de idades. Elas não indicam os que são os senhores e os que são os escravos de tráfego os que perdem seu tempo esperando o ônibus e aqueles em favor dos quais o espaço foi deformado pela velocidade. Toda tentativa de avaliar a eficácia de um sistema social em termos monetários e de distribuição do poder aquisitivo está condenada ao fracasso. Falta aos indicadores econômicos, por definição, o poder de colocar em números o valor de uso das ações autônomas, que não podem ser substituídas por um bem ou um serviço comerciável. Também as medidas de consumo e de acesso não são de nenhuma utilidade a quem quer conhecer os que são entravados e os que são estimulados em sua vontade de fazer eles próprios as coisas.

A eficácia alcançada por uma sociedade na busca de seus objetivos

sociais depende da grau de sinergia entre as duas formas de produção, a autônoma e a heteronômica. Depende do modo como o produto do engenheiro e do burocrata se engrene nos valores de uso produzidos de forma autônoma. Depende da medida em que a combinação de uma tomada de responsabilidade sobre si mesmo e as intervenções médicas, da auto-aprendizagem e a instrução por terceiros, da marcha a pé e o transporte por veículo, dê resultado não só maior porém também mais satisfatório do que o recurso apenas à forma autônoma.

As aplicações técnicas das descobertas científicas podem aumentar a produtividade de cada uma das duas formas. O pneu e o rolamento a bilhas podem aumentar a potência tanto das pessoas como dos motores, mas somente abaixo do ponto em que os veículos começam a criar, para todos, distâncias cotidianas que apenas os indivíduos transformados em passageiros podem vencer. No momento em que inovações técnicas melhorem ao mesmo tempo a produção autônoma e a produção heteronômica, cresce a sinergia social positiva entre as duas. O rolamento a bilhas, que torna possível a bicicleta, aumenta a *velocidade generalizada* numa sociedade, mas só enquanto, nesta sociedade, a velocidade máxima e o volume dos meios de transporte forem limitados. Desde que a forma heteronômica é além de um certo ponto privilegiada, se estabelece um monopólio radical sobre o processo de produção em conjunto e desde então o crescimento dos *inputs* heteronômicos se traduz apenas por um declínio de sinergia produtiva. Esta sinergia torna-se logo negativa e conduz a um fenômeno paradoxal de contraprodutividade que cresce como uma bola de neve. Cada instituição produz mais barreiras à realização de seu objetivo do que facilidades para atingi-lo. A cada crescimento do produto corresponde um distanciamento do objetivo que determina uma duplicação de esforço. Essa programação de contra-senso é o fundamento da noção de Nêmesis industrial. Proponho-me a desenvolvê-la no último capítulo. Provisoriamente, designo o conjunto da contraprodutividade pelo termo *contraprodutividade global*. Ela resulta da conjugação de vários fenômenos que é preciso distinguir claramente se queremos compreender esse máximo da antieconomia.

Na base da contraprodutividade está, em primeiro lugar, o fenômeno da inflação, a que é preciso acrescentar os desperdícios e os supérfluos, coisas que exigem medidas de proteção. O segundo fenômeno é a anulação da produção heteronômica específica de uma instituição devida a seu congestionamento pelo próprio produto. O terceiro é a expropriação do poder de ação pessoal operado pela

expansão da instituição heteronômica. A invasão da sociedade pelas externalidades, a contraprodutividade específica das instituições pelo congestionamento de produtos e a redução do ser humano à impotência pelo paradoxal impacto contraprodutivo do setor heteronômico são três fenômenos que se manifestam simultaneamente na contraprodutividade global.

Uma coisa é dizer que um sistema de transportes destrói o meio, ameaça a saúde, provoca uma polarização social, cria o crescimento dos custos da educação, da polícia, dos hospitais, da justiça. Esses são sintomas da superprodução de lixo e detritos jogados na via pública, de detritos da indústria que se transformam em matéria-prima para os educadores, policiais, médicos, magistrados e outros catadores que vivem disso. Os supérfluos que justificam as grandes instituições são o que os economistas chamam de externalidades. Por enquanto o restaurante ainda faz uma boa comida, mas as suas contribuições diretas e indiretas já não são suficientes para pagar os encarregados de limpar esgotos e chaminés e os lixeiros que lutam para retirar os dejetos que bloqueiam a entrada.

Outra coisa é dizer que todos os veículos, seja qual for o modo como foram fabricados, são inevitavelmente cronófagos, que devoram e paralisam a sociedade a partir do momento em que se deslocam acima de determinada velocidade. A circulação, assim, consome mais do que reduz o espaço. Produz maior distância do que percorre. Impede mais o encontro de pessoas do que as põe em comunicação. O efeito negativo da superprodução consiste numa frustração cuja programação reside no próprio objetivo fixado pela instituição. Não se pode mais falar então simplesmente de detritos (externalizáveis), mas de uma forma de entropia que é específica da instituição, que se opõe diretamente ao seu desígnio e que por definição não pode ser compensada por outra instituição. A velocidade dos veículos é aumentada para lhes permitir ganhar tempo no percurso de determinada distância. Quando essa aceleração dos veículos e de alguns passageiros privilegiados vem a reduzir a distância que o cidadão médio pode percorrer numa unidade de tempo, aumentando o tempo total que a sociedade deve ocupar com deslocamentos, então é desnecessário dizer que a aceleração produziu um efeito paradoxal. Não se trata de um custo social produzido pelos detritos, mas de uma contraprodutividade específica que bloqueia o produtor. Cada carro que entra na circulação de uma via periférica nas horas de pico aumenta o tempo que milhares de outros carros são obrigados a

gastar. Resultado: cada carro adicional reduz a velocidade de circulação de tal maneira que aumenta o tempo global passado na rodovia pelos outros carros cem vezes o tempo que ele próprio passa; cada carro é obrigado a consumir 45 minutos num trajeto que uma hora mais cedo faria em 15 minutos. O que ocorre com carros individuais na rodovia produz-se também em nível superior entre diferentes sistemas de transporte. Acima de um limiar de velocidade máxima dos veículos, os transportes se tornam contraprodutivos e ademais se reduz a *velocidade generalizada* do passageiro.^{178a} E a contraprodutividade específica que se instala num setor após outro. São as bombas que movimentam o barco.

Uma terceira coisa é dizer que o monopólio de um produto heteronômico priva as pessoas de toda a capacidade de realizar com suas próprias forças uma ação homóloga. E o caso de um sistema de transportes que impede a circulação a pé ou de um sistema médico que impede a auto-regulagem dos organismos. Não é nem o dano reparável nem o bloqueio por saturação mas um mal feito diretamente à pessoa humana pelo envenenamento da produção. A atividade se paralisa. E o que chamo de contraprodutividade paradoxal. A externalidade *sui generis* dos sistemas heteronômicos que causa a imobilidade, a ignorância e a doença paradoxais aumentou desde há alguns decênios. Agora que ela se conjuga com a crescente contraprodutividade específica interna de nossas instituições, torna-se radical e se impõe; o homem é explorado por um transporte cronófago que também anula o valor de uso da mobilidade que lhe dão os pés; o homem é explorado por uma medicina iatrogênica que também paralisa seu poder de reação.

Os subprodutos não desejados do crescimento das instituições apareceram sucessivamente na maior parte dos empreendimentos coletivos maiores. Em primeiro lugar, a contraprodutividade interna dos grandes setores da indústria permanece despercebida. A atenção do público e a análise dos economistas concentram-se nos preços que sobem, as rendas que diminuem, as perdas representadas pela

178a J.-P. Dupuy. "Pour une critique radicale de la société industrielle". em *Esprit*. novembro de 1974: distingue dois níveis de contraprodutividade específica no sistema heteronômico de transportes: 1) a contraprodutividade no objetivo explícito do sistema: o tempo gasto efetivamente para deslocar-se cresce e a velocidade efetiva do deslocamento decresce. quando os desempenhos técnicos dos meios cujo objetivo manifesto é fazer "ganhar tempo" se elevam acima de certo ponto; 2) a contraprodutividade apreciada segundo um indicador que, embora não constituindo o objetivo manifesto de qualquer ator social, sendo dada a divisão do trabalho numa determinada sociedade, continua calculável por um qualquer especialista ou planejador: o tempo "generalizado" correspondente cresce nas mesmas condições. — Ver também Ivan Illich, *Energie et Equité*, Paris, Seuil, 1973.

obsolescência programada, as externalidades cada vez mais dispendiosas, certas formas de externalidades irremediáveis como a poluição a longo prazo e o esgotamento dos recursos naturais.

Esse primeiro ciclo de críticas às instituições está em via de esgotar-se. Atualmente, a maior crítica dirige-se à contraprodutividade pela saturação. Ela ficará inacabada e contraprodutiva se parar na análise do bloqueio interno do setor heteronômico, sem perceber que a expansão desse setor deformou progressivamente o setor autônomo e muitas vezes o anulou antes mesmo que a produção heteronômica fosse bloqueada por seu próprio congestionamento.

A maioria das grandes instituições atingiu recentemente o estágio de evolução em que o bloqueio interno se conjuga com a abolição de todo valor de uso no setor autônomo homólogo. E o estágio da contraprodutividade global. Em muitos casos, os que advogam um processo de crescimento dessas grandes instituições cessaram de apresentar o argumento de que sua produção corresponde a uma necessidade; defendem agora seus projetos expansionistas prometendo produzir externalidades positivas. Pouco importa a inutilidade dos aviões ou dos automóveis e a poluição criada por eles, a SNIAS e a Citroen precisam do apoio financeiro do Estado para sobreviver. Pouco importa o impacto negativo global das escolas sobre as possibilidades de aprender, elas devem ser mantidas para assegurar o emprego dos professores. Pouco importam os evidentes danos produzidos pela medicina, sua expansão deve ser encorajada para fornecer a cada um acesso igual a seus serviços. E no momento em que a contraprodutividade paradoxal atinge seu paroxismo e poderia permitir o estabelecimento de um diagnóstico diferencial de nossa crise, se me perdoam essa metáfora médica, que se escolheu para negar toda contraprodutividade, com argumentos que mascaram a evidência, ou, na melhor das hipóteses, limitar o volume do produto no nível em que o congestionamento ainda é controlável.

O reconhecimento da contraprodutividade específica das instituições e das leis que governam suas manifestações é, sem dúvida, uma importante etapa a vencer, se queremos compreender e esclarecer a presente crise mundial. Não é suficiente se ela limitar-se ao diagnóstico da dinâmica tecnicamente contraprodutiva da organização técnica das instituições. Cada instituição racionalmente planejada com um objetivo técnico produz efeitos não técnicos dos quais alguns resultam, paradoxalmente, na diminuição do homem e no

empobrecimento de seu meio, reduzindo sua capacidade de desembaraçar-se dos problemas. Procura a explicação desse fenômeno paradoxal surgido logo que o monopólio radical exercido pela forma industrial de produção dá, à sua sinergia com a produção autônoma, um valor social negativo. Acredito que minha explicação permite a construção de um tipo de critério proscritivo de que temos necessidade para conceber um sistema industrial e profissional que permaneça em limites tais que possa funcionar em sinergia positiva com a produção autônoma de valores de uso concorrentes.

A teoria geral que proponho não é de modo algum concebida para fornecer proposições positivas visando estabelecer alternativas para a presente forma de comportamento industrial. A razão dessa limitação inicial é evidente. Há muito poucas alternativas para o modo de vida atual se o que pretendemos simplesmente é fazer a mesma coisa em maiores quantidades; e a maioria dessas alternativas é ainda mais cara, produz mais resíduos de novo tipo, e enfim as frustrações que causa são maiores. Mas, se nossa intenção não é fazer mais coisas para as pessoas e sim lhes garantir maior liberdade para que elas próprias as façam, o número de possibilidades abertas torna-se quase ilimitado. Também em nenhum caso essa teoria é orientada no sentido de definir as grandes linhas de uma estratégia política: isso é trabalho de cada grupo social ou político, em função do cenário que quer construir sobre a base de uma teoria sólida, e que será tanto mais eficaz quanto proceder segundo um entendimento dialético fundado na História e nas aquisições de cada grupo.

Escolhi a instituição médica como ponto de aplicação dessa teoria porque nela posso colocar em melhor evidência a irrupção e o desenvolvimento do que chamo contraprodutividade paradoxal. Primeiramente, a escolha da medicina como modelo tem vantagens psicológicas. Ter que renunciar às ilusões que a medicina propaga é alguma coisa que toca a cada um da forma mais perturbadora, mais mortificante e mais dolorosa que seja, e que melhor prepara para aceitar o mesmo tipo de esclarecimento sobre outras relações menos íntimas com instituições das quais nos tornamos igualmente vítimas. Mas também, uma vez que sejamos libertados dos grilhões da crença numa salvação que pode ser trazida pela instituição médica, a maioria de nós será então capaz, ao preço de alguma coragem, de mandar ao diabo seu médico, o que certamente será muito mais difícil se quisermos nos desembaraçar da empresa do sistema de transportes ou dos diplomas concedidos pelo sistema escolar, ainda que tenhamos

reconhecido sua contraprodutividade global.

Além disso, a medicina me oferece excelente ocasião de distinguir a *iatrogênese social* e a *iatrogênese clínica* da *iatrogênese estrutural*, e assim desenvolver uma taxinomia dos níveis da contraprodutividade global, que poderá ser aplicada à maioria das outras instituições. É ocioso mostrar que tratar os problemas de saúde segundo uma abordagem de engenheiro não é estratégia muito feliz, porque conduz à perda, por preço muito alto, de mais da metade das batalhas que ela trava. Essa iatrogênese técnica é apenas um exemplo da dimensão técnica da contraprodutividade que se encontra em qualquer instituição. E igualmente ocioso mostrar que as estratégias médicas de tipo técnico têm efeitos secundários não técnicos na ordem social, e que a parte malsã desses efeitos começa a projetar-se na parte sã. Trata-se, também aí, de um exemplo do nível social da contraprodutividade que aparece em outras empresas profissionais e industriais. Falta mostrar que a estrutura institucional imposta por sua orientação técnica à empresa médica possui traços de um ritual social gerador de mitos, e que os mitos malsãos assim produzidos são distintos da iatrogênese clínica e da iatrogênese estritamente sócio-econômica. Nesse nível particular, a medicina tornou-se desde este momento uma empresa quase totalmente mórbida. No que toca ao seu poder destrutivo no campo simbólico, a instituição médica detém agora o primeiro posto entre as instituições que, por outra parte, podem ser tão contraprodutivas quanto ela.

Em terceiro lugar, a medicina me permite precisar que a redução da forma heteronômica em favor da forma autônoma não é uma pura desinstitucionalização. A produção autônoma e a produção heteronômica requerem, tanto uma como outra, um quadro institucional, embora de natureza bem oposta. Para ser generosa, espontânea, ampla, equânime e sustentada pela comunidade em que está enraizada, a produção autônoma deve ser governada por um conjunto de proscricções cuja principal razão é *me* garantir que ninguém fará uso de sua liberdade de um modo que restrinja a minha liberdade mais do que a sua. A produção autônoma deve ser estimulada por um quadro que dá, tanto ao outro como a mim, ocasiões constantes de arbitragem, por pessoas iguais, quando nossa margem de ação, ou a da comunidade, esteja ameaçada de restrição pelas pretensões crescentes de um terceiro. Numa sociedade em que prevalece a ação autônoma, cada instituição especializada tem sobretudo uma função legal, a de proteger o direito das pessoas de

andar, aprender e se curar mutuamente. A lei protege a intensidade do ato produtivo pessoal.

O quadro institucional mais favorável ao desenvolvimento da produção heteronômica possui características exatamente opostas. Em vez de estabelecer critérios negativos numa linguagem proscritiva que limite a ação, a sociedade industrial multiplica as prescrições com as quais os produtores e consumidores têm de se conformar. Em vez de estimular cada homem a satisfazer suas próprias necessidades e às dos membros de sua comunidade, o quadro institucional da sociedade industrial impõe a todo o mundo consumir ao menos os produtos nacionais estandardizados que são, por exemplo, oito anos de escolaridade, a renda provinda do trabalho assalariado, ou um nível mínimo especificado de terapias. A lei assegura o volume de mercadorias.

Os dois quadros institucionais coexistem em toda sociedade. O quadro cultural que protege a intensidade do ato produtivo do dom e o quadro racional que privilegia o volume de mercadorias só se ajustam um ao outro através do processo político. Quanto mais a técnica é avançada e vivifica as duas formas de produção, mais esse processo político pode desenvolver-se harmoniosamente. Ele se degrada a partir do momento em que perde o poder de arbitragem entre o homem e sua ferramenta, o que acontece numa sociedade em que predomina a heteronomia. A análise da degradação médica da autonomia biológica do ser consciente esclarece o que se passa nos outros campos, logo que a concentração do poder cria uma ideologia que torne privilegiada a instituição heteronômica em detrimento da intensidade e do campo do ato pessoal.

CAPÍTULO IV

CINCO REMÉDIOS POLITICOS

ADMINISTRADOS INUTILMENTE

As tendências contraprodutivas observáveis na evolução atual da medicina fazem com que essa instituição já apresente características extremas que certamente não deixarão de aparecer em outras se a sociedade mantiver a gestão tecnocrática do crescimento de instituições heteronômicas, que exigem cada uma o monopólio radical na produção de qualquer valor. O futuro eletrificado ou a educação interminável para todo o mundo são tão maus sonhos quanto a assistência médica universalizada. Além disso, a iatrogênese da má saúde é mais facilmente perceptível e evidenciável neste domínio da sinergia negativa entre formas de produção heteronômica e autônoma. Há, porém, o perigo de que se limite a demonstração a apenas dois dos três níveis dessa contraprodutividade: as iatrogêneses clínica e social. Isso nos levaria a preconizar contramedidas restritas às áreas técnica e administrativa, que só poderão ser inoperantes. Antes de descrever o terceiro nível de iatrogênese, que denomino estrutural, é necessário mostrar de que modo a iatrogênese social se tornou imune ao controle tecnocrático, da mesma forma que a iatrogênese clínica ao controle técnico.

No capítulo anterior mostrei que é preciso interpretar a iatrogênese social como resultante do supercrescimento da forma heteronômica de produção na área dos cuidados médicos. Esse excesso não pode ser apreciado utilizando-se os instrumentos de medição criados pelos economistas, porque foram feitos, como já vimos, de tal maneira que apreendem apenas o que é passível de troca¹⁷⁹, são totalmente inadequados para medir a contribuição da forma autônoma de produção em sinergia com a forma heteronômica e, portanto, à realização dos principais objetivos sociais. São incapazes de indicar se o grau total de realização desses objetivos cresce ou decresce. Menos ainda podem dizer quem são os beneficiários e os prejudicados com o crescimento industrial; quem são os poucos privilegiados que possuem mais e podem fazer mais, e quem pertence à grande massa para a qual o difícil acesso à riqueza industrial se combina com a perda da possibilidade de ação autônoma.

179 Joseph Spengler. "Quantification in economics: its history" em Daniel Lerner, ed.. *Quantity and quality*. The Hayden Colloquium ou Scientific Method and Concept. Free Press, 1959. P. 129-122.

Os mais atingidos pela paralisia devida à superprodução não são os mais pobres em termos financeiros. Os pobres do México ou da Índia aprenderam a sobreviver safando-se como podem. Isso ocorre porque o meio ainda não os impede. As mais atingidas são algumas categorias de consumidores, das quais podem servir de modelo as pessoas idosas dos Estados Unidos. Elas aprenderam a experiência de necessidades pressionantes que nenhum privilégio relativo pode realmente satisfazer; simultaneamente, estiolou-se sua capacidade de cuidar de si mesma, e praticamente desapareceram as condições sociais que favorecem tal autonomia. Eis o que é a pobreza moderna, criada pelo supercrescimento industrial.

As pessoas idosas dos Estados Unidos são apenas um caso extremo do sofrimento criado por uma privação excessivamente cara, miséria mantida com grandes gastos. Por terem aprendido a considerar a velhice condição incurável e intolerável, similar de uma doença, elas enfrentam ilimitadas necessidades econômicas, suportam terapias intermináveis, na maioria das vezes ineficazes, freqüentemente degradantes e dolorosas, e muitas vezes se submetem a reclusão em um ambiente especial.

Cinco traços da pobreza modernizada pela sociedade industrial aparecem sob formas caricatas nos encantadores pardieiros que servem de recolhimento aos ricos do mundo: primeiro, a incidência das doenças crônicas cresce na medida em que menos pessoas morrem na juventude; segundo, mais pessoas sofrem de iatrogênese clínica; terceiro, os serviços médicos desenvolvem-se mais lentamente do que a ampliação e urgência das necessidades que criam; quarto, as pessoas encontram em seu meio e em sua cultura cada vez menores recursos que lhes permitam enfrentar os sofrimentos, o que as obriga a se refugiarem nas reservas organizadas pelos terapeutas para um leque maior de infortúnios: o apartamento, a refeição e a família perderam o que é necessário para acolher os velhos, e quinto, as fontes interiores necessárias para enfrentar a invalidez e a dor se esgotaram e as pessoas se submetem, cada vez mais, à gerência técnica para cada tipo de padecimento ou desconforto.

O resultado global da superexpansão da empresa médica é frustrar os indivíduos e os grupos primários do poder de dominar seus corpos e seu meio. Os ginecologistas, pediatras, psiquiatras e geriatras gerenciam as instituições segundo o interesse do Estado industrial, mesmo no caso em que mulheres, jovens, trabalhadores ou velhos

sadios teriam capacidade de gerenciá-las em seu próprio interesse. Essa perda de autonomia é ainda reforçada por um preconceito político. A política da saúde, como é quase sempre entendida, coloca sistematicamente a melhoria dos cuidados médicos antes dos fatores que permitiriam exercitar e melhorar a capacidade individual de cada um assumi-la. Em vez de designar a participação na ordem social e a possibilidade de atuar nela, a palavra *saúde* passou a significar a capacidade de suportar uma ordem imposta pela lógica heteronômica da forma industrial de produção.

Esse preconceito político leva os críticos da indústria médica supostamente radicais a se concentrarem hoje em cinco imperfeições. Primeiro, nos países de mercado livre, a produção de medicamentos e de serviços médicos enche os bolsos dos produtores; a medicina é bastante cara e, também, bastante ruim. As associações de consumidores *deveriam* então obrigar os médicos a melhorar seus serviços. Segundo, a distribuição de medicamentos e o acesso aos serviços médicos se fazem de maneira desigual e arbitrária: os critérios são a fortuna e a classe social do paciente, ou ainda as concepções sociais dominantes que criam maior interesse no tratamento das doenças cardíacas do que na luta contra a fome, ou, mais comum ainda, o preconceito médico favorece o tratamento de um câncer em Paris contra um caso de boubá no Sahel. A nacionalização da empresa médica *deveria* regulamentar esse problema. Terceiro, a organização do corpo médico perpetua a ineficácia e os privilégios, impondo concepções de uma determinada escola médica à sociedade em conjunto. *Dever-se-ia* remediar essa imperfeição multiplicando as profissões de saúde, dando independência aos enfermeiros em relação aos médicos, e participação pública no controle dos hospitais, além de outras reformas que *dariam* ao cidadão o controle da própria organização da empresa médica. Quarto, a hegemonia de uma ortodoxia científica e os esforços para limitar o ato médico na aplicação desse conhecimento abstrato em casos anônimos bloqueiam a expansão de outras formas sistemáticas de cura. Uma nova liberdade concedida para os médicos *deveria* ampliar o acesso à saúde. Enfim, a medicina atual preocupa-se muito com o indivíduo doente e não o suficiente com a saúde da população no seu conjunto. O que se propõe, como sempre, é a programação higiênica global do meio.

Todos esses remédios têm uma coisa em comum: tendem a reforçar o processo de medicalização. Sua inevitável falência nos

obrigará a reconhecer que somente substancial redução do *output* global da empresa médica poderá permitir aos homens o reencontro da autonomia e, através dela, da saúde.

Drogados agrupam-se em associações de consumidores

Os cidadãos têm maior consciência de sua dependência da empresa médica mas pensam que é um fenômeno irreversível. Identificam a dependência com o progresso. Simultaneamente, Ralph Nader faz escola¹⁸⁰. Os consumidores começam a falar da necessidade de se protegerem e imaginam que o poder adquirido ao se organizarem pode e deve contrabalançar os artificios dos produtores de medicina¹⁸¹. A triste verdade é que nem o controle dos custos nem o controle da qualidade jamais garantirão que a atividade desenvolvida pelos médicos se exercerá a serviço da saúde das pessoas.

Quando consumidores se unem e obrigam a General Motors a lançar no mercado veículos aceitáveis, sentem-se bastante competentes para olhar sob o capô e julgar o custo dos melhoramentos. Quando se unem para obter melhores cuidados médicos, a situação é bem diferente. Eles se acreditam então, injustamente, sem competência para julgar sobre o que seria preciso fazer para o bom funcionamento dos seus intestinos e se entregam cegamente à decisão do engenheiro e do produtor de cuidados médicos. Estão num mercado estrangidos a comprar, sem elementos de juízo para distinguir o veneno do remédio.

Titmuss¹⁸² analisou os obstáculos que dificultam a utilização do cálculo custo-vantagem no setor da saúde. Os consumos de cuidados médicos são aleatórios e dificilmente previsíveis. A maioria dos consumidores não os deseja, não está consciente de precisar deles e não sabe de antemão quanto lhe custarão. Para saber que não serão

180 Estudos feitos nos Estados Unidos por cooperativas de consumidores em matéria de saúde: James S. Turner, *The chemical feast*, Nova York, Grossman, 1969, enumera 2.500 substâncias químicas adicionadas rotineiramente à alimentação. — Clarc Towsend, *Old age: the last segregation*, Grossman, 1971, trata das casas para aposentados. — Robert McCleery, *One life — one physician: an inquiry into medical profession's performance in self-regulation*. A report to the Center for Study of Responsive Law, Washington, Public Affairs Press, 1971, trata do conluio entre os médicos para ocultar a imperícia e a incompetência dos seus colegas. — J. Page, M. H. O'Brien, *Bitter wages: disease and injury on the job*, Nova York, Grossman, 1973, trata da obediência dos praticantes de medicina do trabalho às empresas.

181 Na França, em 20 de dezembro de 1974, a 4.a Câmara da Corte de Apelação de Paris acolheu, no processo Pradal, a intervenção da Federação Nacional das Cooperativas de Consumidores em favor da eliminação dos obstáculos para a informação do público em matéria de serviços de saúde.

182 Richard M. Titmuss, "The culture of medical care and consume behaviour", em F.N.L. Pointer, ed., *Medicine and culture*, 1969, cap. VIII, p. 129-135.

esbulhados, têm de fiar-se na palavra do produtor. A mercadoria vendida não é comerciável nem pode ser devolvida. A publicidade dos resultados é praticamente inexistente e as comparações de qualidade são desencorajadas pelo Estado em conluio com os produtores. Uma vez que o fornecedor escolheu, é difícil mudar de opinião porque o tratamento está em curso. O produtor tem, em certos casos, o poder de escolher seus clientes e impor seus produtos, se necessário com a ajuda da polícia, por exemplo no caso da venda forçada dos serviços dos *asilos* que transformam em *anti-sociais* todos os tipos de seres incomuns ou marginais.

No campo da saúde não existe o consumidor clássico, e não vemos como poderia existir. Quem pode avaliar, em termos de dinheiro ou sofrimentos, o valor dos cuidados médicos que recebe? Quem pode dizer se é melhor para sua saúde consumir serviços de seu médico ou os de sua agência de viagem, ou se o melhor ainda é recusar o trabalho fastidioso, ou então superar o distúrbio fisiológico sindicalizando-se? A economia da saúde é uma disciplina estranha, que faz lembrar a teologia das indulgências anterior a Lutero. Você pode contabilizar o dinheiro que os guardiões do culto coletam, observar os templos que constroem, tomar parte nas liturgias que celebram, mas para saber-se em que o comércio das indulgências contribui para a salvação da alma é uma conjectura da mesma ordem que avaliar o benefício das despesas feitas por um canceroso ao submeter-se ao cirurgião.

Os modelos econômicos desenvolvidos para explicar a boa vontade crescente dos contribuintes para pagar contas médicas também crescentes são igualmente conjecturas escolásticas sobre essa nova religião ecumênica que é a medicina. E preciso conhecê-los bem para poder saborear verdadeiramente seus artifícios. Para ficar só num exemplo: podemos representar a saúde com um estoque de capital servindo de *input* à produção de um bem denominado *tempo em boa saúde*¹⁸³. Os indivíduos herdam um estoque inicial, que podem aumentar investindo no setor de sua saúde, seja comprando serviços da empresa médica, seja alimentando-se e habitando de maneira conveniente. A demanda do bem *tempo em boa saúde* resulta de duas motivações. Enquanto bem de consumo, entra diretamente na função de satisfazer os indivíduos: os que preferem estar em boa saúde do que estar doentes. Enquanto bem de investimento, determina o tempo

183 Michael Grossman, "On the concept of health capital and demand for health", em *Journal of Political Economy*, 80, março-abril de 1972, p. 223-255.

que os indivíduos podem passar trabalhando, produzindo e gozando os frutos de seu trabalho: é então um indicador decisivo do valor dos indivíduos para a comunidade enquanto produtores¹⁸⁴. Isso é o mesmo que dizer em uma linguagem tortuosa o que qualquer pedreiro mexicano sabe: somente nos dias em que se sente em boas condições de saúde pode levar feijão e *tortillas* para os filhos e tomar *tequila* com os amigos. Contudo, o reconhecimento desse valor evidente da boa saúde não permite nem ao pedreiro mexicano nem ao economista da saúde¹⁸⁵ inferir o papel que desempenham as despesas médicas na manutenção da boa saúde. A medicina é mercadoria que escapa a qualquer controle de custo e de qualidade. Os membros das sociedades desenvolvidas acreditam ter necessidade da indústria médica, mas seriam incapazes de justificar seu consumo em termos de benefícios reais para a sua saúde.

A legitimação política das atividades da empresa médica financiadas pela coletividade tomou formas diferentes conforme o país. Os Estados socialistas asseguram o financiamento do conjunto de cuidados médicos e dão à profissão médica poder de decidir o que é necessário fazer, como fazer, quem terá um dia o direito de fazer, quem tem agora, o quanto isso custará, e ainda quem necessita desses cuidados e quem se beneficiará deles. Outros países intervêm na organização do sistema sanitário por via legislativa e empregando estímulos diversos, alguns absurdos. Todo cidadão doente de país francófono da África pode ser enviado a Paris quando não se sabe curá-lo lá mesmo. No Alto Volta, gasta-se por ano um equivalente a 110 milhões de francos em produtos farmacêuticos e para a reconstrução de centros médicos. O dobro dessa quantia, ou seja, perto de 220 milhões de francos, é despendido no transporte de doentes para a França. Custa 500 francos novos por dia o quarto para esses doentes hospitalizados na França, sem incluir os honorários médicos e outras contas. As pessoas evacuadas sempre vão acompanhadas por um membro de sua família, de um médico ou ao menos um enfermeiro. Uma visita de controle, isto é, uma segunda viagem, é ordenada na maioria das vezes alguns meses mais tarde, por conta da princesa. A França distribuiu no Alto Volta, nesses últimos anos, subsídios regulares quase iguais ao custo

184 Monroe Berkowitz, William G. Johnson, "Toward an economic of disability: the magnitude and structure of transfer and medical costs", em *Journal of Human Resources*, 5, verão de 1970, p. 271-297. — J. A. Dowie, "Valuing the benefit of health improvement", em *Australian Economic Papers*, 9, junho de 1970, p. 21-24.

185 Philip E. Enterline, "Social causes of sick absence", em *Archives of Environmental Health*. 12. abril de 1966, p. 467.

total desse tipo de estadas de sua elite em Paris (*Le Canard Enchaîné*, 1.º de janeiro de 1975).

É só nos Estados Unidos que, sob pressão dos consumidores, a legislação garante a qualidade dos cuidados médicos oferecidos no mercado, mas sempre atribuindo exclusivamente aos representantes da profissão médica a definição da qualidade dos cuidados.

No fim do ano de 1973 o Presidente Nixon assinou a Lei 92603 que torna obrigatório o controle, pelas organizações profissionais, dos custos e da qualidade dos serviços oferecidos pelo setor da indústria médica financiado com recursos públicos, setor que desde 1970 ocupa o segundo lugar no Orçamento, depois do complexo militar-industrial. Segundo essa lei, pesadas sanções econômicas ameaçam os médicos que recusarem abrir seus livros aos inspetores federais para a busca de provas de superconsumo hospitalar, fraudes ou negligência profissional. É exigido da profissão que defina diagnósticos e tratamentos padrões para uma longa lista de condições patológicas, assim como para o campo da negligência profissional. E o programa mais caro do mundo entre os que visam à medicalização da produção de saúde por meio de uma legislação objetivando assegurar a proteção dos consumidores. A nova lei garante a standardização e o consumo, por parte do público, de uma mercadoria em que tanto a utilidade como a qualidade estão submetidas à arbitragem do produtor. Bem entendido, ela não toca sequer o problema de saber se a mercadoria está ligada de algum modo àquilo que as pessoas podem desejar como saúde.¹⁸⁶

Todas as tentativas de recorrer ao poder político para racionalizar o setor médico sempre fracassaram. A razão disso é a própria natureza dessa mercadorias que se designa em nossos dias pelo termo *medicina*. Ela é composta de substâncias químicas, equipamentos e construções tanto quanto de opiniões, ensinamentos, curativos psicológicos e bombons caros. É o fornecedor, e não seus clientes e nem o poder político, quem define a composição e o volume desse coquetel. O paciente é reduzido ao papel de objeto que se conserta, mesmo que não tenha qualquer possibilidade de sair da oficina — esqueceram-se de que ele poderia ser uma pessoa a quem se ajudaria a curar, ou a capengar a seu modo na natureza. Quando é autorizado a participar do processo de conserto, é para lhe confiar um trabalho de último aprendiz, muito abaixo da hierarquia dos consertadores

186 Claude Welch. "PSRO's-pros and cons", em *The New England Journal of Medicine*, vol. 290, p. 1319 ff.

profissionais. Habitualmente não se confia nele o suficiente para informá-lo do diagnóstico, ou para lhe permitir tomar uma cápsula na ausência do enfermeiro. A superprodução heteronômica dos cuidados médicos não apenas bloqueou os cuidados autônomos mas privou o consumidor do cuidado-mercadoria de toda possibilidade de visão crítica de seus hábitos. Não tem autodefesa possível contra drogados que precisam do revendedor para saber se a droga lhe convém.

O consumidor pode mesmo reconhecer que acima de certo ponto a expansão da instituição médica, tanto a preventiva como a curativa, cessa de ter efeito sobre sua saúde. Essa verdade pode mergulhá-lo mais profundamente em seu hábito de cuidados médicos, ou então ele pode ser recuperado pelos que preconizam o encaminhamento da clientela da medicina a uma outra instituição hegemônica que forneça outros serviços. Pode-se chegar até a encorajar o consumidor para que ele próprio fixe o limiar acima do qual o papel da instituição médica deveria cessar, mas isso é porque outros serviços institucionalizados, igualmente *produtores de saúde*, o esperam impacientemente¹⁸⁷. Uma tal recuperação das economias feitas no setor médico em favor da expansão da educação para a vida, do serviço social, do consumo de cuidados psicológicos ou de catecismos políticos constitui a última perversão das associações de autodefesa dos consumidores. Começa-se falando em nome da proteção do consumidor e isto depressa se revela uma cruzada visando transformar, não importa a que preço, pessoas autônomas em clientes.

Qualquer forma de dependência logo se torna obstáculo à capacidade de se cuidar, de enfrentar, de se adaptar e de curar. Pior ainda, o obstáculo priva as pessoas do poder de transformar as suas condições de vida e de trabalho, estas mesmas que as tornam doentes. O controle exercido sobre a atividade de produção do complexo médico-industrial só pode contribuir para uma melhoria da saúde se tiver por objetivo uma redução muito substancial do *output* global, e não se contentar com simples melhorias técnicas na mercadoria oferecida.

187 Robert J. Haggerty, "The boundaries of health care", em *The Pharos*, julho de 1972, p. 106-111. — Ver também M. I. Roemer. J. A. Mera, 'Patient dumping and other voluntary agency contribution to public agency problems', em *Medical Care*, II (1), 1974, p. 30-39.

O legislador se esforça para controlar os fornecedores

Qualquer discussão política no domínio da saúde sempre se transforma rapidamente no problema do acesso *equitativo* aos consumos de cuidados médicos. Os partidos políticos traduzem o desejo da população de estar com boa saúde em termos de organização dos serviços médicos. Nem procuram saber o que estes serviços produzem exatamente, mas exigem que seus eleitores tenham direito a essas mesmas coisas que os ricos consomem. Se você apresentar a idéia de que seria necessário reduzir os recursos consagrados ao bom funcionamento da instituição médica, se exporá a uma resposta imediata e peremptória: os pobres serão os primeiros a serem privados de todo cuidado médico e os ricos estarão protegidos da iatrogênese social.

Para convencer que esta objeção, sob uma máscara humanitária, repousa em análise errônea da situação, é preciso mostrar que, ao contrário do que habitualmente se proclama nos debates políticos, não é verdade:

1) que os pobres consumam sistematicamente menos cuidados médicos que os ricos; em vista do que, segundo nossa análise, é totalmente possível que os pobres não sejam menos atingidos pela iatrogênese que os ricos; e

2) que os pobres tenham sistematicamente pior saúde e necessidades maiores de medicina que os ricos.

Esse dois pontos merecem que nos detenhamos neles.

Na maioria dos países, os pobres têm menor acesso que os ricos aos serviços médicos¹⁸⁸. Em todos os países latino-americanos, com exceção de Cuba, os 20% mais pobres da população são compostos por gente de que somente 1 filho entre 40 concluirá os cinco anos de ensino obrigatório, e dos quais quase a mesma proporção será atendida em hospital público caso adoença. Os ricos são os 3% da população compostos dos que concluíram o ensino secundário, suas famílias, os dirigentes sindicais e dirigentes de partidos políticos de qualquer corrente. Esses podem escolher seus médicos, que por formação pertencem ao mesmo meio, e receberam formação em

188 Para a América Latina, ver Amoldo Gabaldon, "Health services and socioeconomic development in Latin America", em *The Lancet*, 12 de abril de 1969, p. 739-744, e Vicente Navarro, *The under-development of health or the health of under-development. an analysis of the distribution of human resources in Latin America*, Johns Hopkins University.

grande parte gratuita, o que quer dizer: paga por todo o mundo.

Apesar desta incontestável desigualdade de acesso aos serviços médicos, seria errado afirmar que tal acesso esteja sistematicamente ligado à renda. No México, por exemplo, 3% da população se beneficiam de um sistema excepcional de previdência social (ISSTE), que assegura cuidados médicos de qualidade internacional. Este grupo privilegiado é constituído de funcionários, desde ministro até contínuos.

Se essa minoria se beneficia de cuidados médicos de alta qualidade é porque participa de uma operação cujo valor é sobretudo demonstrativo. Os cirurgiões que nela praticam sua habilidade se comparam a seus colegas do Texas. Os jornais podem desse modo informar aos professores de uma longínqua aldeia que a cirurgia mexicana é melhor do que a praticada nos hospitais de Chicago. Quando um alto funcionário é hospitalizado, pode se aborrecer por se encontrar pela primeira vez na vida dormindo ao lado de um trabalhador, mas sente-se igualmente reconfortado e orgulhoso em ver até que ponto a democracia funciona bem em seu país oferecendo a mesma coisa ao patrão e ao vigia noturno. Os dois tipos de pacientes chegam assim a esquecer que ambos são exploradores privilegiados. Se esquecem de que para se beneficiarem de leitos, equipamentos, uma completa administração, e cuidados técnicos, é necessário destinar a esta pequena minoria um terço do orçamento sanitário do país. Não se lembram de que se fosse preciso dar a todos os pobres igual acesso a uma medicina de qualidade uniforme a maior parte da atividade atual da profissão médica deveria cessar.

Os Estados Unidos são o país mais rico do mundo segundo muitas escalas, mas estão apenas em 17.º lugar em mortalidade infantil. Em geral se atribui isso a fatores sócio-políticos, particularmente em relação às taxas de mortalidade infantil entre os mais desfavorecidos, que é muito mais alta que a taxa média. Estão classificados como economicamente fracos 20% dos americanos, e nesse grupo a taxa de mortalidade infantil é superior às taxas conhecidas de alguns países supostamente subdesenvolvidos da África e da Ásia. A explicação corrente é que os pobres dispõem de menores recursos para gastar com a medicina. Contrariamente a esta opinião largamente difundida, tal fato em geral não é verdadeiro. O consumo de serviços médicos nos Estados Unidos não está diretamente ligado à renda. Os lares de rendas mais baixas não consomem menos e sim mais cuidados

médicos que o grupo de rendas imediatamente superiores¹⁸⁹. Estes americanos de nível médio são muito pobres para pagar de seu bolso os serviços de um médico, porém muito ricos para ter direito aos fundos de assistência de que somente se podem beneficiar os que têm certificado de pobreza. Apenas em grau muito pequeno é que a grande taxa de mortalidade infantil entre os americanos mais pobres se pode explicar por insuficiência de consumo terapêutico.¹⁹⁰

As diferenças das taxas de mortalidade infantil observadas no conjunto das categorias sociais devem de fato ser imputadas a fatores culturais e do meio ambiente, muito mais do que as diferenças de acesso aos serviços médicos. A superalimentação, os *stresses*, as viagens rápidas, a supermedicalização e outros fatores associados ao modo de vida das altas rendas abreviam a vida do adulto rico, enquanto que a criança pobre tem a vida ameaçada antes pelo amontoamento em pequenos espaços, a promiscuidade, a poluição, o crime, a discriminação e os cuidados médicos particularmente iatrogênicos.¹⁹¹

Os últimos combinam seu efeito nefasto com o do meio ambiente para criar o tipo de saúde conhecido dos pobres. Um menor acesso ao sistema médico da forma que este é atualmente, ao contrário do que afirma a retórica política, seria benéfico para eles e para os ricos.

Nos países onde a concessão de serviços médicos está sob controle público, a eliminação das intervenções iatrogênicas, ao menos em teoria, não traz nenhum problema político embaraçoso. A administração pode proteger da mesma forma a todos. Quando se verifica que uma intervenção médica não tem qualquer resultado, ou teve resultados negativos, basta ao governo decidir abandonar o método de ação e permitir sua continuação com único objetivo de experimentação. Nos países onde não existe nem financiamento 'nem

189 Nathan Glazer, "Paradoxes of health care", em *The Public Interest*, p. 6277. — Sobre a interdependência da pobreza e da má saúde em geral nos Estados Unidos, ver John Kosa, et al., ed., *Poverty and health: a sociological analysis*, a Commonwealth Fund Book, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1969.

190 Herbert T. Birch, Joan Dye Gussow, *Disadvantaged children: health, nutrition and school failure*, Nova York, Harcourt, Brace and World, 1970: os autores preconizam o desenvolvimento dos serviços de saúde em favor dos pobres, mas demonstram claramente que sua má saúde deve-se principalmente a fatores independentes do sistema médico.

191 Victor Fuchs, *Some economic aspects of mortality in the United States*, NBER, 1965. mimeogr.: salvo no primeiro ano de vida, a renda exerce um efeito positivo sobre a mortalidade diferencial nos Estados Unidos. — Michael Grossman, *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*, Nova York, NBER, 1972: trata dos mecanismos que podem explicar a correlação positiva entre o nível social e a má saúde nos países ricos. — B. Benjamin, *Social and economic factors affecting mortality*. Paris, Mouton, 1965: discute as dificuldades encontradas na análise das taxas de mortalidade em função do nível social. — Ver também Richard Auster, et al., *op. cit.*

gestão nem controle totalmente centralizados dos serviços médicos, o problema é muito mais delicado. Mesmo se os fundos públicos são negados aos serviços médicos dispendiosos e iatrogênicos, não há possibilidade de interditá-los. Os ricos continuarão a se fazer transplantar rins de outros. Os transplantes trazem apenas pequenas vantagens técnicas comparadas ao seu custo e somente fazem sofrer os pacientes que pagam. De outra parte, uma redução das despesas públicas ligadas às intervenções iatrogênicas economizará aos pobres muitas frustrações e danos diretos e ainda alguns dos efeitos indiretos que afetam a comunidade.

Tomando-se em conta apenas as funções técnicas da medicina, pareceria então razoável opor-se a qualquer utilização de fundos públicos que tenham por objetivo igualar as facilidades de acesso a empresas médicas potencialmente prejudiciais. Mas as coisas não são tão simples, porque a medicina não tem somente funções técnicas: ela constitui-se, entre outros, num sinal de *status*. Um dos principais objetivos das despesas médicas é produzir satisfações simbólicas que as pessoas apreciam pelo seu preço. Assim, acabam pensando que toda internação no hospital, todo exame, toda receita, toda psicoterapia é um privilégio. A melhor prova de que se trata de um privilégio desejável está em que os que podem auferi-lo lhe consagram somas consideráveis. Numa sociedade liberal e medicalizada, o governo só pode lançar mão dos recursos públicos de acordo com a vontade geral, mesmo que estes não tenham qualquer possibilidade de corresponder efetivamente ao que é desejado. Nestas circunstâncias, a igualização do acesso aos tipos de serviços existentes só pode reforçar o poder dos vendedores de órgãos de reposição ou o dos tecnocratas que se fixam ao objetivo da regularização universal da pressão arterial.

Quanto mais gente depende do acesso aos serviços institucionalizados mais parece importante definir o que é um acesso equitativo. A equidade se realiza quando um número igual de cruzeiros está disponível para a educação e a medicalização dos pobres e dos ricos? Ou é necessário fornecer a todos os mesmos serviços? Ou ainda, a equidade exige que o pobre receba o mesmo saber e a mesma saúde que o rico, mesmo se aquele necessite de muito maiores despesas em seu favor? Essa batalha entre os partidários da igualdade e os da equidade no acesso aos serviços institucionalizados já foi travada no

campo da educação, e acaba de ser iniciada no da saúde¹⁹². Pouco importa o aparente vencedor: o verdadeiro será o sistema dos pedagogos e o sistema médico que se verão reforçados, porque o objetivo não é nem a igualdade das despesas nem a eqüidade na educação e na saúde, mas igual acesso para todos à dependência em face dos profissionais, às ilusões e aos danos que eles causam.

A valorização da saúde-mercadoria é sintoma da organização dos poderes em favor da produção heteronômica. É um valor necessário à justificação do poder econômico e político. A difusão desse valor em todas as classes sociais explica o aparente pluralismo na busca do cuidado-mercadoria e a aparente oposição entre os programas de esquerda e de direita, que visam à reorganização dos mecanismos de acesso ao hospital e ao médico¹⁹³. Mas tal pluralismo não assegura uma descentralização do controle sobre os serviços médicos.¹⁹⁴ Este continua firmemente nas mãos das elites profissionais. De fato, a demanda crescente torna os cuidados médicos mais raros e reforça a integração das elites médico-sanitárias na classe que domina a produção, a reprodução e a legitimação de um sistema industrial em crescimento.

Qualquer controle público de um complexo médico-industrial em crescimento ilimitado só pode reforçar sua expansão malsã. Já vimos que este efeito paradoxal se produz necessariamente logo se polarize na programação da distribuição de serviços institucionalizados. O monopólio industrial dos cuidados médicos só pode crescer quando a coletividade mobiliza suas energias com a finalidade de receber mais produto heteronômico, mesmo se este for distribuído

192 Rashi Fein. "On achieving access and equity in health care", em *Milbank Memorial Fund Quarterly*, outubro de 1972, vol. 50: 34.

193 História da idéia de seguridade social nos Estados Unidos: Daniel S. Hirshfield. *The lost reform: the campaigning for compulsory health insurance in the United States From 1932 to 1943*, Cambridge, Harvard University Press, 1970: sólido e documentado. — Edward M. Kennedy, *In critical condition: the crisis in America's health care*, Nova York, Simon and Shuster, 1972, e William R. Roy, *The proposed health maintenance organization of 1972*, Washington, Science and Health Communications Group. Souccrbook Series, vol. 2, 1972: São boas introduções às duas tentativas visando a assegurar a igualdade de acesso aos cuidados médicos nos Estados Unidos. — Steven Jonas, "Issues in National Health Insurance in the United States of America", em *The Lancet*, 20 de julho de 1974, p. 143-146: oferece um bom resumo da legislação atual que coloca em oposição os apologistas do lucro e os representantes das burocracias públicas. — Paul D. Ellwood, "Health maintenance organizations. Concept and strategy", em *Hospitals. Journal of American Health Association*, vol. 45, 16 de março de 1971.

194 Vicente Navarro, Social policy issues: an explanation of the composition, nature and _functions of the present health sector of the United States, The Johns Hopkins University. Paper based on a presentation of the Annual Conference of the New York Academy of Medicine, 25-26 de abril de 1974, 37 p., tables and bibliogr., Cuernavaca, CIDOC DOC. I/V 75/79.

equitativamente¹⁹⁵. A eqüidade no campo da saúde passa necessariamente por uma redução da importância do complexo médico até o nível em que ele possa completar e aumentar os cuidados autônomos numa sinergia positiva.

Automedicação ilusória da burocracia médica

Um terceiro tipo de intervenções públicas, a saber, as tentativas de controle da organização interna da profissão médica, tem potencialmente efeitos tão ruins sobre a saúde quanto a pressão exercida pelos consumidores, quer estejam em competição ou contratualmente em coalizão a favor da igualdade das oportunidades.

Evitei até aqui atribuir à cupidez dos médicos a responsabilidade de uma atividade que serve aos interesses dos produtores e prejudica os dos consumidores. Contrariamente às lendas perpetuadas pelo Doutor Knock ou por Bernard Shaw em *O Dilema do Médico*, a sede de lucros pessoais tem pequeno poder explicativo na matéria. O nível de iatrogênese permanece fundamentalmente o mesmo se os próprios doutores estabelecem o montante de seus honorários, se ele é fixado a nível coletivo ou se todos os médicos são transformados em funcionários.¹⁹⁶

A iatrogênese social não está ligada ao comportamento individual de um ou outro clínico, e sim ao monopólio radical exercido pela profissão enquanto tal. Na época dos pacientes de Bayer, de Rhône-Poulenc, de Ciba-Geigy e da Johns Hopkins Medical School, o clínico perdeu a independência que lhe permitia escolher ser pessoalmente admirável ou odioso.

Não se pode negar que em alguns países muitos médicos se tornam ricos. Trata-se de um sinal de exploração econômica mas não de uma explicação dos efeitos malsãos da prática médica. Muitos críticos da medicina francesa ou americana infelizmente acreditam que bastaria que os médicos fossem tornados funcionários e um grande passo seria dado para uma prática mais satisfatória. Poderia ser muito bem o

195 Jean-Claude Polack, *La Médecine du capital*, Cahiers libres 222/3, Paris, F. Maspero: é uma tentativa de crítica sistemática do modelo médico nas sociedades burguesas, esclarecendo suas facetas ideológicas, repressivas e alienantes, segundo o autor.

196 Joachim Israel, "Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin", em *Neue Gesellschaft*. 1974, p. 397-404, faz o inventário de quinze tendências profundas na medicina contemporânea que fazem parte da intensa burocratização da vida, que ameaçam a saúde e se manifestam tanto na República Federal da Alemanha como na URSS.

contrário: eliminando a diversidade de rendas da hierarquia médica, e lhes impondo um teto, se poderia reforçar a coesão da profissão em conjunto. Ela aí ganharia em prestígio e seria mais forte para reclamar uma parte maior da riqueza nacional. A existência de alguns escroques sempre serviu à credibilidade da corporação: ao denunciar sua conduta, o médico honesto torna legítimos os abusos inerentes à sua prática cotidiana. Do mesmo modo, as pessoas vêem que são exploradas por este ou aquele médico particular, mas isso as torna cegas à exploração do bem público pela profissão médica em conjunto. O controle público exercido sobre o enriquecimento pessoal de alguns indivíduos poderia muito facilmente transformar-se em meio particularmente eficaz para fazer aceitar uma medicalização ainda mais intensa da vida.

É o grande público que formula críticas diante do enriquecimento pessoal de alguns indivíduos. São primeiramente aqueles que os médicos tratam como valetes, aprendizes, lacaios, domésticos, no campo médico-sanitário, que criticam a organização hierarquizada da medicina. São os enfermeiros, técnicos de óptica (nesses países a determinação do uso de óculos e a sua escolha, problemas de física óptica, competem a especialistas técnicos no assunto. Ao oftalmologista cabe o diagnóstico e tratamento das doenças e correção dos defeitos dos olhos.), ortopedistas, abortadores (na França como em alguns outros países o aborto pode ser praticado por especialistas não médicos. que recebem formação adequada, analogamente ao caso das parteiras diplomadas), acompanhantes de doentes e particularmente os internos que, da Inglaterra à Itália, estão à testa do movimento para uma distribuição mais generosa do privilégio médico. Atribui-se ao médicos a vontade de permanecerem os mestres e de deixar ao pessoal auxiliar apenas um papel de segundo plano. Porém a maioria das medidas propostas para dar um papel mais profissional e mais independente ao farmacêutico e ao *_feldscher* só pode reforçar a coesão da indústria dos cuidados e *aumentar a eficácia* do sistema ao facilitar a mobilidade do pessoal para o alto, descentralizando as responsabilidades. O argumento de que os médicos fazem atualmente o que os enfermeiros poderiam fazer melhor do que eles desemboca numa demanda aguda de pessoal paramédico e numa crescente multiplicação das organizações, congressos e sindicatos profissionais. O aumento do pessoal paramédico diminui o que as pessoas podem fazer umas para as

outras e para elas próprias¹⁹⁷.

Até há cerca de um século, nos Estados Unidos, o clínico geral, o cirurgião competente e o farmacêutico autônomo trabalhavam independentemente e lado a lado. O primeiro era uma espécie de gentil-homem, o segundo um artesão e o terceiro um comerciante. Há mais ou menos uns sessenta anos o médico formado em faculdade começou a impor sua autoridade. Com sua vinda a prática independente do especialista não profissional (farmacêutico, parteira, arrancador de dentes) e a prática da avó, com suas receitas de dona-de-casa, começaram a declinar.

O empobrecimento iatrogênico da cultura popular se opera em dois planos: a eliminação das tarefas especializadas mas não burocratizadas e a redução da competência geral. A invasão do Harlem pelos paramédicos, de Bakou pelos feldschers, a retomada em mãos profissionais dos médicos chineses de pés nus e sua formação especializada são políticas que espoliam o povo soberano e dão maior poder aos barões em detrimento do povo. Trata-se da organização de uma hierarquia mais complexa e não de nova abertura do saber ao autodidata e do poder às bases.

Enquanto os médicos decidirem sozinhos o que constitui serviço de qualidade não será possível lhes dizer o quanto ele deverá custar. No máximo se poderá dizer-lhes o que a coletividade está desejosa de lhes proporcionar como renda pessoal. Enquanto os médicos decidirem sozinhos quem pode prestar serviços de qualidade, no máximo se poderá pedir-lhes a admissão de uma percentagem de médicos negros, tolerância para que enfermeiros apliquem injeções intravenosas, a criação de um diploma de abortador, e que se incumbam da educação interminável dos médicos de pés nus.

No espaço de quinze anos, o número de especialidades médicas

197 Sobre a especialização das profissões médicas: Richard Harrison Shryock, *Medicine and society in America: 1660-1860*, Ithaca, Nova York, Great Seal Books, 1962, e Hans-Heinz Eulner, "Die Entwicklung der Medizinischen Spezialfächer und den Universitäten des deutschen Sprachgebietes". em *Studien zur Medizingeschichte des 19. Jh.*, Stuttgart. Enke Verlag, 1970. — Como orientação sobre as novas profissões paramédicas, ver Harry Greenfield, Carol Brown, *Allied health manpower: trends and prospects*, Nova York, Columbia University Press, 1969. — Sobre o emprego dos auxiliares de saúde nos países pobres: Oscar Gish, ed., *Health manpower and the medical auxiliary. Some notes and an annotated bibliography*. Intermediate Technology Development Group, Londres, 1971. — Sobre o papel da profissão médica moderna, ver estudo monumental de um sociólogo muito profissional: Eliot Freidson, *Profession of medicine: a study of sociology of applied knowledge*, Nova York, Dodd, Mead and Co., 1971. — Sobre a história da profissão de enfermeiro: Gerald Jos. Griffin, J. K. Griffin, *History and trends of professional nursing*. With a special unit on legal aspects by Bowers, R. G., 7th ed. St. Louis, Mosby, 1973, 311 p. — Segundo Hans Schaefer, Maria Blohmke, *Socialmedizin. Einführung in die Ergebnisse and Probleme der Medizin-Sociologie and Socialmedizin*. Stuttgart. Georg Thieme Verlag, 1972. em alguns países do mundo a sociologia da medicina não se propôs ao estudo sistemático da utilidade técnica da profissão médica.

reconhecidas pela American Medical Association mais do que duplicou. Contam-se hoje sessenta e sete. Cada uma constitui um feudo, com suas próprias enfermarias, técnicos, revistas, congressos, e algumas vezes até seus grupos organizados de pacientes. É preciso imaginar o que a discussão sobre a medicina iatrogênica produz de novas pressões sobre a hierarquia médica, exigindo que esta reforme sua estrutura interna, econômica, burocrática e técnica. Tal auto-reforma tem tanta possibilidade de completar-se quanto as veleidades de mudança anunciadas entre os militares, padres, sindicalistas ou dirigentes de partido¹⁹⁸. O financiamento público da reforma de uma profissão pode apenas reforçar seu poder de interpretar e também de determinar as necessidades do público. O controle público de uma burocracia profissional monopolista pode reforçar sua integridade, mas somente reforçando seu poder e sua credibilidade¹⁹⁹. É unicamente através de uma limitação do monopólio radical exercido pelo ato médico e sanitário, limitação que deve ser feita por vias legislativas e jurídicas, que a cultura popular médica pode retomar sua autonomia e incorporar o progresso técnico.

Separação da medicina ortodoxa e do Estado

A profissão médica cessou completamente de perseguir os objetivos de uma corporação de artesãos aplicando a tradição e recorrendo à habilidade, à aprendizagem e à intuição. Assumiu papel reservado mais ao clero, ao utilizar os princípios científicos à guisa de teologia, os técnicos à guisa de acólitos e a rotina hospitalar à guisa de liturgia.

A arte empírica de curar quem pode ser curado não interessa mais aos médicos: eles estão engajados numa luta pela salvação da humanidade, querem desembaraçá-la dos entraves da doença e da invalidez, e até da necessidade de morrer. A profissão médica deixou de ser uma verdadeira corporação, composta de artesãos aplicando

198 A dominação profissional do médico é reforçada também pela paraprofissionalização e pela profissionalização do cliente: Tom Dewar, *Some notes on the professionalization of the client*. Cuernavaca, CIDOC, I/V 73/37, 1973, e pela nova tendência de licenciar as instituições produtoras antes que os especialistas que elas contratam. Sobre esse ponto ver Nathan Hershey, Walter S. Wheeler, *Health personnel regulation in the public interest. Questions and answers on institutional licensure*, published by the California Hospital Association as a service of Health Care Field, 1973.

199 Sobre a diferença entre medicina profissional, burocrática, artesanal, técnica e a medicina como empresa produtora de serviços profissionais, ver Hans O. Hauksch, "Patient care as a perspective for hospital organization research", em Basil S. Georgopoulos, ed., *Organization research on health institutions*, Institute for Social Research, University of Michigan, p. 159-172. — Para uma taxinomia das necessidades no serviço do burocrata *decididor*, ver Jonathan Bradshaw, "A taxonomy of social need", em Gordon McLachlan, *Problems and progress in medical care*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford University Press, 1972, p. 69-82.

em benefício de doentes em carne e osso as regras de uma arte empírica. Tornou-se um partido de administradores burocratas que aplicam princípios e métodos científicos a categorias inteiras de *casos* médicos. O microscópio científico é também viseira que limita a visão clínica. "Sob regimes estatais ou liberais, em países onde os médicos trabalham em condições tão diferentes como a União Soviética, a Suécia, a Grã-Bretanha, os Estados Unidos ou a França, eles raciocinam contudo da mesma maneira, porque sua lógica está ligada a certa concepção da ciência e não a um quadro administrativo. No hospital ou em casa, na cidade ou no campo, o médico que examina o doente está sempre confiante numa ciência a que deve servir e confiante num homem a quem deve curar²⁰⁰. O doente que havia servido de material educativo para o clínico transformou-se em matéria-prima para o avanço da ciência médica. Cada tratamento é apenas a repetição de uma experiência que tem probabilidade de êxito definida. Cada resultado, seja positivo ou negativo, é um passo no caminho da decisão que será tomada para a escolha do tratamento de um próximo paciente. Como em toda verdadeira aplicação científica, o fracasso é atribuído a determinado tipo de ignorância: falta de conhecimentos científicos das leis que se aplicam à experiência particular em causa, falta de competência pessoal da parte do experimentador na aplicação dos métodos e dos princípios, ou ainda sua insuficiente capacidade de dominar essa variável inapreensível que é o paciente. Em tal medicina, quanto mais a variável *paciente* é controlável mais o resultado é previsível.

A ciência médica, em seu estágio de avanço atual, aplicada pela medicina científica ao *caso* que lhe cai nas mãos, se limita a fornecer o tratamento adequado, pouco importando se o resultado é a cura, a morte ou nenhuma reação do paciente. Sua legitimidade está inserida nos mapas estatísticos que predizem a probabilidade desses três resultados com precisão matemática. Os funcionários desta medicina científica coletivamente constituem uma burocracia e não uma corporação de *práticos* liberais.

Desde o início do século, o corpo médico é uma igreja estabelecida. Para este corpo de médicos científicos, somente duas hipóteses para o futuro podem ser encaradas: 1) ou serão propostas explicações racionais, fundadas em dados mensuráveis, sobre os males de que se queixam os doentes; 2) ou persistirá, ao lado desse domínio

200 J.-C. Sournia, *Logique et Morale du diagnostic*, Paris, Gallimard, 1961.

mensurável um setor dominado pelos mitos, pelas forças inconscientes, setor acessível apenas a certos domadores de mitos especializados²⁰¹. De fato, novo radicalismo se alimenta agora da crise da medicina e prepara um ataque contra a ideologia que ela segrega de forma burocrática. Tanto a inquisição exercida pela Ordem como o questionamento da ortodoxia transformam as seitas em igrejas. O questionamento da ideologia científica médica constitui um quarto modelo ambíguo de reforma política²⁰².

Existem precedentes históricos para as ações legais que são propostas com o objetivo de quebrar o monopólio quase eclesiástico da medicina moderna. Quatro formas de separação da Igreja e do Estado foram ensaiadas no passado. A primeira toca a tradição. Ela priva o papa de assistência secular quando excomungou um herege. Não se toca nem em seu poder de coletar impostos nem em seu direito de definir as leis do matrimônio. Na separação d'a medicina e do Estado, esse grau de liberalismo está longe de ser atingido na maioria dos países modernos. Sempre se jogam as pessoas na prisão se o dogma médico as cataloga como charlatãs. Até 1974, na França, o abortador ia para a prisão como, na Idade Média, o padre ou o leigo que tivesse celebrado uma missa negra. Desde essa data, só a pessoa que pratica aborto sem ser ordenada médico é submetida a pena. O segundo tipo de separação consiste em estender os privilégios da Igreja estabelecida a outras Igrejas. Na República Federal da Alemanha, católicos e luteranos têm igualmente direito ao dinheiro público. A transposição no domínio médico seria que não somente os profissionais reconhecidos mas também os homeopatas e os algebristas' teriam direito a uma fatia do bolo orçamentário. Em terceiro nível, tem-se o tipo de separação rígida da Igreja e do Estado que prevalece nos Estados Unidos. Neste modelo, a Igreja não recebe qualquer apoio direto sob forma de acesso ao dinheiro público, mas sem que isso signifique nenhuma desconfiança ou oposição em face dos objetivos que ela persegue. As igrejas são consideradas então instituições provavelmente necessárias, em todo caso inevitáveis. No caso da medicina, o equivalente seria que nenhum fundo público fosse destinado ao sustento direto da instituição médica. Uma última forma de separação da Igreja e do Estado é o modelo russo de tolerância das

201 Jean Bernard, *Grandeur et Tentations de la médecine*. Paris, BuchetChastel, 1973, p. 290.

202 Michael Marien. *The psychic frontier: towards new paradigms for man*, World Institute Council, 777 United Nations Plaza, New York 10017: fornece uma base bibliográfica para a recente explosão dos novos modos de curar que tendem a reclamar legitimidade.

igrejas: estas são consideradas malsãs, são controladas e taxadas. Ainda não se propôs em parte alguma que esse modelo fosse aplicado à instituição médica.

As proposições que consistem atualmente em dar direitos iguais a diferentes tipos de exercício da medicina visam todas de qualquer modo à separação da *Igreja* médica e do Estado. Classificam-se bem melhor na segunda categoria, a da igualdade dos privilégios. Os mecanismos para promover esse pluralismo de acesso ao financiamento público podem tomar duas formas: a que coloca os heterodoxos sob vigilância do corpo médico ortocientífico e a que encoraja a competição entre ortodoxias em conflito. No primeiro caso, é pela integração ao corpo médico que o ervanário, o homeopata, o acupunturista e o médium podem ver seus serviços beneficiados pelo regime do reembolso previdenciário. No segundo caso, há também duas possibilidades: o financiamento público paralelo a vários sistemas de medicina, como na Índia e na China imediatamente após a Revolução Cultural, e o financiamento direto pelo paciente que teria o direito de escolher o seu curador. Sob todas as suas formas, o pluralismo médico é uma política altamente ambígua.

Numa sociedade dominada pelo sonho terapêutico, o pluralismo multiplica a deserção doentia. Atualmente a única maneira de se retirar da atividade cotidiana, para qualquer um que esteja desgostoso de seu trabalho, é encontrar um médico que defina como sintoma de doença ortodoxa o comportamento psicossomático que ele adotou. Quanto mais existem diferentes teorias com o poder de diagnosticar e definir um tratamento, mais razões existem para renunciar à responsabilidade de transformar o que, no meio ambiente, faz adoecer nosso amigo, e mais a doença se despolitiza. Se a separação da *Igreja* médica e do Estado não permitir aos cidadãos maior capacidade para assumir responsabilidade pessoal autônoma, só poderá reforçar, e não reduzir, a medicalização patogênica.

Capitulação do médico diante do politécnico

Evoquei até aqui quatro tipos de críticas que são endereçadas à estrutura institucional do complexo médico-industrial. Cada uma delas faz nascer um projeto político que, segundo mostrei, pode apenas levar ao reforço da dependência das pessoas em face de burocracias médicas, e isso porque em qualquer caso a saúde é tratada em termos

de intervenções e de planejamento terapêuticos. As estratégias propostas se exprimem sempre por atos cirúrgicos, ou intervenções químicas, no comportamento e a vida das pessoas que estejam doentes ou que possam vir a estar. Uma quinta categoria de críticos rejeita tais objetivos. Sem deixar de ver na medicina um programa de intervenções técnicas, eles afirmam que, se fracassam as estratégias usadas pela medicina, é porque se polarizam demais nos indivíduos e os grupos doentes e não o bastante no meio ambiente que está na origem da doença.²⁰³

As pesquisas que visam ultrapassar a intervenção clínica se concentram, para a maioria, na programação do meio ambiente social, psicológico e físico do homem. O que nos estudos técnicos se entende por "determinantes não médicas do estado de saúde" refere-se quase sempre a um programa de planejamento do meio²⁰⁴. Os engenheiros-terapeutas não vão mais dirigir sua ação ao paciente presente ou potencial, mas ao sistema mais vasto do qual se supõe que ele faça parte. Não manipulam mais o doente, reconstróem o meio ambiente para levar boa saúde a toda uma população²⁰⁵. Na lista das estratégias políticas contraprodutivas, me permiti deixar de mencionar até aqui as demandas de aperfeiçoamento técnico, porque os tipos de progressos propostos que não são nem evidentemente iatrogênicos nem *performances macabras* se reduzem a projetos de manipulação do meio.

A intervenção sanitária concebida como programação higiênica do meio procede de categorias diferentes das do clínico. Seu centro de interesse é o comportamento dos grupos no meio marcado para a expansão industrial, mais que os doentes; o efeito do *stress* na população, mais que o impacto de agentes particulares sobre certos indivíduos; a relação entre o nicho em que a humanidade evoluiu e essa humanidade, mais que a relação entre os objetivos perseguidos

203 Exemplos: Hans Schaefer, "L'avenir de la santé publique", em 2000, *Revue de l'aménagement du territoire*, n.º 25, p. 24-25, 1973. e Leo Kapzig, "Sauté et sociétés industrielles". em 2000, *Revue de l'aménagement du territoire*. n.º 25, p. 24, 1973.

204 Monroe Lerner, Harvey Brenner, John Cassel, *et al.*. *The non-health services' determinants of health levels: conceptualization and public policy implications*, report of a sub-committee under the Carnegie Grant to the Medical Sociology Section, American Sociological Association, 29 de agosto de 1973, mimeogr.: trata da delimitação conceitual da área do ato médico. Inclui a proteção da população contra a iatrogênese do ato médico.

205 A. Sheldon, *et al.*, *Systems and medical care*, Cambridge, MIT Press, 1970. — Guy Benveniste, *The politics of expertise*, Berkeley, Glendessary Press, 1972: guia para os novos *conselheiros do príncipe*. Críticas sérias: Hedwig ConradMartius, *Utopien der Menschenzüchtung. Der Socialdarwinismus and seine Folgen*, Munchen, Kösel, 1955: Gerald Leach, *Les Biocrates, manipulateurs de la vie*, Paris, Seuil, 1973.

por pessoas e sua capacidade de atingi-los²⁰⁶

A medicina ecológica parte do pressuposto que, de um modo geral, os indivíduos são mais produto do seu meio ambiente que de sua herança genética. Este meio está começando a se alterar rapidamente sob o efeito da industrialização. Até o presente a humanidade mostrou extraordinária capacidade de adaptação. A espécie *homem* demonstrou incomparável capacidade de sobreviver a despeito de um nível muito alto de disfunções impostas pelo meio. Dubos teme que a humanidade não seja capaz de adaptar-se às tensões criadas pela segunda revolução industrial e à superpopulação, do mesmo modo que no passado sobreviveu à fome, à peste e à guerra. Ele fala com receio dessa possibilidade de sobrevivência porque a adaptabilidade, que é um trunfo para a sobrevivência, é também um pesado *handicap*. As causas mais freqüentes de doenças são exigências de adaptação.

Uma nova medicina, cuja principal finalidade seja manter viável, pelo planejamento do meio, o fenômeno humano num mundo de máquinas, está começando a nascer. Tal empresa visa à criação de uma matriz plástica, à programação de sistemas que reduzam os riscos de destruição total. A noção de paciente se eclipsa diante da noção do homem administrado.

A nova política médica tendo por principal objetivo a programação do sistema industrial que visa destruir os riscos de destruição²⁰⁷ transforma o mundo em hospital para pacientes por toda a vida. Pode-se prever que a substituição de uma medicina focalizada no paciente por uma medicina focalizada no meio ambiente é suscetível de ter pelo menos dois tipos de conseqüências sinistras. De um lado, o desaparecimento das fronteiras entre diferentes categorias de anormalidades; de outro, a emergência da noção de tratamento global e sua legitimação. Cuidados médicos, reeducação e recuperação psíquica seriam apenas diferentes formas de uma programação do homem para adaptá-lo ao meio ambiente programado. Numa sociedade onde o ato sanitário é radicalmente medicalizado, a descoberta dos limites implícitos ao crescimento dos serviços institucionais pode ter uma temível conseqüência. Como o sistema médico se revela incapaz de satisfazer as demandas que lhe são

206 Rene Dubos, "Man and his environment: biomedical knowledge and social action", *Pan American Health Organization. Scientific Publication*, n.º 131, março de 1966.

207 Definição operatória do conceito de *desabamento* em Aaron Antonovsky, "Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine", em *Social Science and Medicine*, vol. 6, 1972, p. 537-544.

dirigidas, é provável que estados atualmente classificados como de doenças sejam em breve desmedicalizados e tratados como anormalidade criminal ou conduta antisocial. O campo das intervenções médicas e sanitárias se estenderá então de tal modo que as restrições tradicionalmente impostas às intervenções serão suspensas e que a distinção entre manipulações higiênica, pedagógica e criminológica se apagará. O caminho a que pode conduzir uma integração das profissões terapêuticas é traçado pelo tipo de terapêutica do comportamento que se aplica aos condenados americanos e pelo aprisionamento nos hospitais psiquiátricos dos dissidentes políticos na URSS: é o progressivo apagamento das fronteiras entre terapêuticas infligidas em nome da medicina, da educação ou qualquer outra ideologia.

É chegada a hora não somente de proceder a uma avaliação pública dos efeitos da medicina, mas ainda de renunciar ao sonho pansanitário que tem o nome de *planejamento do meio*.²⁰⁸ Se o objetivo da medicina contemporânea é tornar inútil a capacidade que as pessoas têm de sentir e de curar, a ecomedicina promete satisfazer seu desejo alienado de sobreviver num meio ambiente inteiramente programado.

208 Para a literatura sobre a recente reorientação ecológica da medicina, ver Thomas M. Dunay, *Health planning: a bibliography of basic readings*, Council of Planning Librarians: Exchange Bibliography, 1968, mimeogr. e reproduzido em *CIDOC Antologia A2*—R.P. Sangster. *Ecology, a selected bibliography*. Council of Planning Librarians, Exchange Bibliography, janeiro de 1971. — National Library of Medicine, *Selected references on environmental quality as it relates to health*, desde 1971, National Library of Medicine. 8600 Rockville Pike, Bethesda, Md. *Environmental biology and medicine*, Nova York, desde 1971. *Environmental health perspectives*, National Institute of Environmental Health Sciences, Triangle Park, Londres, 1972. *Environmental health*, desde 1971. — Kogai, *The newsletter from polluted Japan*: a luta descentralizada contra a poluição travada por cerca de 2 000 grupos espontâneos, apoiada na pesquisa de alguns universitários e coordenada por professores que editam esse boletim em inglês para estabelecer contatos com o estrangeiro. Diretor: Jun Ui. Faculdade de Engenharia Urbana. Universidade de Tóquio, Hongo, Bunkyo-ku, Japão.

TERCEIRA PARTE

IATROGENESE ESTRUTURAL

CAPÍTULO V

COLONIZAÇÃO MÉDICA

A humanidade é a única espécie viva cujos membros têm consciência de serem frágeis, parcialmente enfermos, sujeitos à dor e votados à cessação radical, isto é, a morte. Somente o homem pode sofrer e ser doente. A capacidade de estar consciente da dor faz parte da adaptação autocrítica ao meio que se chama a saúde do homem. A saúde é a sobrevivência num bem-estar que sabemos ser relativo e efêmero. E a viabilidade do animal privado de instinto, viabilidade que deve ser mediatizada pela sociedade. Essa saúde supõe a faculdade de assumir uma responsabilidade pessoal diante da dor, a inferioridade, a angústia e, finalmente, diante da morte. Ela está relacionada com a significação ativa do indivíduo no corpo social, e nesse sentido a *saúde* do feto ou do lactente assemelha-se ainda à do coelho ou do gato.

A saúde do homem tem sempre um tipo de existência socialmente definida. Globalmente, ela se identifica à *cultura* de que trata o antropólogo, que outra coisa não é senão o programa de vida que confere aos membros de um grupo a capacidade de fazer face à sua fragilidade e de enfrentar, sempre provisoriamente, um meio ambiente de coisas e palavras mais ou menos estável.

Ao se identificar a *cultura* a um programa de saúde, é preciso evitar as armadilhas de uma antropologia para a qual todas as culturas estão a serviço de uma essência humana imutável, tanto quanto as armadilhas daquela para a qual toda cultura dá uma definição arbitrária do homem²⁰⁹. Não há ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, tampouco existe sociedade que não se funde na autonomia com que seus membros participam do programa que ela estabelece. A cultura é o *casulo* que permite ao ser consciente se reconciliar com o nicho do universo onde sua espécie evoluiu e que se tornou hostil pelo emprego das ferramentas.

209 Clifford Geertz. The impact of the concept of culture on the concept of man. in Yehudi A. Cohen, ed., Man in adaptation: the cultural present. Chicago, Aldine, 1968.

Para estarmos seguros de compreender em que sentido a cultura é um *casulo* necessário à sobrevivência devemos ir além de suas manifestações aparentes e nos concentrar em sua função. Vê-se melhor então que a cultura não é um simples complexo de modelos de comportamento concretos, tais como os costumes, usos, tradições, hábitos, mas que é um conjunto de mecanismos, de projetos codificados de regulação, de planos, de regras e de instruções. O homem, sendo animal privado do determinismo genético de seus instintos, tem necessidade, em grau extremo, de uma regulação que lhe seja exterior e sem a qual não poderia manter o equilíbrio vital em face do fracasso. Em outros termos: toda cultura é uma das formas possíveis da viabilidade humana, a *Gestalt* da saúde característica de um grupo. Ela não se acrescenta ao animal consciente virtualmente concluído, e não substitui tampouco sua consciência. Ela é a forma de produção do animal humano; determina o modo como a vida deve ser organizada, as categorias disponíveis para dar forma às emoções. Ao submeter-se à regulação de um programa mediatizado sobre a forma simbólica, o ser humano conclui seu destino biológico. Ao orientar o comportamento, a cultura determina a saúde, e é somente construindo uma cultura que o homem encontra sua saúde.

Para cada um, a cultura é o programa de uma luta que termina na agonia. A cultura é o regulamento da luta com a natureza e com o vizinho. Neste combate, o homem está muitas vezes sozinho, mas as armas, as regras do jogo e o estilo do combate são fornecidos pela cultura em que cresceu. Toda cultura elabora e define um modo particular de ser humano e ser sadio, de gozar, de sofrer e de morrer. Todo código social é coerente com uma constituição genética, uma história, uma geografia dadas e com a necessidade de se confrontar com as culturas vizinhas. O código transforma-se em função destes fatores, e com ele se transforma a *saúde*. Mas a cada instante o código serve de matriz ao equilíbrio externo e interno de cada pessoa; cria o quadro em que se articula o encontro do homem com a terra e com seus vizinhos, e igualmente o sentido que o homem dá ao sofrimento, à enfermidade e à morte. E papel essencial de toda cultura viável fornecer chaves para a interpretação dessas três ameaças, as mais íntimas e as mais fundamentais que sejam. Quanto mais essa interpretação reforça a vitalidade de cada indivíduo, mais ela torna realista a piedade para com outro, mais se pode falar de uma cultura

sadia.²¹⁰

Esse poder gerador de saúde, inerente a toda cultura tradicional, está fundamentalmente ameaçado pelo desenvolvimento da medicina contemporânea. A instituição médica é uma empresa profissional, tem para matriz a idéia que o bem-estar exige a eliminação da dor, a correção de todas as anomalias, o desaparecimento das doenças e a luta contra a morte. Reforça os aspectos terapêuticos das outras instituições do sistema industrial e atribui funções higiênicas subsidiárias à escola, à polícia, à publicidade e mesmo à política. O mito alienador da civilização médica cosmopolita chega assim a se impor bem além do círculo em que a intervenção do médico pode se manifestar.²¹¹

A eliminação da dor, da enfermidade, das doenças e da morte é um objetivo novo que jamais tinha servido, até o presente, de linha de conduta para a vida em sociedade. E o ritual médico e seu mito correspondente que transformaram a dor, a enfermidade e a morte, experiências essenciais a que cada um deve se acomodar, em uma seqüência de obstáculos que ameaçam o bem-estar e que obrigam cada um a recorrer sem cessar a consumos cuja produção é monopolizada pela instituição médica. O homem, organismo fraco mas provido do poder de recuperação, se torna mecanismo frágil submetido a constante reparação; daí a contradição que opõe a civilização médica dominante a cada uma das culturas tradicionais com a qual se vê em confronto logo que irrompe, em nome do progresso, nos campos ou nos países supostamente subdesenvolvidos.

As culturas tradicionais retiram sua função higiênica precisamente da capacidade de sustentar cada homem confrontado com a dor, a doença e a morte dando-lhe sentido e organizando sua execução por ele mesmo ou pelos que o cercam mais de perto. A higiene tradicional é constituída prioritariamente de regras para comer, dormir, amar, divertir-se, cantar, sofrer e morrer. Sem dúvida, a superstição faz parte dessas regras, mas, na maioria dos casos, mesmo o ato de exorcismo e de magia é consumado neste quadro com uma forma de produção descentralizada e autônoma. A higiene tradicional prescreve igualmente como se casar, como arrancar os dentes, como tomar

210 Sobre a integração da medicina na sociedade primitiva, ver Henry E. Sigerist, *A history of medicine. I: Primitive and archaic medicine*, N.Y. Oxford University Press, 1967; E. H. Ackerknecht, "Primitive medicine and culture pattern", em *Bulletin Hist. Medicine*. 1942, vol. 12, p. 545-574; Evans-Pritchard, *Witchcraft, oracles and magic among the Azandé*, Londres, Oxford Univ. Press, 1951, parte IV, 3.

211 P. Berger. B. Berger, H. Kellner, *The homeless mind. Modernisation and Consciousness*, Nova York, Vintage Book, 1974.

drogas e como ter filhos.²¹²

De fato as intervenções a que a maior parte das pesquisas em antropologia médica se dedica constituem apenas fração íntima do que a cultura tradicional traz à saúde. Na sociedade pré-industrial, é a estrutura global do programa cultural que tem por finalidade a prática da higiene enquanto hábito e enquanto virtude.

A eficácia desse programa tradicional repousa na integração de aspectos técnicos, sociais e simbólicos, equilíbrio que em certo momento é abalado pela invasão da civilização médica cosmopolita. Esta substitui um programa de ação pessoal por um código pelo qual os indivíduos são levados a se submeterem às instruções que emanam dos terapeutas profissionais. Substitui a higiene centrada no ato pessoal por outra, centrada na prestação profissional de serviços. A instituição assume a gestão da fragilidade, e ao mesmo tempo restringe, mutila e finalmente paralisa a possibilidade de interpretação e de reação autônoma do indivíduo em confronto com a precariedade da vida. A eficácia que as pessoas e as pequenas comunidades podem atingir ao tomarem conta de si mesmas, em uma sociedade tradicional, não é liberada na concorrência que caracteriza a forma de produção industrial. Quando o ideal de assumir a responsabilidade pela saúde é tomado por um serviço médico dominante, rompe-se definitivamente o equilíbrio entre as duas formas de produção complementares.

A fidelidade e o servilismo crescente à terapêutica afetam também o estado de espírito coletivo de uma população. Uma demanda idólatra de manipulação substitui a confiança na força de recuperação e de adaptação biológica, o sentimento de ser responsável pela eclosão dessa força e a confiança na compaixão do próximo, que sustentará a cura, a enfermidade e o declínio. O resultado é uma regressão estrutural do nível de saúde, visto que esta é compreendida como poder de adaptação do ser consciente. Essa síndrome de regressão, chamo-a *iatrogênese estrutural*. Nos capítulos seguintes tratarei sucessivamente do aparecimento histórico de três sintomas que revelam essa perda de saúde.

212 Orientações bibliográficas para a etnomedicina: Erwin H. Ackerknecht, "Natural disease and rational treatment in primitive medicine", em *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XIX, n.º 5, maio de 1946, p. 467-497; Steven Polgar, "Health and human behaviour: areas of interest common to the social and medical sciences", em *Current Anthropology*, 3 (2), abril de 1962, p. 159-205; Marion Pearsall, *Medical behavioral science: a selected bibliography of cultural anthropology, social psychology and sociology in medicine*. University of Kentucky Press. 1963, 134 p.

CAPÍTULO VI

ALIENAÇÃO DA DOR

Ao colonizar uma cultura tradicional, a civilização moderna transforma a experiência da dor. Retira do sofrimento seu significado íntimo e pessoal e transforma a dor em problema técnico. O sofrimento cessa então de ser aceito como contrapartida de cada êxito do homem na sua adaptação ao meio e cada dor se torna sinal de alarma que apela para intervenção exterior a fim de interrompê-la. Essa medicalização da dor reduz a capacidade que possui todo homem de se afirmar em face do meio e de assumir a responsabilidade de sua transformação, capacidade em que consiste precisamente a saúde.

A cultura pré-industrial eleva o limiar de tolerância à dor que lhe dá sentido. A civilização médica engaja-se na redução do sofrimento aumentando a dependência. A cultura torna a dor suportável integrando-a num sistema carregado de sentido. A ideologia da medicina industrial separa a dor de qualquer contexto subjetivo para melhor destruí-la. As culturas tradicionais, em sua maioria, tornam o homem responsável *de* seu comportamento sob o impacto da dor. O que o homem industrializado percebe é que a sociedade industrial é responsável *diante do* indivíduo em dor, de que ela deve livrá-lo²¹³. Esta inversão do sentido da responsabilidade em face da dor reflete e reforça uma transformação ética e política. Cada tradição propõe um conjunto de virtudes nas quais a resposta à dor pode se encarnar e pelas quais a dor corporal ganha forma de experiência característica de uma cultura. Cada homem, através da estrutura da linguagem, através dos gestos que o formaram, está impregnado de um estilo que lhe permite assumir a dor enquanto é responsável *de* sua vida ou *diante* da dos outros. Só a dor assumida como responsabilidade de sua vida concreta a faz experiência pessoal, enfrentada de maneira autônoma e não mecânica e constrangedora; experiência cotidiana e comum, nem histriônica nem heróica; pessoal e social e não artificial e individualista. Segundo a cultura em que sobrevém, o sofrimento pode evocar o dever, a separação, a oração, a lamentação, a piedade, a raiva. A despeito da consolação religiosa, da sugestão de um ritual mágico ou de qualquer ópio, em tal quadro o sofrimento permanece

213 Ver Alfred Schutz, "Some equivocations in the notion of responsibility", em *Collected papers*. 11. *Studies in social theory*, The Hague, Nijhof, 1964. p. 174276: para a distinção entre a responsabilidade *de* e a responsabilidade *diante de*.

trabalho autônomo, inelutável e solitário. A cultura estimula a capacidade individual para continuar a viver com a presença ou a ameaça da dor.

Esse tecido de respostas orgânicas está em via de se transformar numa demanda geral de gestão técnica das sensações, das experiências e do porvir individuais. A dor dava outrora nascimento a uma resposta cultural que permitia aos homens fazerem face à realidade cada vez que esta se apresentava como barreira à sua vontade de agir. Atualmente a dor foi transformada em problema de economia política²¹⁴, o que faz nascer um processo em bola de neve: o indivíduo aprende a conceber-se como *consumidor de anestésias* e se lança à procura de tratamentos que o fazem obter insensibilidade, inconsciência, abulia e apatia provocadas artificialmente.

A dor considerada essencialmente como experiência do inevitável teve a eficácia política de limitar a exploração do homem pelo homem. Se ele foi cruel, o poder estava estrangido a uma espécie de realismo, até o abuso. Porém, numa sociedade industrial, uma proporção cada vez maior do mal que atinge o homem é constituída pelo choque sobre ele de um instrumental que não lhe poderia servir de meio. A dinâmica industrial elimina a capacidade de recusa do homem autônomo que poderia ter servido de fronteira à sua expansão. Ao expropriar a dor, o progresso da ideologia industrial a suprime na medida em que limita o crescimento ulterior do abuso. Não se vê mais na dor uma necessidade *natural* a que se soma a agressão do outro. Toda dor se apresenta desde logo como resultado de tecnologia faltosa, de legislação injusta ou de ausência de medicina analgésica. A heteronomia na dor, típica para o consumidor de anestesia, transforma-a em demanda aguda de medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e outros cuidados impessoais e profissionalizados, como também em suporte político para o crescimento de uma instituição médica, qualquer que seja seu custo humano, social ou econômico. Quero demonstrar que este confisco técnico do sofrimento resultou necessariamente em nova espécie de experiências que culminaram em Auschwitz e em Hiroxima.

Para melhor apreender esse problema é necessário incluir na explicação da dor o contexto social em que ela aparece²¹⁵. A sensação

214 Michel Foucault e os membros do Groupe Information Santé (GIS). "Médecine et lutte de classe", em *La Nef*: "Vers une antimédecine?", Paris. Tallandier, Caderno n.º 49. Ano 29, outubro-dezembro de 1972, p. 67-73.

215 Thomas S. Szasz, *Pain and pleasure*, Nova York, Basic Books (Londres, Tavistock), 1957.

da dor é provocada por mensagens recebidas no cérebro. A experiência da dor, a que reservo a designação de *sofrimento*, depende, em qualidade e intensidade, de pelo menos quatro fatores, independentes da natureza e da intensidade do estímulo: a linguagem, a ansiedade, a atenção e a interpretação. Através desses fatores, que dão forma à dor, agem como determinantes sociais a ideologia, as estruturas econômicas, as características sociais. E a cultura que decreta se é o pai, a mãe ou ambos que devem gemer no nascimento de um filho²¹⁶. O caráter individual, os hábitos adquiridos e as circunstâncias determinam o sentido dado pelo homem às sensações corporais assim como a intensidade de seu sofrimento. (Leonhard M. Weber, "Grenzfragen der Medizin und Moral", em *Gott in Welt. Festgabefür Karl Rahner*, Band II. 1964, p. 693-723; Steven Brena, *Pain and religion: a psychophysiological study*. C. C. Thomas, 1972; Convegno del Centro di Studi Sulla Spiritualità Medievale, *Il dolore e la morte nella spiritualità, secoli XII-XIII*, OH 7-10 1962, Todi, Acad. Tudealina, 1967.) É bem conhecido o fato de que soldados que consideram a mutilação em campo de batalha fim relativamente feliz de sua carreira militar e ali recusam injeções de morfina, consideram-nas absolutamente necessárias para acalmar sua angústia quando mutilação idêntica a seu ferimento lhes é infligida numa sala de operação.²¹⁷

Com a medicalização de uma cultura, as determinantes sociais do sofrimento agem em sentido inverso. Onde o sofrimento é sobretudo enfrentar provação, respeita-se a dor enquanto experiência íntima e incomunicável. Desde que a dor se torna o objeto de manipulação, vê-se nela sobretudo a reação de um organismo; pode-se verificá-la, medi-la e provocá-la. Esse amolecimento, essa coisificação da experiência subjetiva é que torna a dor matéria de diagnóstico e posterior tratamento mais que ocasião, para aquele que a sofre, de aceitar sua cultura, sua ansiedade e suas crenças.²¹⁸ A profissão médica decide quais são as dores autênticas, quais as que são imaginadas ou simuladas²¹⁹. A sociedade reconhece este julgamento profissional e adere a ele. A dor objetiva pode vir a ser sofrimento

216 Grantly Dick-Read, *Childbirth without fear*, Dell paperback. 1962 (origin. 1944).

217 Henry Beecher, *Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs*, Nova York, Oxford University Press, 1959. — Harris Hill, et al., "Studies on anxiety associated with anticipation of pain. I: Effects of morphine", em *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1952, 67: 612-619.

218 Thomas S. Szasz. "The psychology of persistent pain. A portrait of *l'Homme Dououreux*", em Soullairac, Cahn. Charpentier. *Pain*, 1968, p. 93-113.

219 Harold G. Wolff. Stewart Wolff, *Pain*, 2.a ed., American Lecture Physiology series. C. C. Thomas, 1958; Benjamin L. Crue Jr., *Pain and suffering. Selected aspects*, C. C. Thomas. 1970.

apenas através do olhar de outra pessoa, mas é o olhar profissional, partilhado pela sociedade, que determina a relação do paciente com a sua experiência. Em meio medicalizado, a dor perturba e desnor-teia a vítima sem que ela tenha outros recursos senão entregar-se ao tratamento. Ela transforma em virtude obsoleta a compaixão, fonte de reconforto, de consolação e de distração. Nenhuma intervenção pessoal pode mais aliviar o sofrimento e assim desviar a busca das terapias²²⁰.

A história da medicalização da dor ainda está por ser escrita. Algumas monografias sábias tratam da inversão da atitude dos médicos em relação à dor durante os últimos 250 anos²²¹. Souques contribui para a história da dor como sinal diagnóstico²²². Alguns textos, ao tratarem das atitudes contemporâneas em face da dor, oferecem pontos-de-vista históricos²²³. A medicina antropológica alemã e holandesa reuniu elementos preciosos sobre o desenvolvimento da dor moderna, ao descrever a evolução das percepções corporais na era tecnológica²²⁴. A relação entre a instituição médica e a ansiedade dos pacientes foi explorada por alguns psiquiatras e, na ocasião, pela medicina geral. Resta um terreno virgem para a pesquisa: a mudança da atitude médica em face da dor.

Vários obstáculos opõem-se a tal história da visão médica da dor. Uma das primeiras dificuldades que encontrará um historiador da dor é a profunda transformação de que foi objeto a relação da dor com outros males de que o homem pode sofrer. A dor mudou de posição em relação à melancolia, à culpabilidade, ao pecado, à angústia, ao medo, à fome, à enfermidade. Novas categorias de males apareceram: a anomalia, a depressão, a alienação, a invalidez. O sentido forte em

220 Para a bibliografia sobre a *medida* médica da dor, ver H. K. Beecher. "The measurement of pain", em *Pharmacological Reviews*. 9, 1957, p. 59; W. Noordenbos, *Pain: problems pertaining to the transmission of nerve impulses which give rise to pain*. Nova York, Elsevier Publishing Co., 1959; H. Merksey, F. G. Spear, *Pain: psychological and psychiatric aspects*. Londres, Bailliere. Tindall and Cassel, 1967, 223 p.

221 Richard Toellner, "Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Voraussetzungen and Folgen", em *Med. Historisches Journal*, 6, 1971. — Ferdinand Sauerbruch, Hans Wenke, *Wesen and Bedeutung des Schmerzes*, Berlim, Junker and Dünnhaupt, 1936. — Thomas Keys. *History of surgical anaesthesia*, ed. rev., Nova York, Dover, 1963.

222 A. Souques, "La douleur dans les livres hippocratiques. Diagnostics rétrospectifs", em *Bull. Soc. Franc. Hist. Med.*, 1937, 31, 209-244, 279-309; 1938. 32, 178-186; 1939, 33, 37-48, 131-144; 1940, 53-59, 78-93.

223 Kenneth D. Keele, *Anatomies of pain*, C. C. Thomas. 1957. — H. Buddensieg, *Leid und Schmerz als Schdpfermacht*, Heidelberg, 1956.

224 Frederick Jacobus Johannes Buytendijk, *De la douleur*, Bibliothèque de philosophie contemporaine, PUF, 1951. — Victor E. von Gebattel, *Imago hominis. Beitrage zu einer personalen. Anthropologie*, 2, Aufl. Otto Müller, Salzburg.

que a palavra *dor* é empregada corretamente numa sala de operação designa alguma coisa que não tinha nome especial para as gerações precedentes. A palavra está medicalizada por seu emprego profissional e se reduz à designação da parte do sofrimento sobre a qual o médico pode afirmar sua competência ou seu controle.

Uma história da evolução da dor medicalizada esbarrará de início portanto em um problema semântico. O objeto técnico que a medicina contemporânea designa pela palavra dor mesmo hoje não tem equivalente simples na linguagem comum. Na maioria das línguas ocidentais o termo de que se apropriaram os médicos recobre, entre outras, a melancolia, a tristeza, a aflição, a ansiedade, a vergonha e a culpabilidade. Se o inglês *pain* e o alemão *Schmerz* têm um sentido corporal preciso mas não exclusivo, em compensação a maioria dos sinônimos indogermânicos cobre um campo semântico muito mais vasto²²⁵. A dor corporal é indicada por termos que designam também o *trabalho penoso*, a *provação*, o *aborrecimento*, a *tortura*, a *punição*, a *agonia* ou, mais geralmente, a *tribulação* e a *aflição*, e significam também *doença*, *indisposição*, *fadiga*, *fome*, *pesar*, *depressão*, *tristeza*, *perturbação*, *confusão*, *opressão*.

A litania está longe de ser completa; mostra que a linguagem pode distinguir várias classes de *males* tendo todos reflexo ou origem corporal. A proximidade da dor e do *mal* é particularmente evidente em francês. Ela se revela na entrevista clínica quando, à pergunta do médico sobre a *dor* que o trouxe, o paciente mostra a perna e diz: "*J'ai mal là*". De outra parte, o francês sabe distinguir o mal do sofrimento. Pode-se sofrer em toda a carne sem "*avoir mal*" em parte alguma. É uma distinção que encontra equivalente em alemão mas não admite nenhuma tradução direta em inglês.

A institucionalização industrial dos valores reflete-se na linguagem. Muda o peso das palavras que designam os males e o das que designam a experiência pessoal do mal. Os termos com que o médico explica aos enfermeiros a natureza da dor ganham em precisão objetiva e os termos de referência subjetiva com os quais o paciente se esforça para discernir sua dor esvaziam-se e perdem seu poder de comunicação. A mesma palavra pode sofrer uma dupla transformação: pode tomar sentido mais forte quando é empregada como termo técnico e ao mesmo tempo enfraquecer como expressão da linguagem

225 Carl Darling Buck, *A dictionary of selected synonyms in the principal Indo-European languages. A contribution to the history of ideas*, Chicago/Londres. Univ. of Chicago Press. 1949; pain-suffering 16.31; grief-sorrow 16.32; emotion-feeling 16.12; passion 16.13.

comum.

Um segundo obstáculo a uma história da dor é seu *status* excepcional, axiológico e epistemológico. A dor especificamente corporal constitui um caso extremo com relação a qualquer outro julgamento de valor e qualquer outro objeto do conhecimento. A dor pessoal é *sui generis* ao mesmo tempo como valor negativo e como experiência. Esta situação extrema da dor na condição humana está na raiz de um duplo impasse da dissertação sobre a dor. Está igualmente na base da lacuna que deploro nas pesquisas. Quanto mais se é dominado pela dor corporal, mais são obliteradas toda distância, toda perspectiva, toda luz.

A dor corporal constitui valor negativo próprio do sujeito que a prova. E distingue-se nitidamente de qualquer outro valor negativo, seja exterior, seja orgânico. R. Hartman²²⁶ ilustra essa distinção. Intuitivamente, percebo claramente a diferença nas respostas que dou: a alguém que me diz que sofre e assim ganha minha compaixão — aos doentes que me cercam, que me dizem estar sofrendo e assim despertam minha simpatia —, enfim diante de um caso clínico de enxaqueca, que provoca minha curiosidade científica. E a experiência intrínseca e pessoal designada no primeiro caso pela expressão *minha dor* que escapou a todo estudo histórico. Também se trata de conceito que parece, à primeira vista, eminentemente desprovido de dimensão histórica.

A dor enquanto valor negativo intrínseco designa a experiência que abole a descontinuidade entre o organismo e seu meio, a experiência em que a resposta eclipsa totalmente o estímulo, a persistência penosa da subjetividade sem referência a um fim ou a um objeto²²⁷. A dor neste sentido designa uma experiência terrível, exatamente porque escapa a qualquer esforço para integrá-la numa categoria. Duas pessoas que comparam suas enxaquecas com auxílio de referência verbal que só pode lhes ficar extrínseca sabem que a *dor* intrínseca escapa à comparação. Sabem ainda mais que essa dor continua inacessível ao termo que a designa clinicamente. Sobre a espécie excepcional de valor negativo constituída pela dor intrínseca é que existe uma espécie excepcional de certeza. Valor negativo incomunicável, é igualmente incontestável. Diferentemente de outros

226 Robert S. Hartman, *The structure of value: foundations of scientific axiology*. Carbondale. Southern Ill. Univ. Press. 1967.

227 David Bakan, *Diseasé, pain and sacrifice. Toward a psychology of suffering*, Chicago. Beacon Press. 1968.

males, não admite distinção entre a causa nociva e a experiência penosa. O desaparecimento desse espaço de distanciamento distingue-a das outras que atingem o equilíbrio humano. A certeza dessa dor deixa o homem na solidão de sua experiência.

Paradoxalmente, apesar da impossibilidade de comunicar a própria dor corporal, a certeza de sua existência no outro é igualmente de um tipo excepcional. Segundo Wittgenstein, essa percepção da dor no outro se funda na compaixão que sinto por ele.

Quanto mais profunda é a minha compaixão, mais profunda é a certeza que experimento da dor e da total solidão em que ele a sente²²⁸. Seguindo sempre Wittgenstein, a certeza de que o outro é capaz dessa experiência precede a certeza de que ele é humano. Mesmo o prisioneiro não chega a se convencer de que o carrasco não sente qualquer compaixão por ele.

Essa pequena digressão de ordem semântica, axiológica e epistemológica pareceu-me necessária para justificar o tratamento histórico da dor corporal. Acreditei ser preciso indicar de modo sumário como essa experiência de extrema intimidade pode ter uma história. Parece-me que a medicalização progressiva da linguagem da dor, da resposta à dor e do diagnóstico do sofrimento está em via de determinar condições sociais que paralisam a capacidade pessoal de *sofrer* a dor.

Quando experimento uma dor, estou sempre consciente do fato de que se coloca um problema. No estudo da história da dor, o melhor é concentrar-se na evolução desse problema. Quer a dor seja a minha ou a de outro, uma pergunta se instala na percepção. A pergunta que suscita é um aspecto tão essencial da dor quanto sua intimidade e sua solidão. A dor é experimentada como sinal de uma carência de motivo, de perspectiva, de referência, de presença. O que é que não anda bem? Por quanto tempo ainda? Por que é preciso... por que devo eu... como pude ser vítima desta dor? Qualquer observador científico que se limitasse a esse aspecto referencial da dor veria apenas reflexos ou reações instintivas. Só estudaria o que existe de cobaia no homem. Qualquer médico sincero sabe que, se ficar completamente surdo à pergunta implícita na lamentação do paciente, pode reconhecer sintomas específicos, mas então não compreenderá nada do sofrimento do paciente. Infelizmente, o desenvolvimento da faculdade

228 L. Wittgenstein, *Philosophical Investigations*, Oxford, 1953, p. 88 e segs.

de objetivação da dor é um dos resultados da formação científica dos médicos. Seus estudos os incitam a concentrar a atenção nos aspectos da dor que podem ser experimentalmente estudados — de preferência no homem e na cobaia — e manuseados por um agente exterior, como a estimulação nervosa periférica, a transmissão do influxo, a reação ao estímulo e seu condicionamento pelo controle farmacológico e clínico do paciente. O ato médico reduz-se desse modo a uma intervenção mecânica²²⁹.

Comumente utilizam-se animais para testar os efeitos antiálgicos de produtos farmacêuticos ou de intervenções cirúrgicas, e as observações feitas nos porquinhos-da-índia, e mais raramente nos macacos, são em seguida verificadas no homem. Quanto mais as pessoas são examinadas em condições experimentais muito semelhantes àquelas em que se testam os animais, as mesmas intervenções tranqüilizadoras dão resultados mais ou menos comparáveis. Porém, o mais comum, desde que se trate de aplicar os mesmos métodos a pessoas que *sofrem verdadeiramente*, é não se encontrar mais absolutamente os efeitos que se havia obtido na situação experimental. Só quando a faculdade de sofrer e de aceitar a dor foi enfraquecida é que uma intervenção analgésica tem o efeito previsto. Nesse sentido, a gerência da dor pressupõe a medicalização do sofrimento.

Ao viver em uma sociedade que valoriza a anestesia, o médico e seu cliente aprendem a abafar a interrogação inerente a toda dor. Essa interrogação é transformada em vaga ansiedade que se pode facilmente reduzir e dissolver por meio de opiáceos. Os pacientes aprendem a conceber sua própria dor como fato clínico objetivo, que pode ser submetido a tratamento estandardizado. Em resposta a certos tratamentos, o paciente se torna capaz de vegetar com sua dor sem poder sofrê-la: ele a olha como se olha um peixe através do vidro do aquário. Pacientes lobotomizados oferecem exemplo extremo dessa alienação da dor. O atentado feito às capacidades superiores transforma a sensação da dor num simples incômodo físico a que se aplica uma denominação clínica.

Uma dor vivida constitui sofrimento somente se estiver integrada numa cultura. É justamente por fornecer a cultura um quadro que permite organizar o vivenciado que ela é condição indispensável ao

229 A. Soulairac, J. Cahn. 1. Charpentier. ed., *Pain*, proceedings of the International Symposium organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculty of Sciences, Paris, 11-13 abril, 1967, p. 119-230. — Ver também o artigo de Soulairac em *Le Monde* de 18 de dezembro de 1974, p. 19.

desenvolvimento da arte do sofrimento. A cultura dá a toda dor a forma de interrogação que pode ser expressa e partilhada; fornece elementos para veicular a dor, os sons, as palavras e os gestos que aliviam e permitem a comunicação. Fornece igualmente a sintaxe para que a expressão da dor possa tomar corpo num diálogo que liga a vítima a seu meio. Enfim a cultura fornece os mitos que explicam a existência da dor: Kismet, Karma ou purificação do pecado; ou ainda vingança, punição ou inveja do vizinho dotado de mau-olhar. Em determinada perspectiva, pode-se dizer que cada cultura representa um estilo particular de sofrer.

É certamente na Grécia antiga que se deve procurar uma das fontes da atitude europeia em face da dor. A felicidade não podia conceber-se separada do castigo, nem tampouco uma vida intensa sem uma sanção trágica. O homem, em seu corpo, fazia parte de um universo em agonia permanente, e a alma sensível — de que fala Aristóteles — era totalmente co-extensiva desse corpo. Nesse contexto, não há lugar para a distinção, tão cara à nossa época, entre o sentido e a experiência da dor. A alma ainda não se tinha divorciado do corpo, nem a dor do ferimento. Todas as palavras gregas que designavam uma dor do corpo podiam ser igualmente aplicadas às penas da alma.

Os discípulos de Hipócrates distinguiam numerosas categorias de desarmonia, cada uma delas provocando um tipo particular de dor. Para eles a dor era um instrumento a serviço do diagnóstico científico. Revelava ao médico que espécie de harmonia o paciente devia reencontrar. O tratamento visava ao restabelecimento da harmonia. No decorrer do tratamento, a dor podia até desaparecer, mas este não era o objetivo primordial da intervenção médica. A anestesia médica, que é preciso distinguir do alívio buscado na oração, o vinho ou os alcalóides acessíveis, estava, surpreendentemente, ausente da prática médica.

O pensamento grego considera que o homem é uma vítima do mal e também que este mal se manifesta na dor do corpo, mas a despeito do alto desenvolvimento da técnica médica o objetivo do médico jamais era o alívio da dor porém sobretudo a restituição do equilíbrio. Não temos então qualquer indício de medicalização da dor.

Uma segunda fonte das atitudes europeias perante a dor se encontra na Bíblia. Para o judeu é simplesmente um mal, seja ou não

instrumento de castigo divino²³⁰. Se a arte grega de sofrer culminava num trágico lamento, a arte hebraica escolheu o estilo do protesto muitas vezes elegíaco, que vai até a contestação pessoal dos desígnios de Deus. O Antigo Testamento fala da dor com tal riqueza de nuances que os tradutores da Bíblia no século II a.C. se viram obrigados a empregar treze palavras hebraicas diferentes para uma única palavra grega significando a dor²³¹. Em sua maioria, as palavras judaicas que designam a experiência do mal estão profundamente enraizadas no corpo, cada palavra implicando a afecção de um órgão específico. Mas esses órgãos eram concebidos cada qual como sede de uma emoção particular; apesar dessa riqueza de referências da experiência corporal, a categoria médica moderna de *dor _tísica* foi totalmente estranha ao texto hebreu.

No Novo Testamento a dor permanece dentro da linha do Antigo, um mal tão temível que é geminado, de forma nova e íntima, ao pecado, e que contrasta com a bondade de Deus revelada com novo brilho. O grego tinha visto a dor como sombra da felicidade e do prazer. Para o cristão ela se torna a sombra de sua redenção, portanto condição de uma nova alegria. A dor do crucificado se torna a garantia da salvação. Se o homem-Deus se submeteu a ela, para o crente ela é mais do que nunca inelutável. Ao mesmo tempo, a inevitabilidade da dor se transforma, na doutrina da política cristã, em obrigação de sofrer e instrumento sem precedente de repressão. Não se pode compreender o fenômeno ocidental de luta institucional médica contra a dor sem ver nela uma reação ao uso político de suposta obrigação de sofrer no Ocidente cristão.

Para os neoplatônicos a dor aparecia como resultado de alguma deficiência das hierarquias celestes. Para os maniqueístas era o resultado da crueldade de um demiurgo, arquiteto maléfico do universo. Para os cristãos ela é o resultado da perda da integridade original devida ao pecado de Adão. Mas pouco importa a propensão das seitas de se lançarem mutuamente o anátema: para todas a dor tinha o gosto amargo de um mal cósmico. Que tenham elas considerado a dor como a manifestação de uma fraqueza da natureza, de uma vontade perversa ou de um castigo justo, todas essas ideologias serviam para justificar e sustentar o sofrimento consciente

230 Immanuel Jakobovitz, "Attitude to pain", em *Jewish medical ethics*, Nova York, Bloch Publ. Co., 1967, p. 103.

231 Para um estudo do tratamento da dor corporal e do sofrimento: Gerhard Kittel, *Theologisches Worterbuch zum Neuen Testament*, Stuttgart. 1933. Ver os artigos seguintes: Bultmann, "Lype"; Stahlin, "Asthenés"; Michaelis, "Pascho"; Oepke. "Nosos".

de um mal inevitável. Essa atitude em face da dor é característica peculiar e comum às culturas mediterrâneas pós-clássicas até a metade do século XVII. Como disse um alquimista no século XVI, a dor é "a tintura amarga adicionada à pestilenta infusão da semente do mundo". Cada um era chamado, desde o nascimento, a aprender a arte de sofrer neste vale de lágrimas. Essa visão, comum a tradições e espiritualidades que se opunham, distingue a Europa da Ásia. E resultado de um encontro complexo de correntes, e seria solução fácil descobrir nela a contribuição da mensagem cristã.

Para o homem cristão a dor é uma tomada de consciência do gosto amargo da realidade. As religiões se limitavam a precisar sua origem. Para Plotin o amargor da realidade provinha de uma falta de harmonia; para os cátaros, de uma desfiguração, para os cristãos, de uma ferida da qual o homem era considerado responsável. Segundo sua religião e seus modelos, o indivíduo enfrentava o mal desafiando-o, acolhendo a ocasião de purificar-se, aceitando fazer penitência, unindo-se misticamente ao sacrifício de Cristo, tolerando o inevitável a contragosto ou procurando escapar a ele, evitá-lo ou amenizá-lo: a peregrinação para recuperar a saúde, assim como o uso de estupefacientes e do álcool sempre existiram. Apenas uma abordagem da dor era no entanto impensável: a que visa fazê-la desaparecer.

Há três razões que explicam por que essa abordagem analgésica permaneceu estranha a todas as civilizações européias. Primeiramente, a dor no homem não era outra coisa senão manifestação de um universo imperfeito: jamais era concebida como simples disfunção mecânica e um de seus subsistemas. O significado da dor era cósmico e mítico, e não individual e técnico. Em segundo lugar, a dor era intrínseca à natureza. O médico que tivesse pretendido eliminar a dor teria desnaturado seu paciente. Finalmente, a dor era concebida como experiência da alma, mas de uma alma que estava presente no corpo inteiro. Não podia existir um mal, fonte da dor, que se distinguisse do mal que era a dor em si mesma. Querer eliminá-la teria equivalido à eliminação do paciente.

A luta contra a dor começa somente quando Descartes separa o corpo da alma. Ele constrói um modelo do corpo em termos de geometria, de mecânica e de relojoaria, semelhante a uma máquina que pudesse ser reparada por um engenheiro. O corpo torna-se um aparelho possuído e dirigido pela alma, mas de uma distância quase infinita. A *carne* (que o alemão pode designar mais precisamente ainda

pela palavra *Leib*) foi reduzida a um corpo inerte que a alma podia dirigir.

Para Descartes a dor é um sinal, transmitido à alma, de uma autodefesa graças à qual o corpo protege sua integridade mecânica. A dor se torna uma ordem útil no quadro de um processo de aprendizagem. Através dela a alma aprende como evitar os danos mais graves para o corpo. Leibnitz resume a nova perspectiva didática ao falar do grande engenheiro do Universo que confeccionou o homem do modo mais perfeito possível, e que não pôde inventar dispositivo melhor para sua conservação que o de lhe fornecer o sentido da dor²³².

No fim do último século, a dor estava emancipada de todo referencial explicitamente metafísico: podia ser discutida como reguladora das funções fisiológicas²³³. Richey a analisa como fenômeno fisiológico soberanamente útil, sem colocar questões sobre seu tratamento ou seu valor diagnóstico. A pesquisa fundamental sobre a dor tendo por finalidade a terapia analgésica pressupunha essa desmistificação prévia.

A virada da medicina rumo à analgesia se insere dentro de uma reavaliação ideológica da dor que se reflete em todas as instituições contemporâneas. A dor e sua eliminação por conta institucional adquiriram lugar central na angústia de nosso tempo. O progresso da civilização se torna sinônimo de redução do volume total do sofrimento. A nova sensibilidade se preocupa do mundo como é não porque está cheio de pecados, porque lhe falta luz, porque está ameaçado pela barbárie — exaspera-se porque o mundo está repleto de dores. Sob a pressão dessa nova sensibilidade para com a dor, a política tende a ser concebida menos como empresa destinada a maximizar a felicidade do que a minimizar o sofrimento²³⁴. Torna-se a atividade diretiva de uma série de empresas, cada qual produzindo o remédio para um mal: a ignorância, a imobilidade e, antes de tudo, a dor. A dor começa a ser vista primeiro como a condição dos homens a quem a corporação médica não concedeu o benefício de sua caixa de ferramentas. A idéia de que a arte de sofrer é uma resposta alternativa e complementar ao consumo analgésico adquire tom

232 Gottfried Wilhelm Leibnitz, *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal*, Paris, Garnier-Flammarion, 1969.

233 Charles Richey, "Douleur", em *Dictionnaire de physiologie*, vol. V, Paris. Felix Alcan. 1902. p. 173-193.

234 Kenneth Minogue, *The liberal mind*, Londres, Methuen, 1963.

literalmente obsceno.

Em uma sociedade dominada pela analgesia, parece racional fugir à dor, literalmente, a qualquer preço, mais que lhe fazer frente. Parece razoável suprimir a dor, mesmo que isso suprima a fantasia, a liberdade ou a consciência. Parece razoável se libertar dos incômodos imkDostos pela dor, mesmo que isso custe a perda da independência. A medida que a analgesia domina, o comportamento e o consumo fazem declinar toda capacidade de enfrentar a dor, índice de capacidade de viver. Ao mesmo tempo, decresce a faculdade de desfrutar de prazeres simples e de estimulantes fracos. São necessários estimulantes cada vez mais poderosos às pessoas que vivem em uma sociedade anestesiada, para terem a impressão de que estão vivas. Os barulhos, os choques, as corridas, a droga, a violência e o horror continuam algumas vezes os únicos estimulantes capazes ainda de suscitar uma experiência de si mesmo. Em seu paroxismo, uma sociedade analgésica aumenta a demanda de estimulações dolorosas.

Hoje tornou-se extremamente difícil reconhecer que a capacidade de sofrer pode constituir sinal de boa saúde, desde que sua supressão institucional encarna a utopia técnica diretriz de uma sociedade. O consumidor, devotado aos três ídolos — anestesia; supressão da angústia, e gerência de suas sensações — rejeita a idéia de que, na maioria dos casos, enfrentaria sua pena com muito maior proveito se ele próprio a controlasse. A lembrança dos outros, dos pobres, dos subdesenvolvidos e das pessoas de outrora, de que a dor não é governada sistematicamente crispa o antialgemanlaco ao lhe recordar a própria impotência para estabelecer relações íntimas com o seu meio. Assim se explicam a teimosa rejeição a toda valorização positiva da dor e a fúria ardorosa em interpretar tal valorização como resultado seja de uma tendência sadomasoquista, seja de uma ideologia modulada por um dolorismo pseudocristão. Em uma sociedade onde o Ministério da Saúde se encarrega de toda gestão administrativa legítima do bem-estar, considera-se como subversivo o que sugere o direito das pessoas a condições culturais e políticas nas quais possam controlar suas dores inevitáveis e ao mesmo tempo sob sua própria responsabilidade ter acesso aos sedativos, narcóticos, anestésicos e mesmo ao tóxico.

Por fim, se poderia ilustrar a incompreensão de nossos contemporâneos à distinção entre sofrimento autônomo e sofrimento

heteronômico com a mentalidade que se manifesta na controvérsia médico-jurídica sobre o *direito à eutanásia*. A quase totalidade dos que intervêm supõe que o adiamento ou o fim da vida humana implica inevitavelmente um ato médico. Desde logo devem enfrentar o problema de saber em que medida o médico pode assumir as funções de carrasco. A idéia de que um homem são é capaz de dispor de sua vida e particularmente de lhe pôr um fim sem recorrer à igreja ou ao hospital parece escandalosa à maioria dos advogados da eutanásia. Muitas vezes essas pessoas reivindicam o monopólio profissional da execução do paciente, que é obrigado, cada vez mais, a viver em uma sociedade que empurra seus membros para o suicídio e o torna inacessível a eles.

Em seu limite, a manipulação da dor e a expropriação profissional do sofrimento poderiam substituir novo tipo de horror ao mal, em cujo seio evoluiu sempre o ser humano: o pesadelo acordado diante de um real tão penoso quanto fora de alcance. Talvez o termo *esquizoulgia* conviesse para denominar esse sintoma da supermedicalização, particularmente quando se torna condição de sobrevivência em um meio industrial que se distorceu grotescamente e que escapa à escala humana. O grito de desespero e o gesto de revolta são estrangulados na fonte.

Lifton estudou o comportamento dos sobreviventes que se encontravam próximos do *ponto zero* da bomba de Hiroxima²³⁵, envolvidos por uma multidão de agonizantes. Descobriu neles um estado de fechamento emocional, uma paralisia do sentimento e uma ruptura de todo contato com sua própria dor. Vinte anos mais tarde, quando Lifton fez seu inquérito, a lembrança dessa anestesia ainda os traumatizava. Segundo Lifton, o fato se manifesta por profundo sentimento de culpa e de vergonha por ter sobrevivido sem ter feito a experiência de qualquer dor no momento da explosão. A ferida, que não puderam assumir no sofrimento, instalou-se neles como estado patológico crônico. Foram tomados por monstruoso tormento, precisamente porque ultrapassou sua capacidade de manifestar nele a menor interrogação.

Parece-me que a esquizoalgia produzida pela atrocidade ecológica da bomba atômica ou, em outro nível, pelo meio industrial, pode ser igualmente criada pela destruição iatrogênica do poder de sofrer. A gestão técnica da dor, que a enfraquece e finalmente a expropria,

235 Robert Lifton. *Death in lif -survivors of Hiroshima*, Nova York, Random House, 1969.

pode criar um horror residual que foge a qualquer controle de um indivíduo estupidificado, assim como aos tratamentos ulteriores. Esse pesadelo acordado do espectador paralisado, impassível diante da própria desgraça, nada tem em comum com o grito de angústia, a blasfêmia ou a loucura tradicionais do indivíduo no momento em que a trama de seu sofrimento se rompe como intolerável²³⁶. Ajudar esse homem em crise a reencontrar seu modo de continuar a vida ou se preparar para a morte é, aliás, tarefa para a qual os técnicos analgésicos, psicolépticos e neurológicos terão de propor intervenções cuja aplicação otimizada dependerá da disponibilidade de um técnico.

O progresso da técnica fisiológica e biomédica só favorece a saúde na medida em que alarga a responsabilidade dos que sofrem. O homem moderno tem direito ao conhecimento moderno sobre os benefícios e perigos das drogas e outros procedimentos que alteram as sensações. Tem direito ao uso autônomo dos meios técnicos modernos que lhe permitem dar nova dimensão técnica a seu ato de sofrimento em um meio culturalmente empobrecido. Só em raras circunstâncias ele recorrerá ao ato médico, e deste modo o direito aos serviços do neurocirurgião, como ao ópio ou à acupuntura, deve ser igual para todos, e a iniciativa do seu uso deve caber ao doente.

236 Terence E. Des Prés. "Survivors and the will to bear witness extraído de um livro a ser publicado: *The survivor*. Oxford Univ. Press, em *Social Research*, vol. 40. n.º 4. inverno de 1973. p. 668-690.

CAPITULO VII

A DOENÇA HETERONOMICA

"Os anos que precedem e seguem imediatamente a Revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos: o mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada sobre o modelo do clero, e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas, e o mito de uma desapareção total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem. A manifesta contradição das duas temáticas não deve causar ilusão: uma e outra dessas figuras oníricas exprimem, como em preto e branco, o mesmo projeto da experiência médica. Os dois sonhos são isomorfos — um traçando de forma positiva a medicalização rigorosa, militante e dogmática. da sociedade, por uma conversão quase religiosa, e a implantação de um clero de terapeutas; outra traçando a mesma medicalização, mas de um modo triunfante e negativo, isto é, a volatilização da doença em um meio corrigido, organizado e ininterruptamente vigiado, onde finalmente a própria medicina desapareceria com seu objeto e sua razão de ser."²³⁷ Assim Michel Foucault caracteriza o progresso da medicalização na França em fins do século XVIII.

O novo clero receberá em partilha os bens confiscados à Igreja. Os fiéis deverão ser convertidos a um modo de vida orientado para a saúde mais do que para a salvação. A depuração começará ao nível da família e da cidade, que poderão tomar conta de seus membros. Assim, prossegue Michel Foucault, ao resumir a concepção do girondino Lanthenas, "a primeira tarefa do médico é portanto política: a luta contra a doença deve começar pela guerra aos maus governos; o homem só será totalmente e definitivamente curado se for antes libertado". Um Serviço Nacional de Saúde velará por essa libertação; formará os cidadãos para a frugalidade e os fará conhecer os prazeres sadios; promulgará leis alimentares que seus oficiais médicos farão observar; magistrados médicos presidirão tribunais de saúde instituídos para proteger os cidadãos dos charlatães e dos exploradores.

237 Utilizei livremente neste capítulo os textos reunidos por Michel Foucault em seu magistral estudo: *Naissance de la clinique. une archéologie du regard médical*, Paris. PUF, 1972.

As proposições do Comité de Mendicité foram ainda mais radicais. Desligadas do contexto, poderiam ser confundidas com os *slogans* dos *Black Panthers* reivindicando o direito dos povos de gerir a própria saúde. Cabe ao meio imediato voltar a prodigalizar os cuidados básicos. Os fundos públicos destinados ao tratamento da doença serão melhor empregados na consolação dos infelizes. O hospital degrada inevitavelmente aquele que sofre.

A identificação dos hospitais a lares pestilentos era usual, e se explica facilmente²³⁸. Tratava-se de instituições de caridade destinadas a recolher os indigentes. Ninguém ia ao hospital para recuperar a saúde. Os doentes, os loucos, os enfermos, os epilépticos, os incuráveis, as crianças abandonadas, os agonizantes, os que tinham sofrido amputações, os que morriam literalmente de fome, todos esses eram postos dentro da maior desordem e confusão, sem consideração de idade nem sexo, a tal ponto empilhados que havia vários ocupantes por leito. As operações eram praticadas sobre enxergas espalhadas em aléias. A alimentação vinha só do produto das esmolas. Padres ou leigos piedosos vinham oferecer consolo, os médicos faziam visitas de caridade, enquanto — numerosos quadros dão testemunho — as damas da sociedade se distraíam contemplando os que estavam morrendo e os alienados. Os remédios representavam apenas 3% do magro orçamento, de que mais da metade passava a alimentar parcamente a população hospitalar. As religiosas que prestavam cuidados aos doentes não eram em geral melhor alojadas que estes: partilhavam o seu cotidiano e eram muitas vezes tão incultas quanto eles. O seqüestro terapêutico ainda não tinha sido inventado. Ninguém via na reclusão especializada — prisão, hospital ou casa de internação — instrumento suscetível de melhorar o estado do pensionista²³⁹. Compreende-se que os Montagnards tenham ido além das recomendações feitas pelo Comité de Mendicité. Alguns deles pediram a supressão pura e simples de todos os hospitais, alegando que esses

238 Para um histórico do hospital, ver Mary Risley, *House of healing. The story of the hospital*, Garden City, NY. Doubleday. 1961; M. Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la . in de l'Ancien Régime à nos jours*, Saintes. Fédération hospitalière de France, 1959; Jean Imbert. *Les Hôpitaux en France*, Paris, PUF, coleção "Que sais-je?". 1958; F. Steudler, *Le Système hospitalier. Evolution et transformation*. Paris, Centre d'études des mouvements sociaux, 1973, mimeograf.: Janine Ferry Pierret e Serge Karsenty. *Pratiques médicales et système hospitalier*, Paris. CEREBE, janeiro de 1974; Dieter Jetter, *Geschichte des Hospitals*, Wiesbaden, Steiner Verlag, 1966, Südhoff Archiv, Beihefte, Heft 5, que apresenta em vários volumes solidamente estruturados um panorama claro e exaustivo; Henry Burdett, *Hospitals and asylums of the world: their origin, history, construction, administration... and legislation*. 4 vol., Londres. 1893: um grande clássico.

239 Para uma história do *internamento* reparador, ver David Rothman, *The discovery of the asylum*. Boston. Little Brown and Co., 1971; Milton Kotler, *Neighborhood government: the local foundations of political life*. Nova York, BobbsMerrill Co.. 1969, dá um resumo sério da experiência de Boston; Gerald N. Grob. *Mental institutions in America, Social Policy to 1875*, Nova York, The Free. Press, 1973.

lugares onde se empilhavam os doentes criavam inevitavelmente a miséria e opróbrio. Se uma sociedade continuava a ter necessidade de hospitais, segundo eles, é que sua revolução havia fracassado. "O hospital, como a civilização", diz Foucault, retomando a descrição de Tenon, "é lugar artificial onde a doença transplantada corre o risco de perder sua face essencial. Ela encontra ali, imediatamente, uma forma de complicação que os médicos chamam febre das prisões ou dos hospitais: astenia muscular, língua seca e saburrosa, rosto lívido, pele viscosa, perturbação digestiva, urina pálida, opressão das vias respiratórias, morte entre o oitavo e o décimo primeiro dia, o mais tardar no décimo terceiro."

A influência de Rousseau se manifesta seguramente no desejo de devolver a doença a seu *estado de natureza*, essa natureza *selvagem* que se define ela própria e que se pode suportar sem fraquejar; o pobre irá então diretamente cuidar-se em sua casa, privilégio até então reservado unicamente ao rico. Nessa perspectiva, a doença não se torna complexa, irremediável e insuportável a não ser que a exploração venha desunir a família. Torna-se maligna e degradante somente com o surgimento da urbanização e da civilização.

Apoiando-se num rico conjunto de textos, Foucault mostra que a idéia fixa de eliminar a doença, tara social que deve desaparecer como todas as outras, é acompanhada de múltiplas iniciativas para isolar e classificar as doenças a fim de melhor cercá-las em sua verdade essencial. Todos os projetos para instaurar uma sociedade saudável comportam assim uma dupla exigência: de um lado a reestruturação da sociedade que elimine a doença e, ao mesmo tempo, os outros males da civilização; de outro, uma pesquisa científica que leve à natureza da doença e concernente à competência da medicina.

O esforço empreendido para melhorar a saúde, essa *miragem da saúde*, expressão de Dubos, teve inicialmente, portanto, a forma de um programa político de dois pontos. Trata-se agora de determinar através de quais caminhos a ideologia industrial está empenhada nessa dupla corrente, e de mostrar como a sinergia entre a ação sobre o meio e a ação sobre o homem, alcançada até certo ponto, se inverteu para tornar-se negativa.

A noção de intervenção biomédica no indivíduo ou no seu meio ambiente era totalmente estranha aos debates políticos dos anos 1790. Somente com a Restauração se veio a definir a eliminação da doença como tarefa técnica que devia ser confiada à profissão médica.

No período que se segue ao Congresso de Viena, os hospitais se multiplicam, os estudantes afluem às escolas de medicina. A descrição das doenças vai se tornando precisa: por volta de 1770 o oniprático não conhecia outras doenças além da peste e a variola²⁴⁰; por volta de 1860, o homem da rua podia citar ao menos uma dúzia com a sua denominação médica. Se o médico de repente emerge simultaneamente salvador, herói da civilização e taumaturgo, não é porque a nova tecnologia médica tenha provado sua eficácia, mas porque as pessoas sentem necessidade de um ritual mágico que dê credibilidade a uma busca em que a revolução política havia fracassado. Para que o orçamento da nação se encarregasse da *doença* e da *saúde* era preciso tornar operacionais esses conceitos. As afecções deviam se tornar doenças objetivas. Convinha, a propósito, distingui-las e defini-las clinicamente, a fim de fornecer categorias adequadas a uma classificação administrativa para estabelecimentos hospitalares, arquivos, orçamentos. A causa do tratamento médico, definida por nova ideologia política, embora subterrânea, adquiria *status* próprio de entidade, independente tanto do médico como do paciente.

Temos a tendência de esquecer a que ponto as doenças-entidades são de origem recente. Em meados do século XIX ainda era usual citar como sendo sua uma sentença atribuída a Hipócrates: "Não há peso, forma ou cálculo de que se possa formar um critério da saúde e da doença. Não existe, na arte da medicina, qualquer certeza, se esta não estiver nos sentidos dos médicos." A doença ainda era olhada pelo médico como o sofrimento experimentado por um ser. A transformação dessa imagem médica em entidade clínica representa, na medicina, acontecimento comparável à revolução copernicana na astronomia: o homem deixava de ser o centro do seu universo para ser catapultado aos confins.

Foram precisos três séculos de maturação antes dessa repentina emergência da doença. A esperança de conduzir a medicina a um ponto de perfeição igual àquele a que Copérnico conduziu a astronomia remonta à época de Galileu. Descartes iria definir as condições de realização do projeto. Sua descrição do corpo humano fez dele um verdadeiro mecanismo de relojoaria e estabeleceu nova distância, não somente entre a alma e o corpo, mas ainda entre o mal do paciente e o olhar do médico. Dentro desse quadro, a dor tornava-

240 François Millepierres, *La Vie quotidienne des médecins au temps de Molière*, Paris, Hachette, 1964.

se um sinal e a doença uma perturbação mecânica. Era possível doravante proceder a uma classificação das doenças. Do mesmo modo que se sabia classificar os minerais e os vegetais, podiam-se isolar as doenças e organizá-las em lista. No quadro lógico assim definido, a medicina descobria para si novo objetivo. A doença foi colocada no centro do sistema médico e submetida de pleno direito: 1) a verificação operacional com recurso de medidas; 2) a estudo e experimentação clínicos; 3) a avaliação conforme as normas técnicas.

Os contemporâneos de Galileu tinham sido os primeiros a introduzir, sem grande sucesso aliás, a medição nos atos médicos²⁴¹. Desde que Galeno ensinara que a urina era secretada na veia cava e que sua composição indicava diretamente a natureza do sangue, os médicos tinham procedido ao exame olfativo e gustativo da urina, completado por exame ocular à luz do sol e à luz da lua. Os alquimistas do século XVI sabiam medir com bastante precisão o peso específico, e aplicavam o método à urina dos doentes. Dezenas de interpretações diferentes ligavam-se às modificações desse peso específico. Com tal modelo os médicos passaram a tirar conseqüências diagnósticas e curativas de qualquer nova medida que aprendiam a efetuar.

O uso da quantificação preparava caminho para a convicção de que as doenças existem em si mesmas, independentemente da percepção que o médico e o paciente têm a seu respeito. O recurso à estatística reforçava essa convicção. Mostrava que as doenças, por estarem presentes no meio ambiente, podiam atacar os homens e os infectar. A primeira utilização de estatísticas médicas foi efetuada nos Estados Unidos em 1721 e publicada em Londres no ano seguinte: provava que a varíola ameaçava o Massachusetts, e os que tinham sido *inoculados* contra a doença a contraíam menos vezes. O iniciador desse trabalho era o Dr. Cotton Mather, de que a posteridade guardaria o nome sobretudo pelo interesse inquisitorial que despertou no processo das *feiticeiras* de Salem, porém mal conhece sua ardente defesa da *variolização*.

Durante os séculos XVII e XVIII os médicos que recorriam a medições nos exames arriscavam-se muito a passar por charlatões aos

241 Para uma história da prática das medidas, consultar dois simpósios: sob a direção de Harold Woolf, *Quantification: a history of the meaning of measurements in the natural and social sciences*, Bobbs Merrill, 1961, e Daniel Lerner, *Quantity and quality. The Hayden Colloquium on scientific method and concept*, Nova York, Free Press of Glencoe. 1961. — Ver particularmente em Harold Woolf, o artigo de Richard H. Shryock, "The history of quantification in medical science", p. 85-107. — Para uma história da aplicação das medidas ao domínio humano não médico. ver S. S. Stevens, "Measurement and man", em *Science*. vol. 127, n.º 3295, 21 de fevereiro de 1958, p. 383-389, e *Handbook of experimental Psychology*. Nova York. John Wiley & Sons.

olhos de seus confrades. No fim do século XVIII os médicos ingleses poucas vezes concordavam com a termometria clínica, que só adquiriu direito de cidadania, simultaneamente com a tomada sistemática de pulso, por volta de 1845, trinta anos depois da primeira utilização do estetoscópio por Laennec.

Com o interesse do médico deslocando-se do doente para o mal, o hospital se tornava um museu da doença. As salas regurgitavam de indigentes que vinham oferecer o espetáculo de seus corpos a todos os médicos dispostos a curá-los²⁴². E por volta do fim do século XVIII que se começa a entrever que o hospital era logicamente lugar propício ao estudo e à comparação dos *casos*. Os médicos iam aos hospitais para se exercitar, em meio à confusão dos pacientes, no reconhecimento de vários *casos* da mesma doença. E diante do leito do doente que se forja desde então sua visão, seu olho clínico. No curso dos primeiros decênios do século XIX, a atitude médica em face do hospital atravessa uma nova etapa. Até ali a formação dos médicos era fundada principalmente em conferências, demonstrações e controvérsias. Doravante, é à cabeceira do doente que os futuros médicos treinam ver e conhecer as doenças. A abordagem clínica fazia nascer nova linguagem sobre as doenças e uma reorganização do hospital a fim de que elas pudessem ser facilmente apresentadas aos estudantes.

O hospital chegava ao nível de estabelecimento educativo. Não tardaria a constituir laboratório de experimentação dos tratamentos e depois, no início do século seguinte, lugar de cura²⁴³. Ao lazareto do passado se substituía uma empresa de reparações, usina, como bem compartimentadas seções.

Mas tudo isso se fizera por etapas. A clínica, no século XIX, foi durante tempos a grande reunião dos portadores de doenças, que ali eram identificadas, recenseadas e contabilizadas. Bem antes que a prática médica passasse pelo hospital, a visão médica já era

242 Assim que a doença tornou-se uma entidade distinta do homem. chamando a si o tratamento médico, outros aspectos do homem puderam repentinamente ser separados dele, receber destinação, ser objeto de venda. Um motivo literário típico no século XIX é o do homem que perdeu ou vendeu sua sombra: A. von Chamisso, *Histoire merveilleuse de Peter Schlemil*, 1814. — Um doutor demoníaco pode tirar de um homem seu reflexo: E. T. A. Hoffmann, "L'histoire du reflet perdu", em *Les aventures de la nuit de la Saint-Sylvestre*. 1815. — Em W. Hauff. "Le coeur de pierre", em *L'Auberge du Spessart*, 1828, o herói troca seu coração por um coração de pedra para se salvar da ruína. — Nas duas gerações que se seguem se verá, na literatura, vender o apetite, o nome, a juventude e as recordações. Ver Elisabeth Frenzel, *Schlemil. in Stoffe der Weltliteratur*, Stuttgart. Kroner Verlag, 1970, p. 667-669. Convém salientar que esta *venda* típica do século XIX é completamente diferente do antigo tema de Fausto que faz da alma, depois da morte. presa do Diabo.

243 Emanuel Berghoff. *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes*. Viena, Maudrich, 1947.

hospitalar. O estabelecimento específico preconizado pelos revolucionários franceses no interesse do paciente tornou-se realidade porque o interesse dos médicos era classificar a doença. Durante todo o século XIX a patologia consistiu sobretudo na classificação das anomalias anatômicas. Foi apenas nos últimos anos do século que os discípulos de Claude Bernard empreenderam a definição e catalogação da patologia das funções²⁴⁴.

A saúde adquire, paralelamente à doença, *status* clínico: ela se torna ausência de sintomas clínicos. A boa saúde foi associada aos padrões clínicos da normalidade²⁴⁵.

Jamais a doença poderia ter sido associada ao anormal se, num espaço de dois séculos, o valor dos seus padrões universais não viesse sendo reconhecido progressivamente em todos os domínios. A escalada e expansão dos Estados só fizeram aumentar a força dessas normas operacionais. A primeira forma de comportamento submetida a padronização foi a linguagem. Em 1635, por influência do cardeal Richelieu, o rei da França fundava uma Academia de quarenta membros, reunindo os espíritos tidos como os mais destacados das letras francesas, para proteger e purificar a língua. Como se poderia esperar daí, os acadêmicos impuseram a linguagem da burguesia nascente que, ao mesmo tempo, adquiria o domínio dos instrumentos de produção, estes em pleno desenvolvimento. A língua da nova classe de produtores capitalistas torna-se a norma para todas as classes. A autoridade do Estado ultrapassara seu direito de legislar: firmar a jurisprudência nos meios de expressão. Os cidadãos aprenderam a submeter-se ao poder normativo de uma elite em área onde, até então, nem a Igreja nem os códigos jurídicos nacionais haviam penetrado. As heresias gramaticais traziam em si mesmas a penalidade: quem as cometia se colocava, através delas, em seu devido lugar, isto é, lá onde os privilégios não chegam. O bom francês era o que obedecia às normas acadêmicas, assim como a boa saúde iria ser logo a que obedecia à norma clínica.

A palavra latina *norma* significa esquadro — o esquadro do carpinteiro. Até os anos 1830 a palavra inglesa *normal* tinha o sentido de ortogonal. No decorrer dos anos quarenta, veio a designar os

244 Mirko D. Grmek, "La conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard", em Alexandre Koyré, *Mélanges Alexandre Koyré. L'aventure de la science*, vol. I. Paris, Hermann, 1964, p. 208-227.

245 Georges Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 1972: tese sobre a história da idéia de normalidade na patologia do século XIX; concluída em 1943, é completada por um posfácio de 1966. — Sobre o histórico da *normalidade* em psiquiatria. ver Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris. Plon, 1961.

objetos segundo um tipo corrente. Nos anos oitenta, tomou na América a significação de estado ou de condição habituais, não somente para coisas como para pessoas. Depois, em nosso século, foi empregada na avaliação dos seres. É verdade que na França ela havia passado, um século antes, da geometria à sociedade. A *École normal* designava a escola onde os professores do Império recebiam formação. E por volta de 1840 que Augusto Comte deu a essa palavra sua primeira conotação médica. Expressava sua esperança de que logo que as leis relativas ao estado normal do organismo fossem conhecidas seria possível empreender o estudo da patologia comparada.

Durante a última década do século XIX, as normas e os tipos se tornaram os critérios fundamentais do diagnóstico e da terapêutica. Não era necessário, no caso, que todos os traços anormais fossem considerados como patológicos; bastava que todos os traços patológicos fossem considerados como anormais. A doença enquanto desvio de uma norma tornava legítima a intervenção médica e fornecia orientação para a terapia.

A percepção da doença enquanto desvio da norma transforma atualmente, pela terceira vez, a relação médico-hospital²⁴⁶. Penso que nos encontramos a meio caminho dessa transformação. Cotton Mather havia feito anteriormente as estatísticas concorrerem para a medição da doença. A medicina, hoje, sempre faz uso delas, cada vez mais amplo, para a formulação do diagnóstico e a determinação da terapêutica. A palavra *clínica*, cujo primeiro sentido era à *cabeceira do doente* e que veio a qualificar a visão desligada do médico, designa agora o lugar onde se vai para saber se tem-se direito, ou não, de se considerar como doente. A sociedade não é mais que uma vasta clínica, e todos os cidadãos são pacientes, dos quais se vigia e regulariza constantemente a pressão arterial, para que seja mantida *dentro* dos limites normais.

A idade da medicina hospitalar que, toda ela, não terá durado mais que um século e meio, está chegando presentemente a seu termo²⁴⁷.

246 Office of Health Economics, "Efficiency in the hospital service", OHE Publications. *Studies on Current Health Problems*, n.º 22. 1967, Londres.

247 Para a história das idéias médicas durante o século XIX: P. Lain Entralgo, *La medicina Hippocretica*, Revista de Occidente. Alianza, 1970; Werner Leibbrand, *Heilkunde. Eine Problemgeschichte der Medizin*, Fribourg en Brisgau. Alber Verlag, 1953; F. Hartmann, *Der arztliche Auftrag. Die Entwicklung der Idee des abendliindischen Arzttums aus ihren weltanschaulich-anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit*, Gottingen, 1956; Merleau Ponty. "L'oeil de l'esprit", em *Les temps modernes*, n.ºs. 184-185, Paris, 1961, p. 193 e seguintes; *Phénoménologie de la perception*. Paris, 1945; Werner Leibbrand, *Spekulative Medizin der Romantik*, Hamburgo, 1956; Hans Freyer, "Der Arzt and die Gesellschaft", em *Der*

Os problemas agudos de pessoal, tesouraria, gestão e capacidade de admissão, que por toda parte assaltam os hospitais, podem ser interpretados como sintomas de nova crise no conceito de doença. Trata-se realmente de crise, que comporta duas soluções opostas, as quais relegam nossos atuais hospitais ao passado. A primeira é uma supermedicalização das prestações de serviços sanitários, que acentua ainda mais o domínio da profissão médica sobre os indivíduos sadios. A segunda é uma desmedicalização crítica e cientificamente fundamentada do conceito de doença.

A solução salutar dessa crise pertence mais à epistemologia do que à biologia ou à tecnologia médica. É ela que deverá esclarecer o *status* lógico e a natureza social do diagnóstico e da terapia, essencialmente no campo da doença física — em oposição à doença mental. Toda doença é uma realidade criada no seio da sociedade. O que significa e a pronta resposta que suscita já têm história.

O estudo dessa história nos pode permitir compreender até que ponto estamos prisioneiros da ideologia médica que nos inculcaram desde o berço.

Inúmeros autores tentaram, em época recente, retirar os distúrbios mentais de seu *status* de *doença*. Paradoxalmente, tornaram mais, e não menos, difícil de levantar o mesmo problema com relação à doença em geral. Leifer, Goffmann, Szasz, Laing, entre outros, todos se inclinaram para a gênese política da doença mental e sua utilização para fins políticos²⁴⁸. Todos colocam em oposição, em apoio de sua tese, a *falsa* doença mental e a *verdadeira* doença física.

Para tais autores, a linguagem das ciências naturais aplicável a todas as condições estudadas pelos médicos só tem validade no campo da doença física. Concernente só ao corpo, ela abrange contexto anatômico, fisiológico e genético. A existência *real* dessas condições é confirmada por dosagens e medicações, e pela experimentação. A verificação experimental da *verdadeira* doença, para esses autores, pode ser efetuada, ao menos teoricamente, sem qualquer referência a um sistema de valores. Nada disso se aplica à doença mental: seu

Arzt and der Staat, Leipzig, 1929; René Fulop-Miller. *Kulturgeschichte der Heilkunde*. Bruckmann, Munique, 1973; K. E. Rothschild, *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklärung, Sinngebung*, Wege der Forschung, vol. CCCLXII, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft: 18 estudos críticos dos séculos XIX e XX que foram marcantes na epistemologia da doença e principalmente os de C. W. Hufeland. R. Virchow. R. Koch e F. Alexandre. — Toellner. R.. vai publicar uma obra paralela, *Erfahrung and Denken in der Medizin*.

248 Thomas Szasz, *Myth of mental illness*. Harper and Row, 1961; *Manufacture of madness: a comparative study of the inquisition and the mental health movement*, Harper and Row, 1970. — Ronald Leifer, *In the name of mental health: social functions of psychiatry*, Science, 1969. — Frying Goffman, *Asiles*, Paris, Minuit, 1968. — Ronald Laing, Aaron Esterson, *L'Equilibre mental, la folie et la famine*, Paris. F. Maspero, 1971.

status de doença repousa inteiramente no julgamento psiquiátrico. O psiquiatra opera simultaneamente como agente de meio social, ético e político. As quantificações e experimentações apoiadas nestas condições *mentais* só podem ser conduzidas no quadro de dados ideológicos, os quais nutrem sua substância dos preconceitos sociais gerais do psiquiatra. A extensão da doença é imputada à vida inteira numa sociedade alienada e considera-se que uma reestruturação da sociedade poderia eliminar parte substancial da doença psíquica, ao mesmo passo que asseguraria só aos que estão fisicamente doentes um tratamento melhor e mais equitativo. Essa antipsiquiatria, que legitima o *status* não-político da doença física, ao recusar caráter patológico para a aberração mental, é relativamente minoritária no Ocidente, enquanto na China moderna, onde a doença mental é encarada como reação política, representa doutrina quase oficial. Os responsáveis maoístas se encarregam dos cuidados para com os portadores de desvios psicóticos. Bermann²⁴⁹ conta que os chineses reagem contra a prática revisionista de despolitizar o desvio político dos inimigos de classe, encerrando-os em hospitais e tratando-os como se tivessem doença infecciosa. Para eles, só a abordagem inversa pode dar resultados; é necessário proceder à intensiva reeducação política dos que, talvez inconscientemente, são atualmente inimigos de classe. A autocrítica os tornará politicamente ativos — portanto sadios. Também aí, a insistência sobre a natureza essencialmente não clínica da aberração mental reforça a convicção de que a doença de outro tipo é uma entidade material.²⁵⁰

Para poder funcionar, a sociedade industrial deve dar a seus membros múltiplas ocasiões de serem medicamente reconhecidos como sofrendores de doença real e concreta, enquanto entidade distinta. Uma sociedade superindustrializada é mórbida na medida em que os homens não conseguem se adaptar a ela. Realmente, os homens deixariam de tolerá-la se o diagnóstico médico não identificasse sua incapacidade de acomodar-se à perturbação de sua saúde. O diagnóstico está ali para explicar que se eles não a suportam não é por causa do meio ambiente desumano, mas porque seu organismo está falhando. Assim, a doença retira sua própria

249 Gregorio Bermann, *La Santé mentale en Chine*, traduzido do espanhol por A. Barbaste, Paris, F. Maspero, 1974 (original: *La salud mental en China*. Ed. Jorge Alvarez, Buenos Aires, 1970).

250 Peter Sedgwick, "Illness, mental and otherwise. All illness express a social Judgement", em *Hastings Center Studies*, vol. 1, n.º 3, 1973, p. 19-40: salienta que o fato só constitui uma doença a partir do momento em que o homem a define como uma anormalidade (condição que pertence ao campo do controle social).

substância do *corpo* do homem. O médico a caracteriza e a denomina segundo a intenção do paciente. A classificação das doenças adotadas por uma sociedade reflete sua estrutura institucional, e a doença que cria essa estrutura é interpretada para o paciente na própria linguagem criada pelas instituições. A origem social das entidades mórbidas está na necessidade de as populações industrializadas de isentar de culpa suas instituições. Quanto mais as pessoas pensam ter necessidade de serem cuidadas, menos se revoltam contra o crescimento industriai.

No momento em que ainda não se considerava a doença como anomalia orgânica ou do comportamento, o paciente podia esperar encontrar nos olhos de seu médico um reflexo da própria angústia. O que ele encontra ai atualmente é o olhar fixo do tecnocrata absorvido pelo cálculo custo/lucro²⁵¹. A doença lhe é levada. Sua doença o contenta de tornar-se matéria-prima de uma empresa institucional. Sua condição é interpretada de acordo com um jogo de regras abstratas em linguagem que ele não entende. Ensina-se ao doente que ele tem entidades inimigas e que o médico as combate, mas não se lhe diz mais do que o médico julgar necessário para se assegurar de que o paciente cooperará com sua manipulação. Os doutores se apropriam da linguagem: o doente é espoliado das palavras significativas com que expressar uma angústia, o que reforça a confusão linguística.

A iatrogênese devida à dominação do médico sobre a linguagem dos que sofrem é uma das principais defesas dos privilégios da profissão. Toda avaliação da eficácia médica formulada em linguagem comum salienta logo que o diagnóstico e o tratamento, por eficazes que sejam, não ultrapassam a capacidade de compreensão que qualquer leigo pode adquirir. O recurso constante à linguagem especializada impede realmente a desprofissionalização da medicina²⁵².

251 Joachim Israel, "Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin", in *Neue Gesellschaft*, 1974. p. 397-404.

252 Para documentos sobre a história do vocabulário empregado a propósito da saúde, da cura, da doença e das disfunções físicas, ver Franz Dornseif, *Der deutsche Wortschatz nach Sachgruppen*. Berlim, De Gruyter & Co., 1970, seções 2.162.22 e 2.41-2.45. — Para os sinônimos indogermânicos, ver Carl D. Buck, *A dictionary of selected synonyms in the principal Indo-European languages*, Chicago e Londres, University of Chicago Press, 1949, 3.a edição, 1971, seções 4.83-4.84. — Otto E. Moll, *Sprichwörter-Bibliographie*, Frankfurt-sur-le-Main, Vittorio Klostermann. 1958: oferece 58 coletâneas de provérbios em todas as línguas que se referem à "saúde, à doença, à medicina, à higiene, à imbecilidade e à apatia", p. 534-537. — Johannes Steudel, *Die Sprache des Arztes. Ethymologie und Geschichte medizinischer Termini*: é uma história da linguagem médica. — Dietlinde Goltz, *Krankheit und Sprache*, em *Sudhoffs Archiv*, 53, 3, 1969, p. 225-269, compara a linguagem usada pelo povo entre os babilônios, os gregos e os germanos. A linguagem burocrática da doença empregada pelos médicos diverge cada vez mais

A grande maioria dos diagnósticos e intervenções terapêuticas estatisticamente mais úteis do que prejudiciais aos pacientes tem duas características comuns: é pouco dispendiosa e pode ser aplicada facilmente de forma autônoma no seio da célula familiar. Segundo estudo canadense, o custo dos cuidados que realmente melhoram a saúde é tão baixo que a própria Índia, com todas as somas que esbanja em proveito da medicina moderna, poderia cuidar eficazmente e economicamente de toda sua população. De outro lado, os conhecimentos necessários para diagnosticar as afecções geralmente mais disseminadas e determinar o tratamento adequado são tão elementares que qualquer pessoa, tendo interesse de observar cuidadosamente instruções fornecidas, alcançaria provavelmente, ao nível de eficácia curativa, resultados que nenhum médico praticamente patenteado pode pretender. Quanto aos casos que lhes restariam, a maior parte seria ainda melhor cuidada por *médicos de pés nus*, zelosos e responsáveis, do que por todos os profissionais reunidos: médicos, psiquiatras, dentistas, parteiras, fisioterapeutas e oculistas.

No momento em que se faz valer a possibilidade de uma medicina moderna simples e eficaz, os partidários da medicalização levantam geralmente duas objeções: de uma parte, o doente, em vista da sua inquietação, não tem a serenidade exigida para se cuidar racionalmente — os próprios médicos não recorrem a um colega quando os filhos adoecem? —; de outra parte, amadores mal-intencionados poderiam rapidamente instituir-se em guardiães exclusivos de uma sabedoria médica rara e preciosa. Essas objeções são inteiramente válidas em uma sociedade onde a regra é satisfazer os pedidos dos consumidores, onde a prática hospitalar serve de modelo para o corpo médico-farmacêutico, onde predomina a mitologia da eficácia médica. Mas não teriam praticamente razão de ser em um mundo orientado para a racionalidade.

Bom exemplo da desprofissionalização das intervenções biológicas é certamente o do aborto, bem recente. O teste de gravidez representa o grau mais elevado de tecnologia hoje permitido diretamente ao leigo. O método de aspiração fez da interrupção da gravidez um ato pouco dispendioso, simples e sem risco. A recente tecnologia tornou portanto a interdição legal do aborto tão ineficaz como possam ser as leis puritanas ainda em vigor na Nova Inglaterra punindo a masturbação. A legislação que confia ao corpo médico o monopólio do

da linguagem corrente na qual o doente exprime aquilo que sofre. — Ver também; Bargheer, "Krankheit, Krankheitsnamen", em *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, vol. V, p. 377-378.

aborto é agora tão discutível quanto as antigas leis da Igreja que não toleravam o adultério a não ser cometido nos bordéis com prostitutas remuneradas.

A desprofissionalização da medicina não implica o desaparecimento dos terapeutas especializados e o autor jamais preconizou coisa parecida. Não se deve ver de início nessa tese uma negação da competência real ou uma recusa à denúncia pública e punição das faltas profissionais. Mas sim uma tomada de posição contra a mistificação do público, contra a cooptação dentro de um corpo que se instituiu a si próprio como curador, contra a sustentação pelo público de uma corporação médica e suas instituições. A desprofissionalização da medicina não significa que os recursos públicos não devam ser destinados para serviços curativos, mas sim que a direção e controle dessas despesas não devem ser confiados aos membros dessa corporação. A desprofissionalização não significa a abolição da medicina moderna. Significa que o profissional não terá mais o poder de prodigalizar de preferência a determinado cliente maior volume de cuidados do que a outro. Enfim, a des-profissionalização da medicina não significa o desconhecimento das necessidades específicas que se manifestam em diferentes momentos da vida dos homens: nascimento, fratura de uma perna, enfermidade, proximidade da morte. Desejar romper o monopólio hoje exercido soberanamente pelo corpo médico sobre um conjunto de atos não significa logo que o controle de seus membros escapará à sociedade, mas, ao contrário, que a apreciação de seus serviços será muito mais exata e virá de clientes advertidos e não de seus pares. A recusa de ver recursos públicos aplicados às mais dispendiosas aventuras técnicas da magia médica não significa que cabe ao Estado prevenir os cidadãos contra sua exploração pelos sacerdotes dos cultos médicos; significa apenas que os contribuintes não farão mais as despesas de financiamento dos rituais. A des-profissionalização da medicina significa que será desmascarado o mito de que o progresso técnico exige especialização constante das tarefas, das manipulações sempre mais abstrusas e de uma permanente e crescente demissão do homem obrigado a se tratar à revelia em instituições impessoais, em vez de depositar sua confiança em si mesmo e em seus semelhantes.

CAPITULO VIII

A MORTE ESCAMOTEADA

Em qualquer sociedade, a imagem dominante da morte determina a concepção da saúde²⁵³. A imagem da morte, essa antecipação sócio-cultural de um acontecimento certo chamado a sobrevir em data incerta, é modelada pelas estruturas institucionais, pelos mitos profundamente enraizados, pela textura social. A imagem que uma sociedade cria da morte reflete o grau de independência de seus membros, dá a medida de suas reações, de sua autonomia e de seu querer viver individuais²⁵⁴. Em qualquer parte onde penetrou a Civilização médica dos países avançados, nova imagem da morte se implanta. Na medida em que ela procede das novas técnicas e do correspondente *ethos*, tem caráter supranacional. Mas as técnicas não são em si mesmas culturalmente neutras porque, tendo tomado forma concreta no seio das civilizações ocidentais, constituem expressão de um *ethos* ocidental. A imagem que o homem branco tem da morte espalhou-se com a civilização médica e contribuiu poderosamente para a colonização cultural.

É relativamente recente o ideal da *morte natural* — isto é, morte que deve sobrevir em seres medicamente *acompanhados*, saudáveis e

253 Robert G. Olson, o artigo "Death" na *Encyclopaedia of Philosophy*, vol. 2, 1967, p. 307-309, Nova York, Macmillan, dá breve e clara introdução ao conhecimento e ao medo da morte. — Herman Feifel (sob a direção de), *The Meaning of Death*, Nova York, McGraw Hill, 1959, deu, nos Estados Unidos, capital impulso à pesquisa psicológica sobre a morte. — Robert Fulton, *Death and Identity*, Nova York, Wiley Inc., 1965, é notável antologia de artigos curtos cujo conjunto reflete o estágio em que estava a pesquisa em língua inglesa em 1965. -- Paul Landsberg, *Essai sur l'expérience de la mort, ssivi de: le problème moral du suicide*. Paris. Seuil, 1951: análise clássica: — José Echeverria, *Ré flexions métaphysiques sur la mort e le problème du sujet*, Paris, J. Vrin, 1957: brilhante tentativa de fenomenologia da morte. — Christian von Ferber, "Soziologische Aspekte des Todes. Ein Versuch"über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophischen Anthropologie", em *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, vol. 7, 1963, p. 338-360, sólida argumentação para fazer novamente da morte um problema público. O autor acha que reprimir a morte, fazer dela um acontecimento solitário e uma questão limitada unicamente ao domínio dos especialistas reforça, na sociedade, a estrutura de exploração de classe. Artigo muito importante. — Ver também Vladimir Jankélévitch, *La Mort*, Paris, Flammarion, 1966, e Edgar Morin, *L'Homme et la mort*, Paris, Seuil, 1970.

254 Para o estudo da imagem antiga da morte em nosso contexto geral, será útil a leitura de Fielding H. Garrison. "The Greek cult of the dead and the chthonian deities in ancient medicine". em *Annals of Medical History*, 1971, I, p. 35-53 — Alice Walton, "The cult of Asklepios", em *Cornell Studies in Classical Philology* n.º III, Nova York, Johnson Reprint Corp., 1965, 1.a ed., 1894. — Ernst Benz, *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie*, Stuttgart. Kohlhammer, 1929, XI, Tübinger Beiträge zur Altertumswiss, 7. — Ludwig Wachter, *Der Tod im alten Testament*, Stuttgart, Calwer Verlag, 1967. — Jocelyn Mary Catherine Toynbee, *Death and burial in the Roman world*. Londres, Thames and Hudson, 1971. — K. Sauer. *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-romischen Geschichte* schreibung. Frankfurt. 1930. — J. Krtill, *Tod and Teufel in der Antike*, Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen, 56, 1926. — Hugo Blummer, "Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst", em *Neue Jahrbücher des klassischen Altertums*. 1917, p. 499-512.

de idade avançada²⁵⁵. Em cinco séculos, a morte passou por cinco estágios distintos, e se encontra atualmente no limiar de uma sexta mutação. Cada estágio encontrou expressão iconográfica: 1) a *Dança dos Mortos*, no século XIV; 2) a dança conduzida por um esqueleto ou *Dança Macabra*, na Renascença; 3) o trespasse do velho debochado no conforto de seu quarto de dormir, sób o Ancien Regime; 4) a batalha travada pelo médico contra os espectros da fome e da peste no século XIX; 5) a medicina, na pessoa do médico que se interpõe entre o paciente e sua morte, na metade do século XX, e 6) a morte sob tratamento hospitalar intensivo. Em cada estágio de evolução, a morte natural suscitou novo jogo de respostas rápidas em que o caráter médico não parou de se acentuar. A história da morte natural é a história da medicalização da luta contra a morte²⁵⁶.

A dança dos mortos

A partir do século IV a Igreja combate a tradição pagã que desencadeia nos cemitérios danças frenéticas em que os participantes, despojados de suas vestes, brandem gládios. A reiteração constante das interdições dá bem o testemunho de que elas foram pouco ouvidas e durante quase mil anos tais danças continuaram a se realizar nos cemitérios. A dança com os mortos e sobre seus túmulos era a ocasião de proclamar a alegria de estar vivo e inúmeras canções e poemas eróticos lhe fazem eco²⁵⁷. Pelo fim do século XIV, parece que o sentido

255 Devo muito, para este capítulo, aos ensaios magistraux de Philippe Aries. Ver Philippe Aries, "Le culte des morts à l'époque moderne" em *Revue de l'Académie des sciences morales et politiques*, 1967, p. 25-40; "La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales" em *Archives européennes de sociologie*, VIII. 2, 1967; "La vie et la mort chez les Français d'aujourd'hui", em *Ethnopsychologie*, 27 (1), março de 1972, p. 39-44; "La mort et le mourant dans notre civilisation", em *Revue française de sociologie*, XIV, I, janeiro—março de 1973; "Les techniques de la mort", em *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIe siècle*. Paris. Seuil, 1971, p. 373-398.

256 O assunto que trato em primeiro lugar neste capítulo é o da imagem da "morte natural". Emprego o termo *morte natural* porque o encontrei largamente em uso entre o século XVI e o princípio do século XX. Coloco-o em oposição a *morte primitiva*, resultante da intervenção de um agente sobrenatural ou divino. Preocupa-me aqui a *imagem* dessa morte natural e de sua evolução durante os quatro séculos em que ela foi comum às civilizações ocidentais. Devo a idéia desse enfoque a Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, Francfort-sur-le-Main, Suhrkamp, 1969. Ver, na nota 296, o ponto em que não concordo com este autor.

257 Thomas Ohm, *Die Gebetsgebärden der Volker und das Christentum*, Leyde, Brill, 1948, p. 372 e segs., particularmente as p. 389-390: reúne documentos provando danças nos cemitérios e a oposição que seus participantes sofriam das autoridades. — Um estudo médico das danças religiosas ocidentais: E. L. Backman, *Religious dances in the Christian church and in popular medicine*, Estocolmo, 1948 (tradução inglesa por E. Classen, Londres, Allen and Unwin, 1952). — Bibliografia dos aspectos religiosos da dança: Emile Bertaud, "Danse religieuse", em *Dictionnaire de spiritualité, fasc. XVIII-XIX*, p. 21-37; A. Schimmel, "Tanz. I. Religiones chichtlich", em *Die Religion in Geschichte und Gegenwart*, Tübingen, 1962, vol. 6, p. 612-614. — Para uma história das danças no interior e em torno das igrejas, ver L. Gougaud, "La danse dans les églises", em *Revue d'histoire ecclésiastique*, t. 15, 1914, p. 5-22 e 229-245; J. Baloch, "Tanze in Kirche und Kirchhöfen", em *Nieder-deutsche Zeitschrift für Volkskunde*, 1928; H. Spanke, "Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters", em *Neuphilosophische Mitteilungen*, 31, 1930. — Para os

dessas danças se modifica²⁵⁸: o encontro entre os vivos e os mortos se torna ocasião de uma meditação introspectiva. E em 1424 que se pinta no muro de um cemitério parisiense a primeira *Dança dos Mortos*. O original do *Cemitério dos Inocentes* não foi conservado, mas o conhecemos através de boas cópias; ali vemos o rei, o camponês, o papa, o clérigo, a jovem, cada um dançando com um cadáver. Em suas vestes e traços, cada *partenaire* é o reflexo do outro. *Jederman*²⁵⁹ carrega sua própria morte e dança com ela durante a vida. No fim do período medieval, o homem enfrenta sua morte imanente²⁶⁰; cada morte carrega o símbolo correspondente ao nível de sua vítima: uma coroa para o rei, para o camponês um forçado. Enquanto anteriormente se dançava sobre o túmulo dos defuntos e com eles, agora se volta para o presente através da representação de um mundo onde, durante toda a sua vida, o homem dançará com sua própria mortalidade. A morte não é representada como figura antropomórfica mas como consciência macabra de si mesmo, como um apelo constante do túmulo escancarado. Ainda não está no esqueleto do século seguinte que, ao som da música, conduzirá a dança durante todo o declínio da Idade Média, mas a confrontação é feita com o próprio reflexo decrepito e putrefato do homem²⁶¹. E a época em que o

precedentes germânicos das danças nos cemitérios cristãos: R. Wolfram, *Schwerttanz und Mannerbund*, Cassel. 1937 (parcialmente esgotado); Werner Danckert, "Totengräber", em *Unehrliche Leute. Die verfehmten Berufe*, Berna, Franck Verlag, 1963, p. 50-56.

258 Jan Huizinga, "La vision de la mort", em *Le Déclin du Moyen Age*, Paris, Payot, 1932, cap. XI, p. 164-180.

259 *Jederman* (*Everyman*, *Eickerlijk*, *Ognuno*). Personagem de uma *momlidade* célebre que foi retomado nas lendas, milagres, mistérios e representações sagradas, cujo tema é o contraste formado pela alegria de viver e a chegada brutal da morte. O personagem *Jederman* é também protagonista do drama homônimo em verso, publicado em 1911 por Hugo von Hofmannsthal. Ver Laffont-Fenpiani, *Dictionnaire des personnages littéraires et dramatiques de tous les temps et de tous les pays*. p. 336, artigo "*Jederman*", Société d'édition de dictionnaires et encyclopédies, 1970.

260 Gerhart B. Ladner, *The idea of reform. Its impact on Christian thought and action in the age of the Fathers*, Harvard University Press, 1959. Ver p. 163 para as duas correntes dentro da Igreja a respeito da relação entre a morte e a natureza, a partir do século IV. Para Pelágio a morte não era o castigo do pecado, e se Adão não tivesse pecado teria morrido da mesma forma. Pelágio difere aí da doutrina agostiniana de que Deus tinha concedido imortalidade a Adão como dom particular, e ainda mais dos Padres da Igreja grega segundo os quais Adão, antes de transgredir, tinha um corpo espiritual ou ressurrecional.

261 Até então o defunto aparecia sem a idade inscrita em seu monumento funerário: é figurado como um cadáver putrefato: Tricot-Royer, "Les gisants macabres de Boussu, Bruxelles, Vilvorde, Strasbourg, Beaune, Troyes, Enkhuysen", em *Bull. Soc. Franc. Hist. Méd.*, vol. 20, p. 85-99 e 199-205; J. — P. Hornung, *Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes*, Diss. Fribourg, 1902. — O encontro entre os vivos e os mortos ganha importância em novo gênero literário: Stefan Glixelli, *Les Cinq Poèmes des trois morts et des trois vifs*, Paris, 1914; S. J. Egilsrud, *Le Dialogue àes morts dans les littératures française, allemande, et anglaise*, Paris, 1934; Kaulfuss-Diesch, "Totengespräche", em *Reallexicon der Deutsch en Literaturgeschichte*, 3, p. 379 e segs. — O encontro toma também nova expressão visual: K. Künstle, *Die Legende der drei Lebenden and der drei Toten*, 1908; Willy Rotzler, *Die Begegnung der drei Lebenden and der drei Toten. Ein Betrag zur Forschung über mittelalterliche Vergänglichkeitsdarstellung*, Winterthur, Keller, 1961; Pierre Michault, *Pas de la mort*, Ed. Jules Petit, Soc. des bibliophiles de Belgique, 1969; Albert Freybe, *Das memento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung un Volksglauben, deutsche Sprache, Dichtung and Seelsorge*, Gotha, 1909. — O fato de que, por volta de 1500, a morte se reveste de nova autonomia ao mesmo tempo em que aparecem os traços fortemente acentuados de um esqueleto, não significa que nunca se tenha revestido de traços antropomórficos, se não na arte, ao menos na lenda e na poesia:

espelho ganha grande importância na vida cotidiana e, vista no *espelho da morte*, a vida se reveste de mordacidade alucinante. Com Chaucer e Villon, a morte se torna tão familiar e sensual quanto o prazer e a dor.

Nas sociedades primitivas, era o resultado de uma intervenção estranha maléfica. A morte não era ali personalizada. Era a vitória de uma intenção maligna: podia bem ser o vizinho invejoso que lhe pôs *mau-olhado* como a feiticeira, o ancestral que voltou para apanhá-lo, o gato preto em seu caminho²⁶². Durante toda a Idade Média cristã e a islâmica, a morte não deixou de ser vista como resultado de intervenção pessoal e intencional da divindade. À cabeceira do moribundo, não é uma *morte* que aparece, mas um anjo e um demônio disputando a alma que se exala dos seus lábios. É preciso aguardar o século XV para que, reunidas as condições, essa imagem se transforme²⁶³ e apareça o que será mais tarde chamado *morte natural*. A *Dança dos Mortos* constitui um dos seus pródromos. Doravante, a morte pode ser parte integrante e inelutável da vida do homem, e não mais resultado de decisão externa. Tornada autônoma, a morte vai coexistir durante três séculos, como entidade distinta, com a alma imortal, a divina providência, os anjos e demônios.

A dança macabra

Novo costume e novo papel são outorgados à morte em cada

Paul Geiger. "Tod. 4. Der Tod als Person", em *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, vol. VIII, p. 976-985.

262 Para uma bibliografia contemporânea das atitudes em relação à morte entre os primitivos, ver Edgar Herzog, *Psyche and Tod. Wandlungen des Todesbildes in Mythos and in den Tritumen heutiger Menschen*, Zurique, 1960 (tradução inglesa: *Psyche and death*, Putnam, 1967). A morte é sempre encarada como resultado da intervenção de um agente. A natureza do agente não importa na discussão a que me proponho. A obra de Robert Hertz "Contribution à une étude sur la représentation collective de la mort", em *L'Année sociologique*, 10, 1905/1906, p. 481-37, continua a ser, neste ponto, a melhor fonte para a literatura mais antiga. — Uma leitura útil complementar encontrará em Hartland, Langdon, De La Valée Poussin et coll., "Death and disposal of the dead", em *Encyclopaedia of Religion and Ethics*, vol. IV, p. 411-511. — Rosalind Moss, *The life after death in Oceania and the Malay Archipelago*, 1925 (reproduzido pela University Microfilms, Ann Arbor, 1972), mostra que as modalidades de sepultamento tendem a influenciar as crenças sobre a causa da morte e a natureza da vida além-túmulo. — Hans Kelsen, "Seele and Recht", em *Aufsätze zur Ideologiekritik*. Neuwied-am-Rhein e Berlim, 1964, sugere que o medo universal do poder dos ancestrais de matar os vivos sustenta o controle social. — Ver também: James George Frazer, *Man, God and Immortality*, Londres, Macmillan, 1927; *The belief in immortality and the worship of the dead*, vol. I: La croyance chez les aborigènes d'Australie, des îles du Détroit de Torres, de Nouvelle-Guinée et de Mélanésie, Londres, Macmillan, 1913; *Fear of the dead in primitive religion*, Londres, Macmillan, 1936. — Claude Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*. Paris, Pion, 1962, particularmente as p. 44-46 e 314-333. — Sigmund Freud, *Totem et Taboo*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, n.º 77, 1970.

263 Robert Bossuat, Manuel bibliographique de la littérature française du Mogen Age, Danse macabre, n.ºs 3577-3580; 7013.

*moralidade*²⁶⁴. Desde o fim do século XV, ela deixa de ser imagem-reflexo e encabeça os quatro *fins últimos*, precedendo o julgamento, o paraíso e o inferno²⁶⁵. Não é mais um dos quatro cavaleiros do Apocalipse das esculturas romanas, nem mais a megera-vampiro devoradora de almas do *Campo Santo* de Pisa, ou simplesmente mensageiro das ordens do Altíssimo. A morte se tornou personagem em si mesma, e reivindica cada ser, homem, mulher, criança, primeiro como mensageiro de Deus e logo depois em nome dos seus próprios direitos soberanos. Em 1538, Hans Holbein o Jovem²⁶⁶ já tinha publicado o primeiro livro de imagens da morte, que ia ter imenso sucesso: a *Dança Macabra*, sobre madeira gravada²⁶⁷. Desembaraçados de suas carnes pútridas, doravante os dançarinos são apenas esqueletos nus. A representação do homem enlaçando a sua

264 Para a evolução do motivo de *Jederman*. ver H. Lindner, *Hugo von Hoffmannsthals "Jederman" and seine Vorgänger*. Diss. Leipzig, 1928.

265 Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'a more della vita nel Rinascimento*, Turim, Einaudi, 1957; *La Vie et la Mort à travers l'art du XVe siècle*, Paris, Colin, 1962.

266 Hans Holbein o Jovem, *The dance of death. A complete facsimile of the original 1538 edition of Les simulachres et histories faces de la mort*, Nova York, Dover Publ., 1971.

267 Walter Rehm, *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung von Mittelalter bis zur Romantik*, Tübingen. Max Niemeyer Verlag, 1967, mostra a mudança capital da imagem da morte na literatura por volta de 1400, e depois, novamente, por volta de 1520. — Ver também E. Dubruck, *The theme of death in French poetry of the middle age and the Renaissance*, Haia, 1964; e L.P. Kurtz, *The dance of death and the macabre spirit in European literature*. Nova York, 1934. — Para a nova imagem da morte nas classes médias nascidas no fim da Idade Média, ver Erna Hirsch, *Tod and Jenseits in Spätmitelalter. Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Bürgertums*. Berlim, 1927. XIII. Diss. Univ. Marburg. — Especificamente sobre a Dança Macabra Hellmut Rosenfeld, *Der mittelalterliche Totentanz. Entstehung, Entwicklung, Bedeutung*, Münster e Colônia. 1954, Bohlau Verlag, IX, ilustrado (Beihefte zum Archiv für Kulturgeschichte H. 3, Besprechung bei Frederick P. Pickering: "Der Totentanz in Deutschland Frankreich and Italien". em *Littérature moderne*. 5. 1954, p. 62-80. Encontra-se em Rosenfeld a melhor introdução à pesquisa sobre o assunto, assim como copiosa e atualizada bibliografia. — Para as obras mais antigas, completar com H.F. Massman, *Literatur der Totentanze*, Beitrag zum Jubeljahr der Buchdruckerkunst. Aus dem Serapeum besonders abgedruckt, Leipzig, T. O. Weipol. 1850. — Ver também Gert Buchheit, *Der Totentanz, seine Entstehung and Entwicklung*. Berlim, 1926; Wolfgang Stammer, *Die Totentänze des Mittelalters*. Munique, 1922; e James M. Clark. *The dance of death in the middle age and the Renaissance*, 1950. — Os três volumes de Stephen P. Kozaky, *Geschichte der Totentanze*, I. Lieferung: *Anfänge der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems*. 2. Lieferung: *Danse macabre* (com 27 ilustrações), Einleitung: *Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit*. 3. Lieferung: *Der Totentanz von heute*. Budapeste, 1936, 1941, 1944, Bibliotheca Humanitatis Historica I. V, VII. contém massa de indicações, citações de obras antigas e cerca de 700 representações da Dança Macabra até a Segunda Guerra Mundial. — J. Saugnieux, *conographie de la mort chez les graveurs français du XVe siècle*, 1974; *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires*. fasc. XXX, Bibl. de la faculté des lettres de Lyon, Paris, Les Belles Lettres, 1972. — Dietrich Briesenmeister. *Bilder des Todes*, Unterscheidheim, 1970, Verlag W. Elf: as reproduções são muito claras e historiadas segundo os diferentes temas. — Alfred Scott Warthin, *The Physician of the dance of death*, cinco partes, publicadas em *Annals of Medical History*, nova série, vol. II, n.º 4, julho de 1930, p. 351-371; vol. II, n.º 5, setembro de 1930, p. 453-469; vol. II, n.º 6, novembro de 1930, p. 697-710; vol. III, n.º 1, janeiro de 1931, p. 75-109; vol. III, n.º 2, março de 1931, p. 134-165: trata unicamente do médico na Dança Macabra. — Werner Block, *Der Arzt and äer Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten*, Stuttgart. Enke Verlag, 1966, estuda a confrontação do médico com a morte, no quadro da dança e fora deste quadro. — Ver as iconografias clássicas da Arte cristã ocidental: Karl Künstle, *ikonographie des christlichen Kunst*, Friburgo, Jherder, 1926-1928 (2 vol.); e Emile M. le, *L' Art religieux à la fin du Mogen Age en France. Etude sur l'iconographie du Mogen Age et sur ses sources d'inspiration*, cap. II, p. 346: "La mort" (ver também seus três volumes sobre a arte religiosa na França). — Comparar com a iconografia oriental (monte Atos); M. Didron, *Manuel d'iconographie chrétienne. grecque et latine*, com introdução e notas de M. Didron, traduzido de manuscrito bizantino, *Le guide de la peinture* por P. Durant, Paris. Imprimerie royale, 1845. — T. S. R. Boase. *Death in the middle age, Mortality, judgement and remembrance*, Londres. Thames and Hudson, 1972.

mortalidade se tornou exaustivo e frenético abraço de uma força da natureza. Ao reflexo íntimo, tomado da *nova fé* das místicas alemãs, se substituiu uma força da natureza, igualitária, executora de uma lei que atinge e leva cada um em seu turbilhão. A morte, que era encontro de todos os instantes da vida, se tornou acontecimento de um só instante.

A morte se torna o ponto onde o tempo linear mensurável acaba e o homem enfrenta a eternidade, enquanto durante toda a Idade Média havia sido, junto com a presença de Deus, imanente à história. O mundo não é mais a consagração dessa presença: com Lutero, se tornou uma passagem pela corrupção, em que a salvação virá de Deus. A proliferação dos relógios simboliza essa mudança que se opera na consciência. Com a predominância do tempo divisível, o cuidado com sua medição exata e o reconhecimento da simultaneidade dos acontecimentos, elabora-se o novo quadro onde pode ser reconhecida a identidade pessoal. Esta é agora ligada a uma seqüência de acontecimentos mais que à plenitude de uma vida em sua duração total. A morte não é mais o fim de um todo, torna-se ruptura da seqüência²⁶⁸.

Durante os primeiros cinquenta anos da gravura em madeira, são os esqueletos que predominam nas páginas de títulos dos livros, assim como, hoje, mulheres nuas nas capas de revistas. A morte tem na mão uma ampulheta ou serve de martelo para marcar as horas no sino do relógio²⁶⁹, empregando muitas vezes um osso à guisa de malho. O novo mecanismo, que pode dividir o tempo em momentos iguais, de dia ou de noite, submete também os homens a uma lei igual para todos. Nos tempos da Reforma, a vida após a morte não é mais o prolongamento transfigurado da vida aqui em baixo, mas o inferno, terrível castigo, ou o paraíso, dom divino absolutamente imerecido. A graça interior se tornou a justificação pela fé, e unicamente por ela. Assim, no decorrer do século XVI, a morte deixa de ser considerada como uma passagem para o outro mundo e se acentua como o fim da

268 Ver Helmut Plessner, "On the relation of time to death", em J. Campbell (sob sua direção), *Man and time*, 1951, Papers from the Eranos Yearbook. Bollingen series XXX. 3, Pantheon Books. 1957, p. 233-263. particularmente p. 255. — Sobre a importância do tempo na imagem francesa da morte, ver Richard Glasser, *Time in French life and thought* (tradução de C. G. Pearson), Manchester Univ. Press, 1972, particularmente p. 158 e capítulo III: "The concept of time in the later middle ages", p. 70-132. — Sobre a influência crescente da consciência do tempo no sentimento da morte, ver Alois Hann, *Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Eine soziologische Untersuchung*, Stuttgart, Enke Verlag, 1968, particularmente p. 21-84. — Joost A. M. Kerloo, "The time sense in psychiatry", em J. T. Fraser (sob sua direção). *The voices of Time*, Nova York, George Braziller, 1966, p. 235-252. — Sigfried Giedion, *Space, time and architecture. The growth of a new tradition*. 4.ª ed. revista. Harvard, 1962.

269 Jurgis Baltrusaitis, *Le Moyen Age fantastique. Antiquités et exotisme dans l'art gothique*. Paris, A. Colin, 1955.

vida terrestre²⁷⁰. O túmulo aberto se escancara muito mais que as portas do paraíso ou do inferno. O encontro com a morte é certeza muito maior que a imortalidade, é mais justa que o rei, o papa e até Deus. A morte não é mais o objetivo da vida, é o fim.

A finitude, a imanência e a familiaridade com a morte pessoal não participam apenas do sentido nascente da hora, mas também da emergência de novo sentimento da individualidade. Quando ela era o caminho que levava o peregrino da Igreja terrestre militante à Igreja triunfante dos céus, a morte tinha representado, para muitos, acontecimento participante de uma e outra comunidade. Doravante, o homem enfrentava ele próprio sua morte e seu fim. A morte se tendo tornado assim um poder natural, convinha dominá-la aprendendo a arte e a maneira de morrer. O *Ars Moriendi*, um dos primeiros manuais impressos a se divulgar, iria conhecer, em diferentes versões, a preferência popular durante quase dois séculos. Muitos aprenderam a ler decifrando suas páginas. Preocupado em oferecer um guia ao *gentil-homem completo*, Caxton publicava em 1491, nas impressoras de Westminster, sua *Art and Craft to knowe ye well do dye*. Impressa na mais pura das tipografias góticas, teve extraordinária difusão popular. Antes do ano de 1500, mais de cem edições haviam aparecido, tiradas das madeiras originais e com caracteres de imprensa móveis. Obra de formato pequeno, fazia parte de coleção destinada a ensinar a *Continência Nobre e Devota*, em seguida a arte de manejar a faca durante a refeição, a arte da conversação, a arte de verter lágrimas, de assoar-se, de jogar xadrez e até o saber morrer.

A obra não ensinava a se preparar para uma morte longínqua por uma vida virtuosa, tampouco lembrava ao leitor o declínio inelutável de sua força física ou a ameaça constante de morte inopinada. Era, no moderno sentido do termo, um *guia* que ensinava a arte e a maneira de morrer, um método a ser assimilado na força da idade para conhecê-la na ponta dos dedos quando viesse a hora a que ninguém escapa. O livro não se destina aos monges ou ascetas mas aos homens *carnais e seculares* para quem os socorros do clero eram inacessíveis. Serviu de modelo a instruções do mesmo gênero, muitas vezes redigidas num espírito bem menos prosaico, por homens como Savonarola, Lutero e Jeremias Taylor. Os homens se sentiam

270 Lutero, interpretação do salmo 90 WA 40/1II, 485 e segs.

responsáveis pela expressão que tomariam seus rostos na morte²⁷¹.

Enquanto novo sentido se liga à putrefação do corpo, os primeiros retratos reais autênticos aparecem na arte européia; são executados para presentear, após os funerais, a personalidade individual e intemporal do soberano defunto. Os humanistas não evocavam seus mortos como fantasmas ou almas, santos ou sim-bolos, mas como presenças históricas contínuas²⁷².

A devoção popular se enche de nova curiosidade pela vida futura. Narrativas fantásticas e aterrorizadoras, em que os protagonistas são trespassados, multiplicam-se, assim como as representações artísticas do purgatório.²⁷³ O gosto grotesco do século XVII pelos fantasmas e as almas denota a ansiedade crescente de uma cultura que se defronta com o chamado da morte bem mais do que com o julgamento de Deus²⁷⁴. Em grande número de feudos do mundo cristão, a *Dança dos Mortos* se torna o tema decorativo nos pórticos de igreja. Trazido para a América pelos espanhóis, o esqueleto é levado para o lugar do ídolo da morte asteca. De retorno à Europa, seu descendente mestiço²⁷⁵ influencia o rosto da morte em todo o império dos Habsburgos, dos Países Baixos ao Tirol. Após a Reforma, a morte européia se tornou e continuará macabra.

271 A reação à *morte natural* foi uma profunda transformação do comportamento na hora da morte. Para textos da época, ver Mary Catherine O'Connor, *The art of dying well. The development of the 'Ars Moriendi'*, Nova York, AMS Press, 1966; L. Klein, *Die Bereitung zum Sterben, Studien zu den evangelischen Stebebüchern des 15. Jahrhunderts*, Diss. Gdtingen, 1958. — Para os costumes, ver Placidus Berger, "Religidses Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland", em *Zeitschrift, ür Missions-wissenschaft and Religionswissenschaft*. V. 48 p. 108-248; Philippe Aries, "La mort inversée. Le changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales", p. 169-195; p. 175: "(...) L'homme du second Moyen Age et de la Renaissance (par opposition à l'homme du premier Moyen Age, l'âge de Roland, qui se survit chez les paysans de Tolstoï) tenait à participer à sa propre mort, parce qu'il voyait dans cette mort un moment exceptionnel oil son individualité recevait sa forme definitive. Il n'était le maitre de sa vie que dans la mesure oil it était le maitre de sa mort. Sa mort lui appartenait et à lui seul. Or, à partir du XVIIe siècle, it a cesse d'exercer seul sa souveraineté sur sa propre vie et, par consequent, sur sa mort. Il l'a partagé avec sa famille. Auparavant sa famille était écartée des décisions graves qu'il devait prendre en vue de la mort, et qu'il prenait seul." — Ver também Manfred Bambeck, *Tod un Unsterblichkeit. Sudi en zum Lebensgefühl der tranzüsischen Renaissance nach dem Werke Ronsard (MS)*, 177, VI, Bl. Diss. Univ. Francfort-sur-le-Main, 1954; Hildegard Reifschneider, *Die Vorstellung des Todes and desJenseits in der geistlichen Literatur des XII Jh. (MS)*, 177, 76 B 1, Tübingen, Diss., 1948; Eberhard Klass, *Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos. Ein Bet rag zur mittelhochdeutsch en Stilgeschichte*, Oderberg (mark) 99 S. Diss. Univ. Greifswald, 1931.

272 Gustav Kunstler, *Dans Bildnis Rudolfs des Stifters Herzogs von Österreich. and seine Funktion*, extraído de "Mitteilungen der Osterreichischen Galeria 1972" sobre o autêntico primeiro retrato desse tipo.

273 G. e M. Vovelle, "La mort et l'au delà en Provence d'après les autels des Ames du purgatoire. XVe-XXe siècles", em *Annales. Economies. Sociétés. Civilisations*. 1969, p. 1602-1634. — H. Patch, *The other world according to description in medieval literature*. Harvard, 1950.

274 Para o julgamento na história das religiões, ver fontes orientais. *Le jugement des morts*, Paris, Seuil, 1962; Leopold Kretzenbacher, *Die Seelenwaage. Zur religiösen Idee von Jenseitsgericht auf der Schicksalwaage in Hochreligionen*. Bildkunst und Volksglaube, 1958.

275 Merlin H. Forster (sob sua direção). *La muerte en la poesia Mexicana. Prólogo y selección de Merlin Forster*, México, Editorial Diógenes, 1970. — Emir Rodriguez Monegal, *Death as a key to Mexican reality in the works of Octavio Paz*, Yale Univ. mimeograf.

Simultaneamente, a medicina popular multiplica as práticas que devem ajudar o homem a enfrentar dignamente seu trespasse. Inventam-se processos mágicos para reconhecer se a doença de que se foi acometido exige a preparação para a morte, ou se é conveniente tratá-la. Se a flor jogada na pia de água benta de um santuário não flutuar é inútil gastar dinheiro com remédios. Os homens tentam preparar-se para a vinda da morte, tentam conhecer bem os passos da última dança. Sem dúvida, conhecem-se drogas conlas as dores da agonia, mas a decisão de administrá-las pertence unicamente a quem está morrendo. Novo papel lhe é entregue por direito, e ele o desempenha lucidamente. As crianças podem ajudar seus pais a morrer, mas sob a condição de não os reter com o seu pranto. Incumbia a quem estava morrendo indicar o momento em que era preciso retirá-lo do leito, colocá-lo no solo, que logo se fecharia sobre ele, e dar o sinal para as orações. A assistência sabia que devia manter abertas as portas para facilitar a entrada da morte, abster-se de qualquer ruído para que ela pudesse penetrar sem receio e finalmente desviar respeitosamente os olhares do agonizante para que ele pudesse enfrentar sozinho esse acontecimento inteiramente pessoal.²⁷⁶

Nos séculos XV e XVI, nem padre nem médico são chamados a assistir o homem pobre que morre. A literatura médica da época assinala dois deveres opostos para o terapeuta: pode ajudar a cura ou, ao contrário, suavizar e acelerar a morte. Compete a ele reconhecer o *faties hippocratica*²⁷⁷, traços particulares denotando que o paciente já é presa da morte. Ajudando, seja a curar ou a morrer, o médico se esforça para colaborar estreitamente com a natureza. O problema de saber se a medicina poderá ou não *prolongar* a vida é objeto de ardentes discussões nas escolas de medicina de Palermo, de Fez e mesmo de Paris. A maioria dos doutores judeus e árabes nega pura e simplesmente esse poder, considerando blasfêmica toda intervenção

276 Esses costumes sobreviveram nas regiões rurais: Arnold Van Gennep. *Manuel de tbnklore franeais contemporain*. 1.º vol., I e II, *Du berceau à la tombe*, Paris. Picard, 1943-1946; Lens Kriss-Rettenbeck, "Tod und Heilserwartung", em *Bilder und Zeichen religidsen Volksglaubens*. Munique, Verlag Georg Callwey. 1963, p. 49-56. — Ver os artigos: "Sterbegeläute", "Sterben", "Sterbender", "Sterbekeeze", "Tod", "Tod ansagen", "Tote (der)", "Totenbahre", por Paul Geiger, *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*, Berlin, 1936/1937, vol. VIII. — Albert Freybe, *Das alie deutsche Leichnmahl in seiner Art und Entartung*, 1909.

277 Magnus Schmid, "Zum Phanomen der Leiblichkeit in der Antike dargestellt an der *Facies Hippocratica*", em *Sudhoff Arch.*, 1966, Beiheft 7, p. 168-177. — Karl Sudhoff "Fine Kleine deutsche Todesprognostik", em *Arch. Gesch. Med.*, 1911, 5, p. 240: "Abermals eine deutsche Lebens- und Todesprognostik", em *Arch. Gesch. Med.*, 1911, 6, p. 231.

na ordem natural²⁷⁸.

O zelo do médico temperado pela resignação do filósofo transparece claramente nos escritos de Paracelso²⁷⁹. "A natureza conhece os limites de sua marcha. Segundo o termo que ela própria fixou, confere a cada uma de suas criaturas a duração de vida que lhes cabe, embora suas energias se consumam entre o instante do nascimento e seu fim predeterminado... a morte do homem é apenas o fim de seu labor cotidiano, a expiração de seu sopro, o esgotamento do seu poder balsâmico de cura pessoal, a extinção da luz racional da natureza, e uma grande separação dos três: corpo, alma e espírito. A morte é uma volta à matriz." Sem excluir a transcendência, a morte se tornou fenômeno natural, e não é mais necessário atribuí-la a um agente maléfico.

A nova imagem da morte contribuiu para reduzir o corpo do homem ao nível de objeto. Até então, o cadáver havia sido considerado como coisa distinta de todas as outras: era tratado quase igual a uma pessoa. A lei lhe reconhecia um *status*, o morto podia processar e ser processado na justiça. Os processos criminais contra os mortos eram freqüentes. O papa Urbano VIII, envenenado por seu sucessor, foi exumado, solenemente julgado por simonia, condenado a ter a mão direita decepada e a ser lançado no Tibre. Destituídos da força, os despojos do ladrão podiam ser decapitados por traição. O morto era por vezes citado como testemunha. A viúva tinha direito de repudiar seu defunto marido depondo no caixão suas chaves e sua bolsa. A legislação moderna ainda reconhece direitos póstumos: o executor testamentário age em nome do morto e fala-se da *profanação* de uma sepultura ou da secularização de um cemitério quando este é desapropriado para que se faça dele jardim público. Foi necessário que tivesse aparecido a morte natural para que o cadáver fosse privado da maior parte de seu *status legal*²⁸⁰.

O aparecimento da morte natural abriu caminho também para

278 Joshua O. Leibowitz, "A responsum of Maimonides concerning the termination of life", em *Koroth, A quarterly Journal devoted to the History of Medicine and Science*, Jerusalém, vol. 5, 1-2, setembro de 1963.

279 Paracelso, *Oeuvres médicales*. Paris, PUF. 1968 (escolhidas, traduzidas e apresentadas por Bernard Gorceix).

280 Heinrich Brunner. *Deutsche Rechtsgeschichte*. vol. I, Von Duncker und Humbolt, 1961, particularmente as p. 254 e segs. — Paul Fischer, *Strafen und Sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht*. Düsseldorf, 1936. — H. Fehr, "Tod und Teufel im alten Recht", em *Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte*, 67, Germ. Abt. 1950, p. 50-75. — Paul Geiger, "Leichte", em *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens*. Berlin, 1932/33, Band V. — Karl König. *Die Behandlung der Toten in Frankreich im späterem Mittelalter and zu Beginn der Neuzeit (1350-1550)*. XVII, 94 S. (MS), Diss. Univ. Leipzig, 1921. — Hans von Hentig, *Der nekrotopo Mensch: vom Totenglauben zur morbiden Totennahe*, Stuttgart, 1964. — Paul — J. Doll, "Les droits de la science après la mort", em *Diogène*, n.º 75, julho-setembro de 1971.

novas atitudes em face da morte e da doença, que iam se expandir no fim do século XVII. Durante toda a Idade Média, o corpo humano tinha sido sagrado; agora, o médico abre o cadáver com o escalpelo. O humanista Gerson julgara essa dissecação "uma profanação sacrilega, uma crueldade inútil dos vivos contra os mortos"²⁸¹. Mas no momento em que a morte começa a vestir-se diante de *Jederman* com as *moralidades*, o cadáver aparece no anfiteatro da universidade da Renascença como material de ensino. Autorizada pela primeira vez em Montpellier, em 1375, uma dissecação pública foi declarada obscena, e escoaram vários anos antes que se operasse a segunda. Uma geração mais tarde, era autorizada uma dissecação anual nos limites do Santo Império romano germânico. Semelhantemente, a Universidade de Bolonha era habilitada a dissecar um corpo por ano, justamente antes do Natal: a cerimônia abria-se com procissão, acompanhava-se de exorcismos e durava três dias. No correr do século XVI, a Universidade de Lerida tinha direito, a cada três anos, de pedir os despojos de um criminoso e sua dissecação devia se operar diante de escrivão designado pela Inquisição. Em 1540, foi concedido direito às universidades inglesas de requerer anualmente quatro corpos ao verdugo. A atitude evolui tão rapidamente que em 1561 o Senado de Veneza podia determinar ao carrasco que atendesse requisição do Dr. Fallopius para que ele pudesse dispor de cadáveres próprios para *anatomizar*. Em 1632, Rembrandt pintava a *Lição de Anatomia* do Dr. Tulp. A dissecação pública entrava no número dos temas favoritos dos pintores, enquanto que nos Países Baixos se tornava comum a prática de realizá-las publicamente por ocasião das feiras. Era o primeiro passo para a retransmissão, televisada ou filmada, de intervenções cirúrgicas. O médico tinha avançado muito em seu conhecimento da anatomia e, ao mesmo tempo, na demonstração de sua habilidade; mas seu poder de curar não tinha feito os mesmos progressos. Os rituais médicos ajudavam a orientar, reprimir ou acalmar o medo e a angústia criados por uma morte que se tinha tornado macabra.

Os mapas anatômicos de Vésale rivalizavam com a *Dança Macabra*, mais ou menos conto as obras sobre a sexualidade rivalizam em nossos dias com *Playboy* e *Lui*.

281 Maurice Bariety e Charles Coury. "La dissection". em *Histoire de la médecine*, Paris. Fayard, 1963, p. 409-411.

A morte burguesa

A morte barroca era o contraponto de um paraíso organizado sob o modelo aristocrático²⁸². Viam-se, nas abóbadas das igrejas, julgamentos finais, distinguindo, através de espaços separados, selvagens, plebeus e nobres, mas, acima, a *Dança dos Mortos* mostrava a Ceifadora cortando com sua lâmina arqueada, sem distinção de classe ou ofício. E justamente porque a igualdade macabra abolia, em última análise, todos os privilégios deste mundo que eles se justificavam mais ainda²⁸³. Mas a, ascensão da família burguesa colocará termo à igualdade diante da morte²⁸⁴. Aqueles que possuem meios começam a pagar para fazê-la recuar.

Francis Bacon foi o primeiro a falar do prolongamento da vida como novo dever dos médicos. Segundo ele, a medicina tinha tríplice missão: "Primeiro, a preservação da saúde; segundo, a cura das doenças, e terceiro, o prolongamento da vida", e exaltava "a terceira missão que, embora nova e ainda mal realizada, era a mais nobre de todas". A profissão médica, entretanto, não queria de modo algum enfrentar essa tarefa e torná-la sua, a não ser um século e meio mais tarde, incitada cada vez mais por uma clientela decidida a retribuir tal gênero de serviço. O novo tipo de cliente é um homem rico, que se recusa a morrer: quer ir até o extremo de suas forças e morrer em plena atividade. Não aceita a morte a não ser que ela o encontre em boa saúde, avançado em idade mas sempre ativo. Montaigne já havia ironizado a presunção que há nesse desejo de *morrer de velhice*: "É a última e extrema forma de morrer. (...) Que sonho é aguardar morrer de uma perda de forças trazida pela velhice e de propor esse objetivo à nossa existência. (...) Nós a chamamos a única natural, como se fosse contra a natureza ver um homem partir o pescoço numa queda, afogar-se num naufrágio, ser apanhado pela peste ou adoecer de pleurisia. (...) Deve-se chamar antes natural o que é geral, comum e

282 Hermann Bauer. *Der Himmel in Rokoko: das Fresko im deutschen Kirchenraum im 18. Jahrhundert*, Pustet, 1965.

283 Sobre o reflexo da morte na literatura dos séculos XVII e XVIII: Richard Sexau, *Der Tod in deutschen Drama des 17. und 18. Jahrhunderts (von Gryphius bis. zum Sturm und Drangl)*, Berlin, 1906; *Volkständige Dissertation*, n.º.9 von "Untersuchungen zur neueren Sprach- und Literatur Geschichte", Berna, 1907. — Friedrich-Wilhelm Wentzlaff-Eggebert. *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts*, Erster Hauptteil und Schloss Palaestra 171. *Untersuchungen und Texte aus der Deutschen und Englischen Philologie*, Leipzig, 1931. — W. M. Thompson, *Der Tod in der englische Lyrik des 17. Jahrhundert*, Breslau, 1935.

284 Philippe Aries. "La mort inversée. Le changement des altitudes devant la mort dans les sociétés occidentales", em *Archives européennes de sociologie*, vol. VIII, n.º 2, 1967, p. 169-195. Ver a citação na nota 271.

universal.²⁸⁵ Nesse tempo, tais homens ainda eram exceção. Por volta de 1839 já eram mais numerosos. O pregador que esperava ir para o céu, o filósofo que negava a existência da alma, o negociante que queria dobrar mais uma vez seu capital, todos pensavam que a única morte conforme a natureza era aquela que os encontraria na mesa de trabalho²⁸⁶. Nada agora indicava que a esperança de vida da grande maioria dos indivíduos chegados aos sessenta fosse aumentar na metade do século XVIII, mas é certo que as novas abordagens tecnológicas permitiam aos velhos afortunados manter-se de sobreaviso e continuar todas as suas atividades. A melhoria de suas condições de vida e de trabalho permitia aos bem-nascidos agarrarem-se à força em seu posto. Quanto aos fracos, aos doentes e aos velhos, a revolução industrial começava a lhes criar possibilidades de emprego. Raro durante muito tempo, o trabalho sedentário adquiria direito de cidadania²⁸⁷. O crescimento do espírito de empresa e do capitalismo favorecia o patrão que tinha tido tempo de acumular capital e experiência. As estradas eram melhoradas. Um general que sofresse de gota já podia comandar uma batalha sem descer do seu veículo, e diplomatas decrépitos podiam circular entre Londres, Viena e Moscou. A centralização das nações-Estados exigia um corpo de funcionários e uma burguesia sempre maiores. A nova classe restrita dos velhos via crescerem suas possibilidades de sobrevivência porque sua vida familiar, social e profissional não era mais tão difícil de suportar fisicamente. Envelhecer tornava-se um modo de capitalizar a vida. Os longos anos passados no escritório, no balcão ou na escola começavam a provocar interesse. Pela primeira vez as classes médias obrigavam os filhos a estudar, quer fosse o ensino gratuito ou não, o que permitia aos velhos permanecerem nos postos de mando. Colocada assim, financeiramente, em posição de eliminar a *morte social* evitando a aposentadoria, a burguesia inventava a *infancia* para controlar seus jovens²⁸⁸.

Paralelamente ao crescimento de seu *status* econômico, as pessoas

285 *Essais*, Livro I, cap. LVII.

286 G. Peignot. *Choix de testaments anciens et modernes, remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, 2 vol., Paris, Renouard. 1929. — Michel Vovelle, *Mourir autrefois. Attitudes collectives devant la mort aux XVII et XVIIIe siècles*, Paris, Archives Gallimard-Julliard, 1974; *Piété baroque et déchristianisation en Provence au XVIIIe siècle: les attitudes devant la mort d'après les clauses des testaments*, Paris, Plon, 1974. — Pollock et Maitland. *The last will* ", em *The history of English law*, Cambridge Univ. Press, 1968. vol. 2, cap. VI, p. 314-356.

287 Philippe Aries, "Les techniques de la mort", em *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siècle*, Paris, Seuil, 1971, p. 373 (1.a ed., 1948).

288 Philippe Aries, *L'Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, Paris, Plon, 1960, cap. II, p. 23 e segs: "La découverte de l'enfance" (reeditado pela editora Seuil, 1974).

de idade viam novamente apreciada sua pessoa física. No século XVI, "velho que casa com mulher jovem logo se prepara' para ver a morte", e no século XVII, "velhos que as mocinhas adoram dançam já com a morte". Na corte de Luís XIV, o velhote barbudo constituía personagem ridícula; no auge do Congresso de Viena, ele se tornara objeto de inveja. Morrer cortejando a amante do neto tornava-se um fim sonhado.

Novo mito tomava forma: o do valor social da velhice. Enquanto todas as populações nómades e as populações primitivas que viviam da caça ou da colheita tinham o costume de matar os seus velhos, e os camponeses os confinavam²⁸⁹, o patriarca aparecia agora como ideal literário. A sabedoria lhe era atribuída unicamente em função da idade. Torna-se primeiro tolerável e depois desejável que os velhos fossem guardiães dos ritos julgados necessários para manter sua vida claudicante. Ainda não havia geriatras e a tarefa superava a competência do boticário ou do ervanário, do barbeiro ou do cirurgião, do médico diplomado na universidade ou do charlatão. Assim, é essa exigência particular que contribui para criar novo tipo de curador, o empírico.²⁹⁰

Até então a obrigação de permanecer no comando até o último dia só era atribuída ao papa e ao rei. Somente eles consultavam a faculdade, os médicos árabes de Salerno na Idade Média ou, na

289 A supressão dos velhos foi um costume amplamente difundido e conservou-se até uma época recente: John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern*, 1934. Forschgn. z. Volkerpsychologie und Soziologie, Hrsg. v. Thurnwald 13. — W. E. Peuckert, "Altentetung", in *Handwörterbuch der Sage. Namens des Verbandes der Vereine für Volkskunde*, Göttingen, Vandenhoeck und Ruprecht, 1961. — J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern*, Zutphen, 1933. — O infanticídio permaneceu suficientemente difundido para influenciar as curvas de crescimento das populações até o século IX: Emily R. Coleman, "L'infanticide dans le Haut Moyen Age" (traduzido do inglês por A. Chamoux), em *Annales, Economies, Sociétés, Civilisations*. Paris, Armand Colin, n.º 2, março-abril de 1974, p. 313-335.

290 Erwin H. Ackerknecht, "Death in the history of medicine", em *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 42, 1968. A morte permaneceu como um problema marginal na literatura médica desde a Antiguidade grega até Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) durante a primeira década do século XVIII. Depois, repentinamente, os *signos da morte* adquiriram extraordinária importância. A morte *aparente* torna-se um dos males mais temidos do período das Luzes: Margot Augener, "Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert", em *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin*, Kiel, n.ºs 6 e 7, 1967. — São justamente os filósofos, apesar de constituírem o núcleo do pensamento que negava enfaticamente a sobrevivência da alma, que desenvolveram o medo secular do inferno, que podia ameaçá-los se fossem enterrados simplesmente em estado de morte aparente. Foram fundadas pelos filantropos, para ajudar os que corriam o risco de serem enterrados assim, sociedades dedicadas ao auxílio dos afogados ou queimados, e testes de reação eram feitos para se assegurarem de que estavam realmente mortos: Elisabeth Thomson, "The role of the physician in human societies of the 18th century", em *Bull. Hist. Medicine*, 37, 1963, p. 43-51. Um desses testes consistia em soprar uma trombeta ao ouvido do morto. Com a Revolução francesa, desapareceu a histeria suscitada pela morte aparente, tão repentinamente quanto aparecera no início do século. Os médicos começaram a se interessar pelas técnicas de reanimação um século antes de serem empregadas visando a prolongar a esperança de vida dos velhos. — Ver também Hildegard Steingieser, *Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten*, Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften, Univ. Verlag Ratsbuchhandlung L. Bamberg, Greifswald, 1936.

Renascença, os práticos de Pádua e de Montpellier. Quanto aos médicos da corte, davam ao monarca os mesmos cuidados que os barbeiros ao homem comum, sangravam-nos e purgavam-nos, mas também os protegiam contra os envenenamentos. Não entrava nos desígnios dos reis viver até a velhice mais avançada que o comum dos mortais, e não esperavam também de seus médicos particulares que lhes dessem aos anos de declínio físico uma dignidade especial. A nova classe dos velhos porém, ao contrário, via no prolongamento da vida o preço absoluto correspondente a um, valor econômico absoluto²⁹¹. O negociante que envelhecia desejava um doutor que fizesse recuar a morte, que no momento prescrito ele a fizesse *desistir* das regras e que lhe fosse servida sua última refeição regada com vinho especial reservado para essa ocasião. Assim se criava o papel do valetudinário, fonte do poder econômico do médico contemporâneo.

A capacidade de sobreviver por muito tempo, a recusa de ceder diante da morte e o recurso à intervenção médica, mesmo nos casos incuráveis, por sua conjunção, fizeram nascer nova concepção da doença que se tornou o tipo de saúde ao qual a velhice podia aspirar. Imediatamente antes da Revolução francesa, só os ricos e os poderosos estavam em condições de pretendê-la. Em uma geração, a doença crônica transforma-se em moda no meio jovem e entre os esnobes: os estigmas do depauperamento peculiares às doenças graves e prolongadas²⁹² são vistos como sinais de sabedoria precoce: a necessidade de estadas em locais de climas mais quentes é interpretada como índice de gênio. O tratamento médico prolongado, por importuno que possa ser o desfecho da doença, é tido como marca de distinção.

Inversamente, as doenças dos pobres, as que não pararam de dizimá-los, podem ser agora definidas como afecções não tratadas. Pouco importa que o tratamento aplicado pelo médico não venha nunca a obstar a progressão do mal, a ausência de intervenção médica junto aos pobres começava a significar que eles estavam condenados a morrer de morte não natural, ideia que bem correspondia à imagem que a burguesia fazia deles: deseducados e improdutivos. Desde então a faculdade de morrer de morte *natural* será apanágio de uma classe social: a classe dos que terão os meios de morrer na condição de

291 Theodor W. Adorno. *Minima Moralia. Reflexionen aus dem beschddigten Leben.* Suhrkamp, 1970.

292 E. Ebstein, *Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur*, Zs. f. Bücherfreunde, 5. 1913. — J. N. Weisfer, "Das Problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman", em *Deutscher Journalistenspiegel*, 3, 1927.

pacientes.

A saúde transforma-se em privilégio de esperar a morte *oportuna*, quaisquer que sejam os serviços médicos requeridos para esse efeito. A morte medieval havia brandido um sabre. Nas gravuras de madeira, o esqueleto e o espectador riam com desprezo enquanto a vítima recusava a morte. Agora a burguesia se apodera do relógio, indica médicos para dizer à morte se o momento chegou. O século das Luzes atribuía ao médico novo poder, mas sem saber se ele tinha ou não adquirido o domínio das doenças perigosas.

A morte clínica

A Revolução francesa marca breve interrupção na medicalização da morte. Segundo seus ideólogos, a morte inoportuna não podia sobrevir em uma sociedade construída sobre o tríplice ideal revolucionário. Mas o olho clínico que então o médico começava a carregar o fazia considerar a morte em uma nova perspectiva. Enquanto no século XVIII eram os mercadores que tinham determinado a visão da morte com a ajuda dos charlatães que eles pagavam, os clínicos começavam agora a modelar a visão do público. Vimos a morte, antes resultado de intervenção divina, transformar-se em acontecimento *natural*, depois em *força da natureza*; em nova mutação, ela é considerada como *inoportuna* se não sobrevém a indivíduos ao mesmo tempo saudáveis e idosos. Ela se tornou o fim de doenças específicas atestadas pelo médico.

Destronada pelas *doenças mortais*, a morte não é mais do que figura alegórica. A *força da natureza*, celebrada como a morte, é transformada em legião de causas específicas responsáveis do trespasse clínico. Em toda parte do mundo rondam mortes e não mais a morte. Nas obras de bibliotecas de médicos no fim do século XIX, muitas gravuras mostram o médico lutando, à cabeceira do paciente, com doenças encarnadas. A esperança que os médicos tinham de poder tratar doenças específicas deu lugar ao mito de seu poder de dirigir a morte. Os novos poderes atribuídos à profissão deram lugar ao novo *status* do clínico.

Enquanto nas cidades o médico se tornava clínico, o médico rural primeiro se tornava sedentário, em seguida penetrava na elite local. No momento da Revolução francesa, ele pertencia ainda à vasta categoria das profissões itinerantes. De volta das guerras

napoleônicas, ricos de grande experiência, os cirurgiões do exército procuraram se estabelecer. Formados no campo de batalha, esses antigos militares se tornaram logo os primeiros profissionais de cuidados médicos não itinerantes na França, na Itália e na Alemanha. A gente simples desconfiava um pouco de seus métodos e os burgueses respeitáveis ficavam chocados com suas maneiras rudes, mas sua competência médica no entanto atraía a clientela. Eles enviavam os filhos a novas escolas de medicina que iam surgindo em muitas cidades, e estes, uma vez formados, criavam a figura do médico de aldeia que não devia mais se modificar até a Segunda Guerra Mundial. Seu papel de doutor de família junto a uma burguesia amplamente provida de recursos lhes assegurava renda regular. Nas cidades, embora certos ricos adquiram prestígio como pacientes de eminentes clínicos, a concorrência mais forte sofrida pelo médico, no início do século XIX, é ainda a dos antigos práticos, a parteira, o arrancador de dentes, o veterinário, o barbeiro, às vezes mesmo o enfermeiro do dispensário público, que são sempre muito solicitados.

Por seu lado, a despeito da novidade de seu papel e das resistências que encontra nas altas e baixas camadas, o médico de aldeia, à mesma época, se tinha tornado na Europa membro da classe média. Vivia confortavelmente, fazia corte ao castelão, freqüentava os demais notáveis, visitava ocasionalmente doentes de condição humilde, e encaminhava os casos difíceis ao seu colega clínico da cidade. Enquanto a idéia da morte *oportuna* tinha tido origem na consciência de classe nascente da burguesia, a morte *clínica* nasceu na consciência profissional surgida no novo médico, rico de formação científica. Desde então a *morte oportuna*, bem sortida de sintomas clínicos, se torna o ideal da burguesia e ia logo incorporar-se ao objetivo social dos sindicatos.

Coube ao nosso século considerar pela primeira vez como direito cívico um valetudinário morrer sob tratamento médico, nas mãos de um clínico patentado. A assistência médica aos velhos foi inscrita nas convenções sindicais. O privilégio capitalista de apagar-se naturalmente por definhamento em uma poltrona diretorial cedeu lugar à exigência proletária de serviços médicos para o aposentado. A esperança burguesa de continuar, sempre nos postos de comando, uma vida de velho libidinoso é substituída pelo sonho de uma vida sexual ativa garantida pela previdência social em um aprazível recolhimento citadino. A assistência médica para sempre, para qualquer que seja a condição clínica, tornou-se exigência absoluta para

ter acesso à morte natural. A instituição de serviços médicos ilimitados se tornou serviço de que a sociedade é devedora a todos os seus membros.

A *morte natural* ingressa nos dicionários. Uma das maiores enciclopédias alemãs, publicada em 1909, a define por seus contrários: "A morte anormal é o oposto da morte natural porque resulta da doença, da violência, ou de distúrbios mecânicos e crônicos." Um dicionário muito sério das idéias filosóficas declara que "a morte natural sobrevém sem doença prevista, sem causa específica definida". É esta macabra e alucinante concepção da morte que se entrelaça à idéia do progresso social. A reivindicação legal de igualdade diante da morte clínica disseminou as contradições do individualismo burguês na classe operária. O direito à morte natural foi formulado como reivindicação de igualdade de consumo dos serviços médicos mais que como demanda de limitação do trabalho industrial malsão ou como nova liberdade para o indivíduo de velar pela própria saúde. A concepção sindical de *morte clínica igual* é assim exatamente oposta ao ideal proposto em 1792 em Paris diante da Assembléia Nacional: é um ideal profundamente medicalizado.

Em primeiro lugar, essa nova imagem da morte justifica novo grau de controle social. A sociedade tornou-se responsável pela prevenção da morte de cada um de seus membros; o tratamento médico, eficaz ou não, pode ser assimilado a um dever. Toda morte que sobrevém na ausência de tratamento médico é suscetível de interessar à justiça. A confrontação com o médico se torna quase tão inexorável quanto a confrontação com a morte. Conheço uma mulher que, tendo falhado no seu suicídio, foi levada em coma ao hospital, com duas balas alojadas na coluna vertebral. O cirurgião esforçou-se heroicamente para mantê-la viva e considera, no que lhe compete, ter conseguido realizar dois objetivos: ela sobreviveu e foi atingida por paralisia geral, que elimina qualquer receio de nova tentativa de suicídio.

Nossa nova imagem da morte insere-se igualmente bem no *ethos* industrial. A boa morte tornou-se irrevogavelmente a do consumidor-tipo de cuidados médicos. Bem no começo do século, o homem começava por ser escolar: originalmente inculto, devia passar por uma escolarização de oito anos antes de ser capaz de ingressar na vida produtiva. Hoje o homem começa, desde o nascimento, por ser um paciente que, se quer viver corretamente, deverá recorrer a uma infinidade de serviços médicos. Do mesmo modo que o consumo

obrigatório de instrução se tornou fator de discriminação profissional, o consumo de cuidados médicos se tornou paliativo da insalubridade do trabalho, da sujeira das cidades, da febrilidade dos transportes²⁹³. Por que preocupar-se em tornar menos mortífero o meio ambiente já que os médicos estão equipados industrialmente para salvar as vidas humanas?!

Finalmente, a "morte sob tratamento obrigatório" encoraja o ressurgimento das ilusões mais primitivas a propósito das causas da morte. Como vimos, os homens primitivos não morrem da própria morte, não levam em si a sua finitude, estão ainda próximos da imortalidade subjetiva do animal. Para eles, a morte requer sempre explicação sobrenatural, alguém deve ser acusado por ela: a maldição de um inimigo, a sorte jogada por um feiticeiro, o fio de Parca que se rompe, ou o anjo da morte enviado pela divindade. Mas, ao entrar na dança com o próprio reflexo, a morte europeia foi transformada em acontecimento independente de vontade exterior, em inexorável força da natureza que o indivíduo enfrenta sozinho. A iminência da morte era uma evocação extraordinária e constante da fragilidade e delicadeza da vida. No fim da Idade Média, a descoberta da *morte natural* constitui uma das fontes principais da poesia e do teatro na Europa. Mas essa mesma iminência da morte, vista antes como ameaça extrínseca que emanava da natureza, representa um desafio capital para o engenheiro cuja função emerge então. Se o engenheiro civil aprendeu a dirigir a terra, e o educador-tornado-pedagogo a dirigir o conhecimento, por que o médico-biologista não dirigirá a morte? Quando o médico conseguiu interpor-se entre a humanidade e a morte, esta última perdeu a imediatividade e a intimidade que havia adquirido quatro séculos antes.

A modificação da relação morte-médico está bem ilustrada pelo tratamento iconográfico do tema²⁹⁴. Na época da *Dança dos Mortos*, o médico raramente está presente: na única representação em que pude encontrá-lo, a morte trata o médico como a um colega, toma um velho homem pela mão e com a outra eleva um frasco de urina, parecendo pedir ao médico que confirme seu diagnóstico. Na época da *Dança Macabra*, o terapeuta é objeto das zombarias do esqueleto. No período precedente, enquanto a morte estava ainda revestida de alguns pedaços de carne, convidava o médico a verificar, olhando-se no

293 Siegfried Giedion, *Mechanization takes command: a contribution to anonymous history*. Nova York, Norton, 1969, 743 p. — Sobre a mecanização da morte, ver também p. 209-240.

294 Particularmente Werner Block, Alfred Scott Warthin e Dietrich Briesenmeister. Ver nota 267.

espelho, o que ele pensava tocar dentro do corpo humano. Divertia-se com a impotência do médico, satirizava os seus honorários ou se recusava a entregá-los, receitava medicamentos tão perniciosos quanto os que ele prescrevia e o tratava igual a qualquer outro mortal fazendo-o entrar na dança. A morte barroca parece imiscuir-se constantemente nas atividades do médico, debocha enquanto ele vende suas drogas em uma feira, interrompe suas consultas, fabrica ampulhetas com suas retortas de medicamentos, ou toma seu lugar na visita a um lazareto. No século XVIII surge novo motivo: a morte se diverte contrariando o médico em seus diagnósticos pessimistas e parece rejubilar-se renunciando aos doentes que ele condenou. Os adversários se mantêm nas duas extremidades do leito onde padece o paciente. Foi preciso esperar que a doença clínica e a morte clínica conhecessem considerável desenvolvimento para ver as primeiras imagens onde a iniciativa da ação volta ao médico, que se interpõe entre o paciente e a morte. Só após a Primeira Guerra Mundial vemos o médico lutando com o esqueleto, arrancando de seu abraço uma jovem mulher ou arrancando sua foice das mãos. Por volta de 1930, um homem de branco, sorrindo, se lança contra o esqueleto lamuriento e o esmaga como uma mosca entre dois tomos do *Lexicon of Therapy* de Marle. Em outras imagens o médico segura os pulsos de uma jovem mulher estendida cuja morte arrancou de seus pés e expulsou com um gesto vingador. Max Klinger representa o médico aparando as penas de um gigante alado. Em outras composições o médico prende a morte em uma gaiola ou mesmo chuta seu posterior descarnado. Muito mais que o paciente, é sobretudo o médico que presentemente luta com a morte. Como nas culturas primitivas, há novamente alguém a acusar se a morte triunfa; uma vez mais, esse alguém não tem rosto mas tem um *status*; não é pessoa, mas uma classe.

Hoje, a proteção contra a morte é direito social e é então na sociedade que ronda o culpado. Pode ser o inimigo de classe que privou o trabalhador de cuidados médicos suficientes, o médico que recusou atender um chamado noturno, a multinacional que elevou o preço dos medicamentos, o governo revisionista ou capitalista que não tem mais o controle de seu pessoal médico. A tradicional caça às feiticeiras que se segue à morte do chefe de tribo está modernizada. Para toda morte prematura ou clinicamente não necessária, pode-se encontrar a pessoa ou o grupo irresponsável que retardou ou impediu a intervenção médica.

Grande parte do progresso da legislação social no curso da primeira metade do século XX não se teria podido efetuar sem o uso revolucionário que foi feito dessa imagem industrial da morte. Nem a agitação necessária para obter essa legislação nem os sentimentos de culpa necessários para que ela fosse aplicada poderiam ter sido suscitados sem esse fetiche. Mas a reivindicação da igualdade dos cuidados médicos garantindo a igualdade qualitativa da morte reforçou igualmente a dependência de nossos contemporâneos diante de um sistema industrial em expansão ilimitada.

A morte sob terapêutica intensiva

Não se pode compreender plenamente as raízes estruturais profundas de nossa organização social se se negligencia ver nelas um exorcismo multiforme contra todas as *más* mortes. As grandes engrenagens das instituições constituem gigantesco programa de defesa da *humanidade* contra os fatores de morte: homens ou classes²⁹⁵. É a guerra total. A medicina, mas também a assistência social, a ajuda internacional, os programas de desenvolvimento, todos estão envolvidos nessa luta. As burocracias ideológicas de todas as nuances participam da cruzada. Revolução, repressão, e mesmo guerras civis e guerras entre Estados são justificadas desde que se trate de abater os ditadores ou os capitalistas acusados de produzir ou simplesmente tolerar a doença e a morte²⁹⁶.

Curiosamente, a morte se tornou a inimiga a abater precisamente

295 Richard A. Kalish, "Death and dying. A briefly annotated bibliography", em Orville Brim *et al.*, ed.. *The dying patient*, Nova York, Russel Sage Foundation, 1970, p. 327-380: recensão bibliográfica da literatura de língua inglesa sobre a morte, limitada principalmente aos textos que têm relação com a atividade profissional e com a tecnologia contemporâneas. — Sharmon Sollito e Robert Veatch, *Bibliography of society. ethics and the life sciences*, The Hasting Center, 1973: avaliação dessas atividades do ponto-de-vista da ética. — McKnight. *A bibliography of 225 items of suggested readings for a course on death in moærn society in a theological perspective*, 10 p.: lista mimeografada dos escritos cristãos contemporâneos sobre a morte numa sociedade industrial. — Austin H. Kutscher Jr. e Austin H. Kutscher, *A bibliography of books on death. bereavement, loss and grief` 1935-1968*, Nova York, Health Sciences Publishing Corp., 1969. — Euthanasia Educational Fund. *Euthanasia: an annotated bibliography*, Nova York. 250 West 57th Street. NY 10019. — John Riley Jr., Robert W. Habenstein. "Death. 1. Death and bereavement. 2. The social organization of death", em *International Encyclopedia of the Social Sciences*. Macmillan. vol. 4, 1968.

296 Werner Fuchs. nota 256. nega que haja repressão da morte na sociedade moderna. — Geoffrey Gorer. *Death. grief and mourning*. Nova York. Doubleday. 1965: a tese de Gorer. enunciando que a morte substituiu o sexo como tabu maior, lhe parece sem fundamento e errônea. A tese da repressão da morte é geralmente apoiada por aqueles que. fazendo grande oposição ao mundo industrial. querem demonstrar por este caminho a impotência de que se ressente, em última análise, a empresa industrial diante da morte. Esta tese é largamente usada para sustentar as apologias de Deus e do além. O fato de que o homem deve morrer é antecipado como prova de que nunca controlará sozinho a realidade. Para Fuchs. todas as teorias que negam a qualidade da morte sio relíquias do passado primitivo. Só considera como científicas as que correspondem a sua idéia de uma estrutura social moderna. Sua imagem da morte contemporânea repousa sobre um estudo da linguagem usada nos avisos fúnebres alemães. Acha que o que é chamado *repressão da* morte resulta da ausência de uma aceitação real da crença, cada vez mais geral, de que a morte é uni fim definitivo e indiscutível.

no momento em que a megamorte entra em cena. Não é somente a imagem da morte *não necessária* que é nova, mas igualmente a imagem do fim do mundo²⁹⁷. A morte, o fim de *meu* mundo, e o apocalipse, o fim *do* mundo, são estreitamente aparentados. A atitude em face de uma e outro foi profundamente afetada pela situação atômica. O apocalipse deixou de ser simplesmente uma conjectura mítica para se tornar contingência real. Em lugar de ser o resultado da vontade divina, da culpa do homem ou das leis da natureza, Armagedon se tornou conseqüência virtual de uma decisão direta do homem. Estranha analogia existe entre a bomba atômica e a bomba de cobalto: uma e outra são consideradas necessárias ao bem da humanidade, uma e outra investem o homem do poder de decretar o fim. Os rituais sociais medicalizados constituem um aspecto do controle social legitimado por uma guerra sem saída contra a morte.

Para Malinowski²⁹⁸, a morte nas populações primitivas ameaça a coesão de qualquer grupo e por isso põe em perigo sua sobrevivência. Ela desencadeia uma explosão de medo e de expressões irracionais de defesa. E apenas fazendo do acontecimento natural um ritual social que a solidariedade do grupo pode ser preservada. A morte de um membro do grupo se torna assim ocasião de uma celebração excepcional.

A preponderância da indústria rompeu e muitas vezes faz desaparecer os laços de solidariedade tradicionais. Os rituais impessoais da medicina industrializada criam uma unidade fictícia do gênero humano. Religam os indivíduos a esquema idêntico de uma morte *desejável*, propondo o trespasse em meio hospitalar como objetivo do desenvolvimento econômico. O mito do progresso de todos os povos em direção ao mesmo tipo de morte atenua o sentimento de culpa dos *possuidores*, ao transformar a *má morte*, que é o lote dos *não-possuidores*, em resultado de um subdesenvolvimento a que convém remediar por expansão acrescida das instituições médicas.

Bem entendido, a morte medicalizada²⁹⁹ tem função diferente nas sociedades altamente industrializadas e nas nações principalmente

297 A visão irracional de uma sociedade diante da morte reflete-se na sua incapacidade de encarar o apocalipse: Klaus Koch, *Ratios vor der Apokalyptik*. Gütersloh. Gütersloher Verlaghaus Gerd Mohn. 1970.

298 Bronislaw Malinowski. "Death and the reintegration of the group". em *Magic. science and religion*. Nova York. Doubleday, 1949. p. 47-53.

299 Eric J. Cassel. "Dying in a technical society", em *Hastings Center Studies*. vol. 2. n.º 2. maior de 1974. p. 31-3b: "II y a eu un glissement de la mort du sein de I ordre moral à celui de l'ordre technique... Je ne pense pas que les hommes étaient toncièrement plus moraux dans le passé lorsque l'ordre moral prévalait contre l'ordre technique."

agrícolas. Em uma sociedade industrial, a intervenção médica na vida cotidiana não modifica a imagem dominante da saúde e da morte, mas antes a reforça. Ela expande entre as massas a imagem que a elite medicalizada faz para si mesma da morte e a fixa para as gerações futuras. Mas logo que a *prevenção da morte* é realizada em um contexto cultural diverso daquele onde os consumidores se preparam religiosamente no leito do hospital, o desenvolvimento da medicina hospitalar constitui inevitavelmente forma de intervenção imperialista. A imagem sócio-política da morte é imposta, a visão tradicional da saúde e da morte é arrancada dos homens. A imagem que têm de si mesmos e que dá coesão à sua cultura se dissolve e os indivíduos, atomizados, podem ser incorporados em uma massa internacional de consumidores de cuidados médicos altamente *socializados*. A esperança da morte medicalizada prende os ricos aos prêmios de seguro ilimitados e atrai os pobres a uma armadilha dourada. As contradições do individualismo burguês são corroboradas pela incapacidade das pessoas de morrer numa atitude realista em face de sua morte³⁰⁰. Um funcionário da alfândega, na fronteira entre o Alto Volta e o Mali, explicou-me essa importância da morte em relação à saúde. Eu queria saber como populações da região do Níger se podiam compreender entre si quando difere a língua de uma cidade para outra. Para ele, a língua não era o problema: "Eles cortam o prepúcio dos filhos como nós, morrem como nós, a gente se compreende muito bem."

Vi muitas vezes o que se passa nas cidades mexicanas logo que se introduz a assistência sanitária. Durante uma geração, a população guarda suas crenças tradicionais; sabe como morrer e como enfrentar a infelicidade. Mas a enfermeira e o doutor, confiantes em sua sabedoria, começaram a ensinar-lhes o que são as más mortes clínicas, e que convém bani-las, e por que preço. Em vez de melhorar e modernizar os fundamentos dos conhecimentos medicinais da população, eles infundem o ideal da morte hospitalar. Os serviços que prestam comprometem os camponeses em uma busca sem fim da boa morte conforme descrição internacional, busca que fará deles consumidores para sempre.

Como todos os grandes rituais da sociedade industrial, a prática da medicina toma forma de jogo. A principal função do médico se torna a de árbitro. Ele é agente ou representante do corpo social, investido do

300 Edgar Morin, *L'Homme et la Mort*, Paris. Seuil, 1970: desenvolve essa argumentação.

dever de velar para que cada um respeite as regras do jogo³⁰¹. Estas, bem entendido, a impedem que se abandone a partida e que se morra de forma não especificada pelo árbitro. A morte, doravante, não sobrevém mais senão como a profecia auto-realizadora do homem da arte³⁰².

Com a medicalização da morte, o cuidado médico alcançou o nível de religião mundial monolítica³⁰³ cujos dogmas são o objeto de ensino obrigatório em estabelecimentos específicos e cujas regras éticas são aplicadas na reestruturação burocrática do meio ambiente: a sexualidade se torna uma matéria de programa e partilhar seu bocado de pão é recusado em nome da higiene. A luta contra a morte, que domina o estilo de vida dos ricos, traduz-se através das agências de desenvolvimento em um conjunto de regras que todos os pobres do mundo serão constrangidos a obedecer.

A comercialização da imagem da morte que acabei de descrever só podia provir de cultura peculiar a sociedades altamente industrializadas³⁰⁴. Em sua forma extrema, a *morte natural* é agora o

301 A humanidade industrializada precisa da terapia desde o berço até o leito de morte. Novo gênero de terapeuta dos últimos instantes é mencionado por Elisabeth Kubler-Ross, *On Death and dying*, Nova York, Macmillan, 1969. O autor acha que o agonizante passa por sete estágios típicos e que um tratamento apropriado poderia amenizar esse processo com vistas a urp *morituri* bem organizado. — Paul Ramsey, "The indignity of *death with dignity*", em *Hastings Center Studies*, vol. 2, n.º 2, maio de 1974, p. 47-62. Os moralistas do início dos anos setenta concordam cada vez mais em achar que a morte, de novo, deve ser aceita e que tudo que se pode fazer pelo agonizante é acompanhá-lo durante seus últimos momentos. Mas por trás deste consenso há uma interpretação da vida humana cada vez mais terrestre, naturalista e anti-humana. — Robert S. Morison, "The last poem: the dignity of the inevitable and necessary. Commentary on Paul Ramsey", em *Hastings Center Studies*, vol. 2, n.º 2, maio de 1974, p. 62-66. Morison critica a idéia de Ramsey de quem quer que não seja capaz de falar como moralista cristão deveria, porém, fazê-lo em nome de um "hipotético denominador comum".

302 David Lester. "Voodoo death: some new thoughts on an old phenomenon", em *American Anthropologists*. 74, 1972, p. 386-390.

303 Pierre Delon. "Who believes in the hereafter", em André Godin (sob sua direção), *Death and presence*, Bruxelas. Lumen Vitae Press. 1972. p 17-38: mostra que na França os oradores religiosos contemporâneos distinguem efetivamente a crença em Deus e a crença no além. — Paul Danhlon e André Godin. "How do the people speak of death?", em André Godin (sob sua direção). *ibid.* p. 39-62. Danblon estudou entrevistas de 60 pessoas ilidades públicas de língua francesa. As analogias interdenominativas tomadas de suas expressões suas opiniões e suas atitudes são muito mais fortes que as diferenças resultantes da disparidade de suas crenças e práticas religiosas. — Joseph F. Fletcher. "Antidivsthanasia: the problem of prolonging death", em *The Journal of Pastoral Cure*, vol. XVIII, 1964, p. 77-84: argumenta contra o prolongamento irresponsável da vida sob o ponto-de-vista de um capelão de hospital: "Quanto a mim, concordo com Pio XII e com pelo menos dois arcebispos de Canterbury, Land e Fischer, quando, ao se ocuparem desse problema, acham que o saber técnico do médico, suas *intuições profissionais* e a experiência deveriam fundamentar a decisão quanto à existência de uma *esperança razoável*. Essa determinação supera a competência do leigo... Mas, ao ter determinado que a condição é desesperadora, não posso concordar que seja prudente nem justo para com o corpo médico infligir-lhe o fardo de decidir sozinho, deixar desaparecer ou não o paciente." A tese é atual. Mostra que mesmo as igrejas apóiam o julgamento profissional. Essa convergência no plano material, entre a prática médica e a prática cristã, está em absoluta oposição com a atitude da teologia cristã diante da morte. — Ladislaus Boros, *Mysterium mortis. Der Mensch in der letzten Entscheidung*. Fribourg-en-Brigau, Walter Verlag. 1962. — Karl Rahner. *Zur Theologie des Todes*, Herder, Fribourg, 1963.

304 Daniel Maguire. *The freedom to die*, Trabalhando de modo criativo, encontrando modalidades em que ainda não se pensou, a casta dos que estão à morte e dos grandes doentes poderia se tornar força salvadora na sociedade. em *Commonweal*, 11 de agosto de 1972, p. 423-428. — Jonas B. Robitscher,

limiar além do qual o organismo humano recusa todo tratamento adicional. As pessoas morrem quando o eletroencefalograma registra o testemunho da inatividade definitiva de suas células cerebrais. Elas não dão o último suspiro, não morrem porque o coração parou de bater. A morte aprovada pela sociedade é a que sobrevém quando o homem se tornou inútil não apenas como produtor mas também como consumidor. E o momento em que um consumidor, formado a grandes expensas, deve finalmente passar a pura perda. A morte se tornou a última forma de resistência do consumidor.³⁰⁵

Tradicionalmente, a pessoa melhor protegida contra a morte era aquela que a sociedade tinha condenado a perder a vida. A sociedade sentia como um atentado que essa pessoa se enforcasse em sua cela. Se ela se suprimisse antes do termo prescrito, a autoridade estava esbulhada. Hoje, o homem melhor protegido contra a possibilidade de fixar a hora da própria morte é o paciente atacado por moléstia grave. A sociedade, agindo por intermédio do sistema médico, decide quando e após quais indignidades e quais mutilações ele morrerá.³⁰⁶ A medicalização da sociedade pôs fim à era da morte natural. O homem ocidental perdeu o direito de presidir o ato de morrer. A saúde, ou o poder de enfrentar os acontecimentos, foi expropriada até o último suspiro. A morte técnica saiu vitoriosa sobre o trespasse. A morte mecânica conquistou e aniquilou todas as outras mortes.³⁰⁷

"The right to die. Do we have a right not to be treated?". em *The Hastings Center Report*. vol. 2, n.º 4, setembro de 1972, p. 11-44.

305 Orville Brim, Howard Freeman, Sol Levine, Norman Scotch, ed., *The dying patient*. Nova York. Russel Sage Foundation. 1960. Tratam inicialmente do leque de opções dentro da análise técnica e da tomada de decisão que os profissionais de saúde experimentam quando estão diante da tarefa de determinar as circunstâncias em que deve acontecer a morte de um indivíduo. Dão uma série de recomendações, quanto ao que poderia ser feito para tornar esse processo mecanizado "relativamente menos ingrato e menos desagradável para o paciente, sua família e, antes de tudo, para o pessoal que o preside". Nessa antologia, o macabro volta à obscenidade criada profissionalmente. — Ver também David Sudnow. "Dying in a public hospital", em Orville Brim e colaboradores, *ibid.*, p. 191-208.

306 David Sudnow, *ibid.*, relata em seu estudo sobre a organização social: "...viu-se uma enfermeira tentar, durante dois ou três minutos, fechar os olhos de uma paciente. Explicou que esta estava morrendo. Procurava conseguir que as pálpebras ficassem fechadas. Só atingiu o objetivo após várias tentativas infrutíferas. dizendo, com um suspiro de satisfação: — "Eles estão bem agora". Quando foi interrogada sobre o que acabara de fazer. explicou que os olhos de um paciente devem ser fechados depois de sua morte, para que o corpo pareça dormir. Ora, era muito difícil fechá-los, disse ela, uma vez que os músculos e a pele tinham começado a endurecer. Assim, tentava sempre fechar os olhos antes da morte. Isso simplificava as operações quando o pessoal encarregado dos mortos vinha preparar o corpo. Era um gesto de atenção para com esses empregados que tinham de manipular o menos possível os cadáveres", p. 192-193.

307 Brillat-Savarin. "Méditation XXVI. Dela mort", em *Physiologie du goat*. Brillat-Savarin estava à cabeceira de sua tia-avó, de 93 anos, quando ela morreu. "Ela conservou todas as suas faculdades e só se percebeu seu estado com a diminuição de seu apetite e o enfraquecimento da voz. Você está aí, meu sobrinho? Sim. minha tia. às suas ordens, e acho que a senhora faria bem em tomar um pouco de bom vinho velho. Me dá. meu amigo, o líquido desce sempre. Eu a fiz tomar meio copo de meu melhor vinho. Ela se reanimou instantaneamente e voltando para mim os olhos que tinham sido muito bonitos, muito obrigada. disse ela, por este último serviço: se você chegar à minha idade, verá que a morte se torna necessidade tanto quanto o sono. Foram suas últimas palavras e meia hora depois havia dormido para sempre.

CAPÍTULO IX

NEMESIS: MATERIALIZAÇÃO DO PESADELO

Desde sempre o homem é causa da maioria dos sofrimentos. Os anais dessa perseguição do homem pelo homem foram conservados e transmitidos. A história é apenas uma longa crônica da escravidão e da exploração, legada à posteridade pelos cantos épicos dos vencedores e pelas elegias das vítimas. No âmago da narrativa se encontra sempre a guerra e seu cortejo de atrocidades: a pilhagem, a fome e a peste. Ainda recentemente, os males infligidos pelo homem ao homem eram imputados às lutas entre as nações e entre as classes. Hoje, e estatísticas testemunham, as conseqüências das empresas *pacíficas* são tão destrutivas, no domínio físico, social e psicológico, quanto as guerras.

O homem é o único animal cuja evolução teve de depender da adaptação em mais de uma só frente. Quando não sucumbia diante dos predadores ou das forças da natureza, tinha necessidade de enfrentar ainda os usos e abusos dos membros de sua espécie. Nessa luta contra os elementos e contra seu semelhante, a personalidade e a cultura do homem se moldavam, enquanto desapareciam seus instintos.

Os animais reagem com a evolução às mudanças de seu meio natural. Só o homem pode responder conscientemente ao desafio. Sua reação aos seres e aos acontecimentos toma forma de ação racional, de resposta pronta e deliberada. O homem pode organizar suas relações com a natureza e com seus semelhantes, pode mesmo sobreviver se seu empreendimento fracassa parcialmente. O homem é um animal capaz de suportar pacientemente as provações e delas tirar lições. É o único ser que conhece os próprios limites e que os aceita. Se pode assumir sua salvaguarda é porque reage conscientemente à dor, à alteração da saúde e, finalmente, à morte. Revoltar-se e perseverar, sofrer com paciência e resignar-se, tudo isso é parte integrante da saúde do homem.

Mas, mesmo quando é necessário proteger-se nas duas frentes, contra a natureza e contra seu vizinho, existe uma terceira frente de onde sua própria humanidade o ameaça. O homem deve sobreviver a seu sonho malsão, ao qual, em todas as culturas anteriores à nossa, os mitos deram forma e limites. O homem só pôde se realizar em uma

sociedade cujos mitos limitavam os pesadelos. O mito sempre teve a função de dar segurança ao homem nessa terceira frente, contanto que ele não ultrapassasse os limites sagrados. O perigo de sucumbir a essa vertigem existia apenas para o pequeno número dos que tentavam burlar os deuses. O comum dos mortais morria de enfermidade ou de violência. Só o que transgredia a condição humana se tornava presa de Nêmesis por ter feito sombra aos deuses.

Prometeu não é o homem mas o herói. Movido por suprema ambição (*pleonexia*), ele se eleva acima das medidas humanas (*aitia* e *mesotes*) e, em sua presunção sem limites (*hybris*), furta o fogo celeste. Desde então Nêmesis agarra-o inelutavelmente. O rancor do Olimpo acorrenta Prometeu a um rochedo do Cáucaso e todos os dias um abutre lhe devora o fígado, que se refaz sem cessar sob a ação impiedosa de divindades reparadoras. Este castigo é dos que Zeus reservava aos semideuses, não aos homens. O sofrimento sem fim e sem esperança lembra para sempre que o herói não pode fugir à vingança cósmica.

A aparência de Nêmesis mudou, não sua natureza. A linguagem cibernética mascara a raiz onírica da retroalimentação destrutiva revelada pelo mito. Com a industrialização do desejo e a ritualização operacional das reações, a Hybris se tornou coletiva e a sociedade é a realização material do pesadelo. A Hybris industrial rompeu o quadro mítico que fixava limites à loucura dos sonhos. O engenheiro os materializou ao servir-se da ciência para justificá-los e da política para confirmar a adequação destrutiva entre fornecedor e cliente. O inevitável choque produzido pelo progresso industrial é Nêmesis para as massas, o monstro material nascido do sonho industrial. Anônima, inatingível na linguagem do computador, Nêmesis foi anexada à escolarização universal, à agricultura, aos transportes em geral, aos assalariados da indústria e à medicalização da saúde. Ela paira sobre os canais de televisão, as rodovias, os supermercados e os hospitais. Caíram as barreiras constituídas pelos mitos tradicionais. O processo jurídico não pode substituir os tabus em uma sociedade que proclama o direito de todos ao mesmo pesadelo. Se a espécie quer sobreviver ao eclipse do mito necessita precisamente aprender a dominar politicamente seus sonhos de avidez, inveja, preguiça. Será preciso substituir as antigas barreiras do mito por uma limitação política do crescimento industrial. Caberá de novo ao político fixar os limites da forma de produção industrial fundamentando-se no exame e na determinação das condições materiais necessárias para garantir a

igualdade e a eficácia.

Nêmesis se tornou estrutural e endêmica. O efeito indireto das empresas votadas a proteger o homem contra um meio ambiente hostil e contra a injustiça praticada às suas expensas pela elite foi reduzir a autonomia e aumentar a miséria da humanidade. A principal fonte do sofrimento, da doença e da morte é presentemente o assédio técnico, deliberado ou não. As principais doenças, a desordem, a injustiça derivam de estratégias executadas para melhorar a instrução, a habitação, a alimentação ou a saúde.

Quando certo limiar de expansão das instituições é atingido, o *homo economicus*, movido pela isca das vantagens marginais, se transforma em *homo religiosus*, sacrificando-se no altar da ideologia industrial. Os efeitos técnicos e também os efeitos sociais dos grandes ramos da indústria se obscurecem em relação à sua função simbólica. É o que acontece quando se chega a pedir aos membros da sociedade que gastem sempre mais para adquirir o que é definido industrialmente como necessário, a despeito do fato de que toda aquisição traz um acréscimo de sofrimentos. A aspiração de ter asfixia a esperança. A esperança se reduz a expectativas normalizadas. A gestão industrial dos desejos castra a fantasia. O necessário se torna irracional. O pesadelo monopoliza o sonho. Os sofrimentos que o homem se inflige ultrapassam todos os danos que a natureza lhe causa e todas as violências de seu vizinho. A Hybris industrializada inspira um comportamento de massa autodestruidor. Nêmesis clássica era o castigo a um abuso temerário dos privilégios. Nêmesis industrializada é o salário de uma política de participação obrigatória na busca de sonhos padronizados. O mito não os ilumina mais, o tabu não os enquadra mais e a ética não os refreia mais.

A guerra e a fome, a peste e as catástrofes naturais, a tortura e a loucura continuam a acompanhar o homem, mas Nêmesis, que o domina, lhe impõe uma nova *Gestalt*. Quanto maior é o progresso econômico de uma comunidade, mais importante o papel da Nêmesis industrial para gerar o mal. Quanto mais intensa é a dependência com relação às realizações técnicas, mais elevada a taxa de perdas, de bloqueio e de paralisia, e mais então se impõem, para combatê-los, recursos a técnicas ainda mais novas. Desse modo, os esforços indispensáveis ao recolhimento dos detritos, à redução das perdas e ao tratamento sanitário das populações se tornam parasitários. O estudo racional de Nêmesis deveria constituir o setor-chave da

pesquisa para todos aqueles cujo ofício é cuidar, curar, consolar.

Tendo sido convidado a participar do festim dos deuses, Tântalo, rei da Lídia, lhes furta da mesa a ambrosia, bebida que o torna imortal. Como castigo eles lhe concedem a imortalidade mas nos infernos, onde ele é permanentemente presa da fome e da sede. As águas do rio somem no momento em que ele se curva sobre elas, o ramo da árvore eleva fora de seu alcance o fruto que ele quer colher. Os etólogos e os ciberneticistas diriam que a Nêmesis da medicina lhe programou um comportamento autodesregulado e que o seu meio comporta-se de modo contra-intuitivo.

A sede de ambrosia é hoje experimentada pelo comum dos mortais. A euforia científica e a euforia política concorrem para propagar essa *toxicomania*. Os sacerdotes de Tântalo que se fizeram zeladores prometem ao homem melhoria médica ilimitada de sua saúde. Mas, embora se pretendam discípulos de Esculápio, o curador, os membros desse corpo são apenas provedores de ambrosia. A produção profissional desta sede insaciável da mágica bebida é a Nêmesis da medicina.

A Nêmesis da medicina é mais que a soma de todas as faltas profissionais, negligências, cinismo de casta, injusta repartição dos cuidados decretada pelos médicos, invalidez por diktat médico. É mais que a degradação malsã das estruturas sociais pela supermedicalização tentacular. E mais ainda que o encorajamento médico da impotência do homem diante da dor, da doença e da morte. A Nêmesis da medicina é autodesregulação institucional do homem diante do pesadelo. E a expropriação do querer viver do homem por um serviço de conservação que se encarrega de mantê-lo em estado de marcha para benefício do sistema industrial.

Nêmesis da indústria, sob suas diversas formas, ganhou atualmente tal preeminência que se chega a acreditar que esteve sempre ligada à condição humana. Essa vulgarização de Nêmesis cria a incapacidade de reconhecer sua origem na contraproduzitividade paradoxal da empresa industrial. Essa trivialização do absurdo impede de procurar o remédio em uma redução radical da produção heteronômica e sua limitação a um nível suficientemente baixo para permitir sua sinergia positiva com a ação autônoma.

Diante da iminência do desastre, é ainda na reorganização da produção heteronômica que se vai procurar a resposta pronta para a escalada do contra-senso que ela produz. A síndrome é reconhecida,

mas sua etiologia continua a ser atribuída a uma falha provisória da tecnologia agravada por uma gestão egoísta de Wall Street ou do Partido. Não se vê que Nêmesis é a encarnação social da cupidez, da inveja e da preguiça. Não se compreende que ela é uma ilusão delirante mantida pela textura ritual e não-técnica de nossas grandes estruturas industriais. Da mesma forma que os contemporâneos de Galileu se recusavam a observar pelo telescópio os satélites de Júpiter com medo que isso alterasse sua visão geocêntrica do mundo, nossos contemporâneos se recusam a reconhecer a origem onírica de Nêmesis porque se sentem incapazes de centrar suas estruturas sócio-políticas em torno da forma autônoma de produção e não em torno da forma industrial.

A humanidade sempre reconheceu o poder da dimensão simbólica, a ameaça do pesadelo. Essa ameaça limitava os poderes do rei e do feiticeiro, e também os do artesão e do técnico. Segunda Malinowski, nenhuma sociedade, a não ser a nossa, jamais consentiu em que os instrumentos que possuía fossem utilizados ao máximo de sua eficácia. Até o presente, uma das bases fundamentais da ética tem sido o reconhecimento da dimensão sagrada. Depois de tê-las relegado ao esquecimento durante várias gerações, eis-nos atemorizados pelos múltiplos limites da natureza. A ecologia aspira à hegemonia entre as ciências. Considero que seria erro grave, no atual período da crise, determinar à ação humana limites ditados por uma ideologia ecológica que seria apenas versão pseudo científica da antiga sacralização da natureza. Somente um acordo geral sobre os processos suscetíveis de garantir igualmente a autonomia do homem pós-industrial poderá permitir a determinação dos limites com os quais se deve ocupar a atividade humana.

Em um mundo em que as normas são produzidas pelo engenheiro ou o pedagogo, a ação humana se desnaturaliza e perde suas coordenadas tradicionais³⁰⁸. Até o presente, todos os sistemas éticos repousavam no pressuposto de que a ação humana não é exterior à condição humana. Considerando que todos, tácita ou explicitamente, implicavam que essa condição humana era mais ou menos dada uma vez para todos, o campo de ação do homem era estreitamente circunscrito. A natureza era considerada como relativamente invulnerável, toda transgressão de suas fronteiras experimentava um castigo, quer o intruso se chamasse Ícaro, Edipo, Prometeu ou Xerxes.

308 Hans Jonas, "Technologie et responsabilité; pour une nouvelle éthique", em *Esprit*, setembro de 1974, p. 163-184.

A distinção era clara entre os instrumentos que os deuses tinham concedido à humanidade, e que funcionavam dentro de um nexo cósmico harmonioso, e os outros tipos de máquinas, como as asas de Ícaro, inventadas para provocar o fracasso deste nexo de forças. *Technos*, a arte que tinha produzido os instrumentos, era um tributo à necessidade e não uma vara mágica permitindo a busca frenética dos sonhos. Enfrentava-se os deuses, atribuía-se-lhes um desígnio, percebia-se deste modo a intencionalidade da ação divina como definida e iluminada pelo que estava inscrito numa ordem superior.

Na era industrial, não é somente o objeto da ação humana que é novo, mas sua própria natureza. Não enfrentamos mais deuses que agem porém o funcionamento das forças cegas da natureza. Em vez de levar em conta os limites dinâmicos de um universo agora conhecido, agimos como se estes não se traduzissem em limiares críticos para a ação humana. Tradicionalmente, o imperativo categórico podia definir e validar a ação como sendo verdadeiramente humana; ao fixar diretamente limites à ação de cada um, ele exigia portanto o respeito a uma igualdade liberada para os outros.

Indiretamente, esse imperativo reconhecia os limites da ação fixados pela condição humana. A perda de uma *condição humana* normativa introduz uma novidade não apenas no ato humano, mas, igualmente, na atitude do homem em face do quadro em que aquele se opera. Para permanecer humano ainda que o caráter sagrado de seu quadro tenha desaparecido, é necessário a esta ação fundamento ético reconhecido dentro de novo tipo de imperativo. Este último só pode voltar-se a uma única formulação: "Age de tal maneira que tua ação seja compatível com a permanência da vida autenticamente humana." Não se poderá jamais formular tal imperativo por tanto tempo quanto o conceito de "vida autenticamente humana" continue a ser considerado como extremamente elástico e indefinidamente redefinível por um *expert*.

É possível — se interroga Jonas —, sem restaurar a categoria do sagrado, chegar a uma ética que, sozinha, ponha o homem em estado de aceitar a rigorosa disciplina desse novo imperativo? Sem dúvida, às vezes o medo ajuda a preservar a austeridade, contanto que as conseqüências nefastas de uma ação sejam suficientemente evidentes e iminentes. Somente o temor do sagrado se demonstrou eficaz para fazer funcionar contratos que obrigam ricos e pobres mesmo quando o interesse material e a necessidade lógica não estão evidentes. Os

tabus se atenuaram. O ritual da escola, do transporte ou da medicina cria nos seus fiéis que se engajam na produção contraprodutiva o mito da irracionalidade dos tabus. A invocação do sagrado está fora de questão na crise que vivemos atualmente. O recurso à fé decerto forneceria uma escapatória aos crentes, mas não poderia fundar um imperativo moral já que a fé ou se tem ou não se tem. O crente não pode desaprovar o não crente por não tê-la. Não é necessário, não é provavelmente viável e não é certamente produtivo fundar a limitação das sociedades industriais sobre um sistema partilhado de dogmas ecológicos para cuja observância, no interesse geral, seria necessário um poder policial.

A tomada de consciência de Nêmesis adiciona à tentação de furioso ataque técnico contra a iatrogênese clínica e à da gestão totalitária da iatrogênese social uma terceira tentação: a inquisição ideológica exercendo-se sobre a materialização dos maus sonhos individuais. Essa inquisição em nossos dias toma facilmente a forma de uma tolerância repressiva. São estas as três tentativas para abafar a consciência da origem onírica da aventura industrial.

Um único passo pode despertar o homem para a consciência da origem onírica das instituições produtoras de lassidão, vaidade, violência, inveja, e ao mesmo tempo engajá-lo na dominação das fontes da miragem industrial: é a luta política pelo direito à intensidade do ato produtivo pessoal.

O empreendimento que quebrará a programação autodesregulada de nosso sistema de produção se fundará necessariamente no respeito das surpreendentes fontes da ação pessoal.

A contraprodutividade global da medicina é fenômeno evidente. A luta política nesse campo, para a liberdade de informação. para a liberdade do exercício dos cuidados de cada um e para a livre disposição de seu corpo, poderá desempenhar o papel de faísca, desencadeando um processo geral de liberação em outros domínios onde a expansão do sistema heteronômico alcançou igualmente níveis mórbidos.