

O “DELÍRIO DA FOME” EM FAMÍLIA DE BAIXA RENDA



Helenilda Cavalcanti
Pesquisadora do Depto. de Economia
do INPSO da Fundação Joaquim Nabuco

Este artigo tem a preocupação de apresentar, a partir de experiências concretas de famílias de baixa renda da cidade do Recife, um quadro dos problemas dessa população com respeito ao processo de adoecer.

O estar doente ou o ser doente toma uma configuração específica quando está basicamente determinado pelo grande “delírio da fome” e pelos incontornáveis obstáculos criados por um mundo amplo de exploração social. A desestabilidade da saúde revela os prejuízos reais sofridos por uma multidão de pobres ao enfrentar a luta pela sobrevivência, diante de uma sociedade alienadora onde o acesso aos serviços básicos — postos de saúde, habitação, saneamento — encontra-se vinculado às relações de interesses econômicos e políticos.

O artigo enfatiza a doença não como um processo natural de luta do organismo na sua regulação homeostática entre equilíbrio e desequilíbrio, mas apresenta o processo de adoecer como uma diminuição das possibilidades de vida impostas pelo sistema social. A “doença dos nervos”, as doenças endêmicas pela incidência nesse grupo social, têm profundas implicações não apenas nos indivíduos diretamente afetados, mas em todo o sistema social e político que dão validade à classificação,¹ ao tipo de tratamento e à distribuição dos benefícios médicos.

Parece evidente, pois, a questão do poder e da opressão social, na base do surgimento das doenças dos pobres, como também, da instância que maneja os benefícios.

Não há o propósito, neste texto, de trazer uma discussão da existência ou não das doenças físicas e mentais dentro dos critérios médicos científicos pautados por conceitos rigorosos. Interessa observar que há necessidade de se ampliar a compreensão das categorias do estar doente, e do ser doente, em cujos contextos encontram-se implícitas as interferências de forças econômicas, sociais, morais e políticas.

Os depoimentos apresentados falam dos dramas e sofrimentos vividos pela população pobre com respeito ao processo de adoecer, misturados a um sem-número de significados sociais, que traduzem insegurança e frustração dessa população.

A condição de ser doente é percebida como algo que é produzido de dentro do corpo para fora, sua explicação quase nunca se refere ao ambiente físico e social em que o indivíduo se encontra. O corpo é o instrumento da medida da realidade. Assim, é o corpo que é fraco e deficiente para atender a necessidade de produzir, e não as condições de trabalho que limitam o corpo de produzir. Daí vive-se um “delfrio”, o “delírio da fome”, que é interpretado como a alienação do ser diante das condições de pobreza. A diversidade dos temas do “delfrio da fome” e as modalidades próprias de sua elaboração permitem, por exemplo, a manipulação da própria doença e da situação pelo doente, quando se sente inseguro ou frustrado, ao buscar uma forma de adaptação à sobrevivência.

Os casos aqui referidos fazem parte de um conjunto de unidades familiares integradas no PINS² que compõem uma população extremamente carente, cuja renda familiar mensal não ultrapassava os 66 a 86 dólares, no período do levantamento dos dados.³ A renda *per capita* anual dessas famílias, entre 123 e 153 dólares, indica uma linha de pobreza abaixo de meio salário mínimo, caracterizando, portanto, seus componentes dentro de uma situação de extrema pobreza.

O processo de adoecer é um estado natural em que o organismo busca equilíbrio diante de condições adversas. Desequilíbrio-equilíbrio são funções do ser e da vida.⁴ Entretanto, a duração das condições de desequilíbrio pode resultar em um desgaste de energia, levando ao enfraquecimento e, por conseguinte, à morte prematura.

Não é de se admirar a expressão como a que foi registrada neste depoimento: “Feliz daquele que tem merecimento de ficar velha. Eu mesma estou com 40 anos não sei se vou ficar. Muitos morrem cedo porque foram tirados da vida. Outros zombam da vida: vivem da bebida; outros porque não podem viver...”.⁵

Há motivos para temer que não durarão ou que a existência não será alongada, que deverá ser passada com sofrimento, fome⁶ e doenças, principalmente quando se tem a experiência de que o nível e a qualidade da alimentação, da habitação e da estabilidade das condições de trabalho estão em declínio.⁷ “A gente não pode ter luxo de ficar doente (. . .)”.⁸

A expressão acima revela o nível de conflito entre os gêneros de gastos dentro da família: “ou se come ou se faz outra coisa”.⁹

Para assumir o estar doente ou o ser doente, em geral são reduzidas as chances de toda a família de se manter com o seu padrão mínimo habitual. O impacto negativo dos gastos desviados para o tratamento, principalmente o medicamentoso, constitui um fator não só de agravamento da miséria como também, um fator mórbido pernicioso para o doente. As implicações e os riscos do medicamento sem acompanhamento médico são reforçados pelo hábito do consumo de remédios nas famílias pobres, que ingerem os produtos farmacêuticos sem qualquer prescrição médica.

O custo de um tratamento mais prolongado é sem dúvida desestabilizante para o orçamento da família, além de revelar a própria incapacidade do indivíduo de recuperar a saúde, em vista das seqüelas que se formaram pelo acúmulo dos males, pela carência nutricional não suprimidas no dia-a-dia. As defesas para

se safar da incidência das doenças que se propagam de forma endêmica são poucas, o que constitui um verdadeiro flagelo para os indivíduos, pelo círculo vicioso formado em torno de si.

Os gastos com medicamentos, na ocasião do período crítico da doença, passam a competir com as despesas com alimentos e criam a ilusão de que se está utilizando recursos de uma eficácia médica assegurada pelos medicamentos e pelos exames que são pedidos, por ser um elemento de efeito imediato no organismo. O efeito mágico dos medicamentos, devido à falta de controle de informação que os indivíduos dispõem sobre os mesmos, estabelece uma relação de dependência abusiva do indivíduo com essas drogas,¹⁰ com agravamento das condições de saúde.

Na pesquisa sobre o Programa Integrado de Alimentação e Saúde-PINS, foi observada uma incidência muito alta das famílias dos estudos de caso ingerirem fortificantes e tranqüilizantes. Produtos que atuam sobre o sistema nervoso central, cujas embalagens compreendem informações descritivas redigidas na linguagem dos médicos e que não interessam aos seus usuários, no caso, pessoas simples semi-analfabetas. São entendidas como "pílulas para nervos", "pílulas para dormir". Nelas se depositam a confiança da remoção do *stress* das curtas horas de sono, do trabalho explorado, do alimento insuficiente, da impossibilidade de ter controle da vida.

Boltanski,¹¹ ao se referir a uma incidência nas classes populares de uma cultura somática, explica que o corpo, por ser um instrumento de atividade física, do qual os indivíduos retiram sua sobrevivência, é percebido e interpretado dentro de sua ordem cultural que orienta a atenção às sensações da doença; à classificação dos alimentos em "fortes", "fracos"; a valorizar o uso dos "fortificantes" e "vitaminas"; a caracterizar as sensações das doenças como "fraqueza", "cansaço", "velhice", "falta de energia", "sangue fraco" e, até, a expressar o comportamento pelo "sangue frio", "sangue quente".

O acompanhamento de uma família de 8 pessoas, realizado no início do segundo semestre de 1978 até fins de 1980, exemplifica o uso abusivo de psicotrópicos e tranqüilizantes, cujo efeito malsão se apresenta claro, depois de um certo tempo de ingestão. Durante o primeiro ano do acompanhamento dos estudos de caso, observou-se que o chefe da família queixava-se constantemente de "aperreios no juízo" e "dores de cabeça". Para ele esses sintomas estavam sempre associados ao seu trabalho irregular de biscateiro — vendia raspas-raspa e cocadas, confeccionados por ele próprio, para sustento da família. A sua mulher também se queixava de uma "quentura na cabeça". E ambos faziam uso das "pílulas para nervos".

No segundo ano de acompanhamento do caso, as complicações financeiras aumentaram. Paralelamente a essas complicações financeiras a inquietação desse chefe de família ficou mais acentuada. Este, ansiosamente, procurava tomar medidas "econômicas" das despesas da casa: desligava a geladeira para não gastar energia; brigava com a família para ninguém ligar a "condenada da televisão" e só falava nas contas que estavam para chegar e no dinheiro que era pouco (guardava numa caixa os "níqueis" que eram contados diariamente). No final

de 1979, teve que parar de trabalhar. As dores de cabeça aumentaram; seu “nervosismo” tornou-se insuportável. Sua companheira relata como estava sendo realizado o tratamento médico do seu marido: “Ele procurou a farmácia e está tomando remédio do Complexo B para ‘fraqueza’ e Dienpax para os nervos”.

Ao ser indagada se tinha sido o médico que havia medicado o companheiro, ela respondeu que a família nunca ia ao médico. Quando tinham problemas de saúde, procuravam o dono da farmácia. Em seguida, trouxe uma caixa grande cheia de remédios que ela e o seu companheiro estavam tomando já há algum tempo: Diasepan 5 mg; Iskemil; Indurer; Gardenal; complexo B e muitos outros que não foi possível anotar no momento. Medicamentos que por seu efeito direto no sistema nervoso e pelo efeito também opiáceo que produzem, causam manifestações perigosas a todo organismo. A ingestão inadequada dessas drogas pode levar o organismo a ficar submetido à “regulagem heteronômica”, de modo que o indivíduo transforma-se em um doente crônico¹² sem controle de sua saúde e de sua vida.

No final do segundo semestre de 80 as vivências de “desintegração”¹³ aumentaram. O paciente é, então, hospitalizado. Após a hospitalização o protagonista da entrevista é novamente entrevistado: “a minha cabeça faz um zumbido o tempo todo; esqueço de tudo. Se vou vender raspa-raspa, não me lembro dos lugares onde ando. Acho que estou ‘inutilizado’”.

A explicação do porquê está doente tem como resposta: “a minha doença é eu e a família — porque me aperreiam, tenho que pagar contas — e gasto com isso, com aquilo . . .”

Os comentários da mulher e os filhos desse chefe de família mostram a dissociação do paciente com o outro, e com o código comum para participar da realidade. Essa situação é acentuada pela leitura que a família faz do caos do comportamento do *paciente* e que é transmitida pelas reações de graças e rejeição ao paciente: “Ninguém leva ele mais em conta; ele vai ao banheiro e não se limpa direito; ele não quer tomar banho nem se trocar, fica bulindo em tudo como uma criança. Também não pode mais trabalhar. A vida ficou mais difícil. O meu filho mais velho tomou conta do negócio (14 anos). Quando ele trabalhava tinha sempre uma panela de carne no fogo: era galinha, carne de boi, fígado-de-alemão, miúdo de boi, mocotó. . .”

Tal reação nos leva a perceber o caminho que conduz à identidade pessoal¹⁴ do indivíduo adulto a se encontrar ameaçada. De modo geral, é depositada a expectativa como elemento central da máxima eficiência social no homem adulto. “Este homem adulto modelar enfeixa três capacidades, duas mais ‘naturais’ que cresceram junto com a sua ‘juventude’ e que se diluirão junto com a sua ‘velhice’: a força e a inteligência. Uma outra não ‘natural’: ‘moral’ — e que se designa por aquela categoria da obrigação (juízo, senso, vontade, disposição, coragem)”.¹⁵ O indivíduo, ao estar subordinado à casualidade interior, ao descontrole do seu ‘juízo’ e ‘vontade’, enfraquecendo sua “força” e “inteligência” fica sem condições de “impor-se como unidade ao mundo exterior”. Já não consegue lutar, trabalhar, ter obrigações. Sem essas condições esperadas a um homem adulto chefe de família, a unidade ameaçada ao se submeter às regras do universo social e familiar — é reduzida a um nada social. É um ser “inutilizado” como bem tratou o próprio protagonista do caso analisado.

Segundo Constance Clark, muitas mulheres que entrevistou definiam o seu companheiro como "bom" porque traz a feira para casa. Quando o homem não consegue mais cumprir esta expectativa valorativa, tende a fugir da família. "Outros, quando voltam para casa sem a feira, batem loucamente nos filhos, por não agüentarem a frustração, o sentimento de inferioridade e de culpa . . ." ¹⁶

A noção família parece compreender uma relação de pano de fundo para intensificar o quadro da "doença dos nervos": ¹⁷ "a minha doença é eu e a família". O objeto família está dentro de um significado mais amplo. A sua representação psíquica, formada na vivência de um contingente social dos membros de uma classe social violentamente explorada, reproduz por deslocamento e extensão os efeitos dessa exploração. Desse modo, os indivíduos ficam sem condições para os cuidados com a saúde e zelo dos seus entes queridos, sem falar de situações objetivas que acompanham as dificuldades para os cuidados com a saúde: como a falta de condições financeiras para pagamentos de taxas, de transporte; impossibilidade de se ausentar do trabalho ou dos afazeres domésticos para a freqüência exigida pelo tratamento. Acrescentam-se, ainda, as condições de funcionamento dos serviços a que geralmente são submetidos: filas longas de espera, empecilhos de ordem burocrática, não só do ponto de vista administrativo mas, sobretudo, da mentalidade burocrática, que torna a comunicação médico-paciente estreita, sem condições de apreender a realidade complexa da vida do paciente. Todos esses elementos são obstáculos reais que impedem uma orientação adequada ¹⁸ para um paciente submetido à pobreza.

Talvez fosse bom entender o que está aqui caracterizado como crises nervosas, "doença dos nervos" e a sua relação com o universo social.

No curso da vida encontram-se muitas crises que indicam a chegada de etapas configuradas no processo natural previsto do existir: o parto (Otto Rank), o desmame com um ano; a entrada, na escola, seguida da crise edípica (Freud), aos cinco anos; a puberdade, aos 12 anos; o casamento, a crise da metade da vida, aos quarenta anos; a jubilação, aos sessenta; a decrepitude e a morte. ¹⁹

Além dessas transições o indivíduo lida com muitas outras situações motivadas por perdas ou mudanças traumáticas ligadas a sua problemática existencial — aquilo que tem relação e se incorpora a sua existência: pessoas, valores, lugares, objetos e que passam a ter importância ao apelo, ao desejo de viver, de sobreviver.

São, portanto, situações que trazem sofrimento em suas variadas formas dentro do conteúdo existencial.

Há, contudo, formas traumáticas de sofrimento que não são aquelas originadas das crises evolutivas e das transições naturais da vida do indivíduo, ou as que vêm dele próprio e sobre ele mesmo recai, ou mesmo de uma moléstia que o atingiu. Falamos daquelas formas que vêm da ação imposta por outros homens; onde há a supressão das condições básicas da dignidade de sobrevivência que desperta no indivíduo o sentimento de "não ter o que fazer", de falta de controle e de "desmantelamento" da vida.

A agudeza dessas formas está expressa através do enfraquecimento da resistência psicológica, que não se reduz às construções abstratas dos discursos sobre mudança, aflição e medo, como também não designa pura figura de estilo.

Aponta para condições de real precariedade da reprodução social; para o confronto de relações sociais desfavoráveis, francamente exploratórias, onde o indivíduo não consegue abster-se de enfrentar a argumentação social e cultural, a demarcação de cortes significativos do conflito. 20

Numa visão mais geral, podemos afirmar de posse de algumas hipóteses de W. Reich, E. Fromm, Igor Caruso e E. Erikson que, nos indivíduos adultos, os psicodinamismos da sociedade podem ser fatores não negligenciáveis para desencadear, distorcer, conservar, reprimir ou agravar conteúdos neuróticos ou psicóticos. O indivíduo doente é, então, um sintoma das tensões da doença do seu grupo social. 21 O estado de ser doente ou estar doente se apresenta em formas operativamente diferentes e significativas. O estar doente seria contingente a uma situação particular temporária e o ser doente seria inevitavelmente assumir essa condição, confluindo para tanto uma constelação múltipla de representações significativas, como, por exemplo, assumir a identidade do "doido", que do ponto de vista do portador desse estigma, 22 é bastante doloroso.

A condição de "doente dos nervos" ou "doente mental" possui uma infinidade de significados psicossociais. A pobreza, a impossibilidade de participar produtivamente na sociedade, o não reconhecimento social; o desamparo social, desemprego, fome, a perda da esperança de vencer na vida são fatores que acentuam a configuração de um "quadro clínico" e reforçam a categoria do "doente dos nervos".

O reconhecimento da categoria do "doente dos nervos" ou do "doente mental" inclui a visão de um ser estigmatizado, tutelado, controlado e justificado no enquadramento da atuação médica.

A expressão "doença dos nervos", utilizada com muita frequência pela população carente, compreende uma gama de variados sintomas emocionais e comportamentais no contexto do qual a pessoa pode estar deprimida, obcecada, descontrolada, instável, louca, "pirada", paranóica, em crise, angustiada, máfaca, etc. 23

Veja-se um caso típico dessa situação: Hernani tem 16 anos, é de uma família de 6 irmãos. Segundo a sua mãe ele é "um menino bom e trabalhador desde que ninguém o magoe". Há dois anos começou com sintomas de desequilíbrio mental —, o carro da polícia teve que levá-lo para o Hospital Psiquiátrico. Várias vezes foi internado. Duas vezes tentou o suicídio tomando Baygon; outra vez tomou uma mistura de vidro pisado, comigo-ninguém-pode e cal. Tem o corpo cheio de agulhas e marcas fortes de ferimentos.

O rapaz foi entrevistado, só, em casa. Sua mãe tinha saído para resolver a documentação do auxílio-doença da previdência social — para ele que se encontrava angustiado sobre esta documentação. Indagado sobre a razão da preocupação, ele respondeu: "É que na carteira do INPS vem escrito "doente mental". As pessoas não sabem o que é bom, nem o que é louco. Com isso (o diagnóstico) não vou poder arranjar emprego ou uma namorada. Tenho vergonha de sair na rua porque os outros ficam dizendo 'olha Hernani, o doido!'. Sei que tem coisas estranhas acontecendo comigo, mas também tenho juízo".

E continuou: "Sinto vontade de morrer porque não posso controlar as coisas que vêm de dentro. Tenho o corpo cheio de agulhas (mostra os braços

com o metal), também estou cortado; não tomo banho. No hospital eles não resolvem. Lá sofro muito. Só converso com aqueles que 'têm alguma consciência', como estou conversando com a senhora. Sou forte, tenho vontade de trabalhar, sei que não sou como dizem. Não quero ser considerado um inválido — por isso toquei fogo na minha roupa toda quando soube que a minha mãe ia tirar a minha carteira do INPS para receber benefício. Tem muitos que se fazem de louco para se aproveitar da ajuda, mas eu não quero essa ajuda porque ela vem com o nome de louco. . .” 24

É marcante no discurso desse jovem adolescente o grande hiato por ele captado entre o seu mundo de sofrimento e a severa amputação das suas possibilidades de se realizar dentro da sociedade, onde possa encontrar algo que dê sentido pessoal, como arranjar um trabalho, uma namorada e ser olhado como um indivíduo. Por outro lado, percebe que a solução oferecida pelos órgãos de saúde semelhante quase a uma instituição carcerária, reproduz essa mesma visão do “louco” e do “bom” como algo que deva separar da existência dos outros e da realidade do cotidiano. Além disso, os tratamentos dolorosos e até traumatizantes deixam marcas fortes no indivíduo, como pode ser constatado no caso seguinte: D^a Conceição, 30 anos de idade, dona-de-casa, mãe de quatro filhos, conta como foi seu tratamento no hospital psiquiátrico após uma crise de nervos que a levou ao internamento: “É um maltrato. Fiquei dois meses na S. J. e um mês no S. Tem um pavilhão A no S. J., é mesmo que estar dentro de um inferno. Acho muito errado isso. Se a pessoa já é doente e é maltratada, como pode melhorar? Vi um negócio ali horrível — chama-se o *calabouço* que fica no Pavilhão A. É um quarto escuro onde as pessoas ficam. Se a pessoa já está doente e vai para esse lugar fica muito pior. Lá uma ‘enfermeira’ apertou tanto o pescoço de um doente que ele ficou sem fala. No Pavilhão C é melhor. É tudo limpinho e as enfermeiras tratam melhor. Fui para o Pavilhão A porque não tinha vaga no Pavilhão C. Se o médico interna um doente é porque ele está doente mesmo, então, como vai botá-lo num lugar assim? Tomei 8 eletrochoques. No Pavilhão A, eles davam mesmo na frente dos doentes”. 25

Esses depoimentos revelam manifestações de uma dinâmica específica dentro da relação médico-paciente e da empresa de saúde. A medida do grau de cuidado, no campo da saúde, é definida não pela eficiência na cura do doente ou na prevenção da doença, mas pela mercantilização dos cuidados médicos, cujo tratamento de melhor qualidade é dado para quem pode oferecer algum tributo. Não são oferecidas condições de preparo para os indivíduos se automanterem ou se fortalecerem do isolamento, do sentimento de serem despossuídos de sua saúde, criados, dentro do quadro da pobreza, pela exploração.

A doença é um elemento isolado do organismo físico e social. A tuberculose é tratada com uma droga específica, sem tentar compreendê-la e discuti-la com o doente sua causa mais real que abrange o grupo, o meio social e físico. Da mesma maneira, acontece com a “loucura”. Nada é acrescentado ao paciente, apenas ele sabe que toma “pílulas para os nervos” ou “fortificantes”, ou “antibióticos”. Sem o conhecimento, os indivíduos não podem se defender de um ato médico irresponsável. Como foi o caso de D^a Josélia que teve metade de sua testa danificada por descuido médico.

O caso de D^a Josélia mereceu atenção pela deformação do seu rosto, escondido numa janela entreaberta no percurso seguido dos endereços das famílias sorteadas para os estudos de caso. Ao ser vista, seu endereço foi logo acrescentado ao roteiro das visitas, com o propósito de se conhecer o enigma da miséria revelado naquele rosto desfigurado. A apresentação foi feita como era de praxe, explicando-se a intenção de se entrevistar famílias que se encontravam no programa de subsídio do PINS.

Para não deixá-la perceber a reação de quase horror àquele rosto, procurava-se não olhar muito diretamente para o lado da face doente. Mas D^a Josélia era tão gentil, que, pouco a pouco, foi criando um clima de confiança para a entrevista. E, sem que se fizesse qualquer menção sobre o seu rosto, sabendo que ela própria iria tratar do caso sem ser interpelada, em momento oportuno ela contou seu trágico caso: "Fui operada da cabeça [um tumor] e a médica deixou o osso ficar infeccionado. Depois de alguns dias de operada voltei novamente para o hospital com infecção no osso. Tive que fazer uma outra operação. Acordei sem o pedaço da testa. A médica prometeu fazer uma operação plástica mas não fez. Não acredito que vou ter mais saúde. . .".²⁶

Um outro caso é igualmente absurdo, acontecido com o Sr. Antônio, que teve três derrames que afetaram seu olho esquerdo. Ao consultar o médico oftalmologista do H. R., este lhe disse duramente: "Vamos tirar isso, não presta mais".²⁷ Chocado, abandonou o hospital e há três anos continua a conviver com seu olho doente.

A brutalidade verificada nesses casos de atendimento médico, aos indivíduos de baixa renda, mostra a *performance* macabra do nosso sistema de saúde com respeito a noção de paciente. Sua origem se encontra não só nas burocracias médicas em que quase todo caso de saúde é tratado com intervenções químicas e cirúrgicas, mas, especificamente, pelo apoio que recebe das políticas econômicas governamentais, as quais só interessam como identificação do bem-estar, o que está representado pelas curvas de distribuição médico-farmacêutica; número de leitos, etc. Há pouca preocupação para o fortalecimento do meio físico e social em seus aspectos salubres e curativos, a fim de que os indivíduos aumentem suas possibilidades orgânicas e psicológicas de luta e de adaptação que possuem. Isto é, aumentar a ação das pessoas de se curarem, de aprenderem, de serem criativas.

A retirada da saúde nos indivíduos que vivem em extrema pobreza se revela no organismo fraco que está sempre submetido a constante reparo obrigando a um recorrer sem cessar a um serviço de saúde alienador. E se reproduz profundamente no receio da perda do destino do próprio corpo.

Foi encontrada uma preocupação nas famílias entrevistadas quanto ao que poderia ocorrer com o seu corpo depois de mortas, precisamente nas famílias que não podiam pagar e receber benefício social. O receio de o corpo ser levado para a Faculdade de Medicina para ser estudado pelos estudantes e médicos. Eis um caso: "Eu vivia com um homem que tinha uma ferida grande na perna. Eu lavava a roupa dele e ele vinha na minha casa de vez em quando. Já faz 21 anos. Há um mês atrás ele morreu atropelado. Levado já morto para o H.R. ficou lá para o corpo ser reconhecido. Ele não tinha nenhum documento. O pessoal do Hospital já ia levando o corpo para a Faculdade de Medicina. para os es-

tudantes estudar (sic). Aí me avisaram. Fui lá no Hospital. Não podia deixar que isso acontecesse: Lá penduram o corpo e vão cortando os 'tacos' para estudarem. Fui tomar o defunto. Depois de muito brigar, aí deixaram [o corpo] comigo. Ele era tirador de esmolas, fazia também mágica lá dentro do Recife, *abuletava* na Rua da Imperatriz. Ninguém conhecia nada dele. Foi jogado fora de casa com 10 anos de idade. Eu era quem lavava e cuidava da sua ferida, por isso sou dona do corpo dele . . .". 28

Esta imagem da morte reflete a representação do homem explorado em seu sentido mais substantivo. A imagem acima mostra que "cada morte carrega o símbolo correspondente ao nível de sua vítima: uma coroa para o rei, para o pobre os cortes de seus pedaços". Há curiosidade dos entrevistados para saber se com os ricos acontece o mesmo que aconteceu com o cidadão acima. Numa confirmação e confrontação sutil de que as diferenças aberrantes entre os indivíduos e as classes sociais têm danos profundos na totalidade da vida, mesmo que sejamos iguais no Destino, pois, "desembaraçados de nossas carnes pútridas, somos todos apenas esqueletos nus". 29

NOTAS DE REFERÊNCIAS

- 1 SZASZ, Thomas S. O Mito da Doença Mental. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1979.
- 2 O PINS é o Programa Integrado de Nutrição e Saúde, enquadrado no Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN) e implantado no Recife a partir de 1977, conduzido, em bases experimentais, através de um esquema de subsídios de alimentos, com a finalidade de elevar as condições nutricionais de um grupo de famílias — 1.071 — localizadas em áreas de baixa renda na cidade do Recife. Ver Cavalcanti, Clóvis *et alii*. *Pobreza, Carestia, Subalimentação*. Recife, FUNDAJ, Editora Massangana, 1984.
- 3 A coleta dos dados processou-se em três anos, registrando-se, no período, alterações do mínimo salarial na região. Durante a tarefa do levantamento, procurou-se ter o cuidado de referir os dados da pesquisa ao período de vigência de um mesmo salário mínimo. Para fins práticos, está sendo considerado o último período do estudo de avaliação do PINS (abril-junho 1980). A informação apresentada no decorrer do trabalho refere-se, quase toda, a 1980, e é indiscutível que os acontecimentos econômicos e sociais dos últimos anos, verificados por período de intensa crise, podem ter agravado ainda mais o quadro dos problemas da saúde dos indivíduos. Todavia, acredita-se que o estudo continua válido como ponto de referência para caracterizar as carências e os problemas sociais da população periférica do Recife.
- 4 "A morbidade e a mortalidade fazem parte integrante da condição humana e são independentes dos esforços feitos para curar essa ou aquela doença específica". L. Lebart, *Recherches sur le coût de protection de la vie humaine dans le domain médical*, relatório CREDOC, junho de 1970. O

- estudo também mostra uma correlação forte entre o meio físico e social dos indivíduos e sua disposição para a saúde.
- 5 Depoimento dos estudos de caso realizados em famílias subsidiadas pelo PINS. PINS, ver op. cit. p.
 - 6 Marshal Sahlins em seu trabalho *Stone age economics*, Chicago, Aldine – Atherton, 1972, p. 23 afirma que “(. . .) Um terço ou talvez a metade da humanidade vai dormir à noite com fome”, e continua: “Nossa era é de uma fome sem precedentes. Hoje, numa época em que o poderio técnico e econômico são maiores que nunca, a fome se tornou uma instituição”.
 - 7 Apesar do fato de que nos últimos 20 anos o segmento produtivo urbano ter sido responsável pela absorção de pouco mais de 80% do aumento da PEA, o que torna explícito o papel em que a economia urbana vem desempenhando no mercado de trabalho regional, este mesmo crescimento, historicamente, não tem sido capaz de absorver, internamente, a força de trabalho que, ano a ano, se apresenta na atividade produtiva, em busca de uma ocupação. São resultados evidentes os fluxos migratórios e as altas taxas de subemprego existentes nas cidades. Dessa feita, constata-se também uma insatisfatória situação habitacional popular, saneamento básico, saúde e educação, transporte coletivo –, que a política social não conseguiu ser eficaz. Ver Leonardo Guimarães Neto. *A Gestão do Trabalho Urbano no Nordeste*, FUNDAJ/SUDENE, Recife. Fev. de 1985.
 - 8 Depoimento dos estudos de caso realizados em famílias subsidiadas pelo PINS.
 - 9 Na pesquisa da Avaliação do PINS é constatado que o dispêndio crescente dos gastos das famílias estavam dirigidos em primeira instância ao item alimentação (75,0 – 76,0), cujo número de calorias da cesta alimentar ainda se situava muito aquém do número de calorias consideradas adequadas pela Organização Mundial da Saúde. Esse aumento dos gastos apresenta-se muito mais para cobrir o *gap* do efeito da perda do poder aquisitivo das famílias pelo quadro inflacionário dos preços no índice geral do custo de vida, recaindo mais incisivamente sobre os itens alimentação, que para fazer variar ou aumentar as possibilidades das famílias comerem mais. Ver Cavalcanti, Clóvis. *op. cit.* Quadro sobre Rateio da Despesa Domiciliar Mensal por Itens Principais por Modelo e Grupo de Controle.
 - 10 Os medicamentos hoje são mais abundantes, mais eficazes e mais perigosos e as pessoas perderam a confiança nas ervas e nos regimes dietéticos ascetas.
 - 11 Boltanski, Luc. *As Classes Sociais e o Corpo*. Graal. Rio de Janeiro, 1979 p. 35.
 - 12 Illich, IVAN. *A Expropriação da Saúde – Nêmesis da Medicina*, Editora Nova Fronteira – Rio de Janeiro – 1975. pp. 51 e 52. Ivan Illich define a condição do estado de “regulagem heteronômica”, aquela situação em que o médico ou farmacêutico, ao pesquisar a eficácia do ato técnico ou medicamentoso às custas da saúde do paciente o transforma em paciente crônico.
 - 13 Seria estar “agarrado na subjetividade”, pela “perda do sentido prospectivo, a chave que lê a realidade a partir de um eu. No caso da crise, esse eu não consegue vincular-se mais através de seu projeto, por que é subjetivo, e a

- chave da leitura não está mais no espaço intermediário entre ele e o outro (a cultura e a linguagem) e portanto, o outro não o entende". Ver Moffatt Alfredo, *Terapia de Crise*. Teoria temporal do psiquismo. Cortez Editora, 1982, p. 111.
- 14 A identidade pessoal se refere aos elementos da história da vida que são incorporados ao indivíduo para a formação de sua identidade, as atribuições que são desenvolvidas pelo tipo de posição que o indivíduo ocupa na sociedade além dos elementos da própria formação de auto-imagem que fornece condições para a construção da visão da unidade consigo mesmo e com o mundo.
 - 15 Ver, Duarte, Luís Fernando Dias. Um Estudo de Representações e Visão do Mundo de um Grupo de Trabalhadores. Comunicação à III Reunião da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. Mimeo. O autor coloca a questão da doença dos nervos dentro de um espaço ideológico bastante amplo onde a categoria doença dos nervos traz uma soma significativa de representações dos papéis desempenhados dentro da sociedade.
 - 16 Ver Clark, Constance. Pintemos os Cavalinhos do Carrossel? A Proposta do Banco Mundial e a Fome no Recife. Trabalho mimeo. Recife/PE, FUNDAJ. 1981 p. 8.
 - 17 Ponte, Wandick. Interações Familiares e Doença Mental in *Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia*. Suplemento Especial – Recife, outubro, 1971. Parte III A. 9 a III. A. 13.
 - 18 Ver Sette, Paulo. Psicoterapia para pacientes de condição sócio-econômica menos favorecida, in *Revista de Neurologia, Psiquiatria e Neurocirurgia*. op. cit. p. III B. 29.
 - 19 Moffatt, Alfredo. op. cit. p. 15.
 - 20 G. Holanda e J. Coelho. Neurose Histérica: Doença da Pobreza in *Rádice*, Ano 2 nº9.
 - 21 Com esta afirmação, não queremos fazer uso reacionário do conceito de natureza humana, tão utilizado no século XVIII, ao se enfatizar a maleabilidade da natureza humana e a influência decisiva dos fatores ambientais. Por mais correta que sejam estas duas concepções, elas têm levado à suposição de que a constituição mental do homem seja uma "tábula rasa" na qual a sociedade e a cultura escrevem o seu texto, carecendo de qualidade intrínseca própria. O verdadeiro problema está, como bem se posiciona E. Fromm, em "deduzir a essência comum a toda raça humana das inumeráveis manifestações da natureza humana, tanto normais quanto patológicas, como as podemos observar nos diversos indivíduos e diferentes culturas". . . . "Assim, como o homem transforma o mundo ao seu redor, ele também se auto-transforma no processo da história. Ele é, por assim dizer, a sua própria criação". Erich Fromm *Psicanálise da Sociedade Contemporânea* Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1959 p. 27-28.
 - 22 Erving Goffman faz um estudo detalhado sobre a situação do indivíduo estigmatizado, relacionando categorias e atributos, os quais se transformam em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso pela sociedade. Ver Erving Goffman. *Estigma*. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1979.

- 23 Souza, Maria Cristina Gueiros. "Doenças dos Nervos como Estratégia de Sobrevivência. Monografia para V Curso de Saúde Pública. Recife, 1980. p. 34.
- 24 O segurado em "benefício", ainda que possua vínculo empregatício, sabe que sua condição de "beneficiário" possui estigmas, equivale à categoria de "doente", de "encostado". *op. cit.* p. 17.
- 25 Depoimento dos estudos de caso realizados em famílias subsidiadas pelo PINS.
- 26 Depoimento dos estudos de caso realizados em famílias subsidiadas pelo PINS.
- 27 Idem.
- 28 Depoimentos dos estudos de casos realizados em famílias subsidiados pelo PINS.
- 29 Illich, IVAN. A Morte Escamoteada. Cap. VIII *in* A expropriação da saúde. *op. cit.* p. 162.