Sebastião Jorge Chammé

***POLIQUEIXOSO:
Metáfora ou Realidade ?***

**São Paulo
1992**

SEBASTIÃO JORGE CHAMMÉ

POLIQUEIXOSO: METÁFORA OU REALIDADE?

Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade
de São Paulo, para obtenção do
grau de DOUTOR EM SAÚDE PÚBLICA.

Orientadora: Profª Drª CARMEN VIEIRA DE SOUSA UNGLERT

São Paulo
1992

Para a REGINA,
mulher e amor,
conquista,
sonhos...

SINOPSE

Trata o presente trabalho de um estudo sociológico que tem por objeto a Saúde Pública abordada através de um de seus principais pontos de estrangulamento: o poliqueixoso.

São levadas em consideração as condições de saúde/doença desses doentes na situação de atores sociais culturalmente envolvidos pelas regras determinadas tanto pelas Políticas de saúde, quanto pela rotinização dos seus hábitos. A compreensão ampla desse processo visa evitar o reducionismo dos fatos, buscando compreender a relação existente entre os sujeitos adoecidos e a realidade sócio-histórica que os cerca, configurando seu cotidiano, imaginário e sistema de representação sociais.

Na condição de usuários dos Serviços de saúde, os poliqueixosos aqui referidos são identificados a partir da especialidade Cardiologia, ocasião em que apontam sintomas não clinicamente diagnosticados ou organicamente confirmados, o que, no entanto, não os afasta do continuado processo de busca pela saúde.

Na medida em que rotinizam suas ações em nome do alcance de tratamentos eficazes e de cura, ritualizam seus corpos e as doenças que neles se instalam, edificando imaginários e identidades, enquanto constroem "metáforas" típicas ao seu estado adoecido, numa narrativa também adoecida, tomadas neste trabalho como fundamento do discurso sobre saúde, doença, tratamento, cura, articuladas segundo as regras da contradição, da desesperança e da alienação.

O poliqueixoso ora apontado como objeto de análise sociológica, à medida em que articula em metáforas uma riqueza linguisticamente enunciada, denuncia suas condições miseráveis enquanto espécie humana.

ABSTRACT

This paperwork comprises a sociological study that has its object the Public Health brought up through one of its main blocking point: the "poliqueixoso".

It has been taken into considerations the healthy-sick conditions of all sick people, as if they were social actors culturally involved by the sanitary rules imposed, not only by the health policy, but also by their daily-routine habits.

The ample comprehension of this process aims to avoid the minimization of the facts, seeking to understand the existing relation between sickened people (or individuals) and the social and historical surrounding reality, configuring their everyday and imaginary life and all systems of social presentations.

As users of all healthy services the "poliqueixoso" here described are identified, beginning from heart specialists, when and where they point out the symptoms not clinically continuous process of seeking for health.

As they routinize their actions as an effort to reach efficient treatment and cure, they ritualize their bodies and sickness, building up imaginary facts and entities, while they create typical metaphors of their sickened state, in a sickened narrative too, taken in this paperwork, as the foundation of a speech about health, sickness, treatment and cure based on the rules of contradiction, hopeless and alienation.

The "poliqueixoso" here pointed out as an object of sociological analyses, as he enunciates himself in metaphors a richness linguistically uttered, he reveals his miserable conditions as a human being.

RÉSUMÉ

Le présent travail traite d'une étude qui a pour objet la Santé Publique abordée à travers l'un de ses principaux points d'étranglement: le "Poliqueixoso".

Sont considérées les conditions de Santé/Maladie de ces malades dans l'état d'acteurs sociaux culturellement entraînés par les règles déterminées soit par la Politique de la Santé, soit par la routine de leurs habitudes.

La pleine compréhension de ce processus cherche à éviter l'amenuisement des faits, en essayant de comprendre la relation existante entre les sujets malades et la réalité socio-historique qui les entoure par la configuration de l'imaginaire dans leur existence de tous les jours et du système des représentations sociales.

Dans la condition d'usagers des Services de la santé, les "poliqueixosos" dont on parle ici, sont identifiés tout d'abord, dans la spécialité de Cardiologie, où ils se plaignent de symptômes que ne sont pas cliniquement diagnostiqués ni organiquement confirmés, ce qui, cependant, ne les détourne pas de poursuivre inlassablement la santé.

Au fur et à mesure que leurs actions, dans la quête d'une guérison, deviennent routinières, ils ritualisent leurs corps et les maladies qui en eux s'installent, en édifiant des imaginaires et des identités, tandis que construisent des "métaphores" typiques à leur état malade, dans une narration malade aussi, prises, dans ce travail, comme fondement du discours sur

la santé, la maladie, les soins, la guérison, énoncées selon les règles de la contradiction, du désespoir et de l'aliénation.

Le "Poliqueixoso", montré maintenant comme l'objet de l'analyse sociologique, à mesure qu'il articule en "métaphores" une richesse linguistiquement énoncée, révèle ses conditions misérables comme espèce humaine.

AGRADECIMENTOS

Muitas são as pessoas que contribuíram para minha formação e determinação na direção das descobertas. Não pretendendo correr o risco de não nominá-las todas, quero referir-me a elas chamando-as, vaidosamente, "meus amigos", enviando-lhes meu abraço e gratidão.

Alguns destaques àquelas que diretamente contribuíram para a realização deste trabalho e que enriquecem meus caminhos e me fazem crescer.

À Regina, por acreditar comigo, o quanto tudo é possível; ao Igor e à Graziella, filhos queridos, cujos meigos sorrisos e alvoroçados "por ques?", me fazem acreditar que haverá amanhã; À minha mãe, pelo que sabiamente convida a esperar e confiar; À memória de meu pai, mais que lembrança, certeza.

À Carmen Vieira de Sousa Unglert, orientadora dedicada e amiga, pelo trabalho e afeto dispensados na construção de idéias e busca por veredas que apontam para o processo de construção de seres, cada vez mais dignos de serem denominados "humanos".

Aos professores e funcionários da "Faculdade de Filosofia e Ciências" da UNESP, Campus de Marília, em especial aos do Departamento de Sociologia e Antropologia, companheiros de trabalho e de criação, pelo carinho e pela "torcida".

Aos componentes do Departamento Materno-Infantil da "Faculdade de Saúde Pública" da Universidade de São Paulo que, com especial atenção e carinho, sempre se mostraram dispostos em

repartir comigo suas experiências e muito bem vindas sugestões.

Aos companheiros com os quais iniciei o curso de pós-graduação, Valdez, Miguel, Umaia, Alexandrina... cujas discussões e impressões alinhavadas por forte afeição, contribuíram para o processo de necessárias descobertas.

À Marília Campos Libório, parceira e amiga, "madrinha" de mais essa idéia feliz...

À Maria Valéria Barbosa, ao Cândido Giraldez Vieitez, Maria Custódio de Sousa e Ana Maria Marangoni, que gentilmente fizeram a leitura dos originais, contribuindo para que as discussões sobre os sujeitos sociais em questão estivessem melhor articuladas e compreensíveis.

Ao Dr. Carlos Eduardo Bandeira Campos, médico Cardiologista, Diretor do P.A.M. do INAMPS de Presidente Prudente/SP e meu amigo, cuja colaboração e disponibilidade de tempo, disposição para discussões, auxílio na seleção dos perfis adequados de poliqueixosos que viessem a se constituir objetos desta análise, contribuiu para a concretização da pesquisa.

Ao Miro e à Zanza pelo carinho e apoio.

Ao Júnior e à Rita pela confiança e fé dispensados.

À Deni, pelas intrincadas polêmicas sobre as multifaces da natureza humana.

Aos poliqueixosos entrevistados, por deixarem transparecer que, mesmo não parecendo, "insubordinação" e "metáforas das doenças", são um verdadeiro "Atestado de Vida"...

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	I
SINOPSE.....	II
ABSTRACT.....	III
RÉSUMÉ.....	IV
AGRADECIMENTOS	VI
SUMÁRIO.....	VIII
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ENFOQUE SOCIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES SAÚDE/DOENÇA DOS ATORES SOCIAIS.....	15
2.1. Paisagem.....	16
2.2. Cenário.....	28
2.3. Os caminhos de uma construção social.....	36
2.4. Cultura e aprendizado da doença.....	48
3. AS METÁFORAS NECESSÁRIAS.....	57
3.1. Uma metáfora... outra metáfora.....	58
3.2. Corpo e cotidiano.....	63
3.3. O presente contraditório.....	70
3.4. O real e o imaginado.....	74
3.5. Corpo e ritual do cotidiano.....	84
3.6. As imagens e o novo homem.....	94
4. AS METÁFORAS DA POLIQUEIXA.....	99
4.1. O que se pensa, o que se diz, o que se cala....	100
4.2. Edificações, espontaneidades e verdades.....	118
4.3. Dos discursos - O mundo das metáforas.....	127
4.3.1. Universo da poliqueixa.....	135
4.3.2. A ciranda da poliqueixa.....	153
4.3.3. O poliqueixoso por ele mesmo.....	191
4.4. Outras características enriquecedoras das metá- foras.....	225
5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	230
6. BIBLIOGRAFIA CITADA.....	256
7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	263
8. ANEXOS.....	273

1. INTRODUÇÃO

"... A doença como toda a perda da inocência, é sempre irreversível, e a saúde só pode advir de um doloroso progresso, que é totalmente oposto à ilusão do voltar..."

Luís CHIOZZA

O presente trabalho é fruto de uma trajetória profissional e intelectual que procura compreender, do ponto de vista sociológico, a problemática em torno do acesso à saúde, suas permissões e impedimentos, fato que implica na análise do processo saúde/doença em suas contradições e condições históricas.

Para que uma leitura sobre as Políticas de saúde possa ser alcançada, são levados em consideração os mecanismos culturais e as formas de ajustamento/desajustamento manifestados no Sistema de saúde, através das ações de seus técnicos e da população usuária que, na "busca pela saúde", articula e traduz as contradições do próprio Sistema.

Sistema de saúde de um lado, população usuária de outro, intermediados por uma sequência de desacertos, de programas e propostas promissoras, tomadas de conduta e ações desastrosas, ampliação do número de doentes procurando pelos Serviços de saúde acompanhados de frustrada expectativa de cura, retorno dos pacientes, instalação de trajetória e rotina de queixas impostas pela forma de organização dos serviços de saúde.

Nestas circunstâncias, emerge no panorama da saúde o poliqueixoso, que é tomado como objeto de análise na presente investigação. Esse personagem foi preferido como base temática por caracterizar-se como um ator social doente atípico em meio às contraditórias regras de saúde e desigual jogo da doença, verdadeiro reflexo do sistema sócio-cultural mais amplo.

Conforme constata a medicina e os médicos, o poliqueixoso, embora um sujeito doente, com motivos e direitos de ser servido pelo Sistema de saúde, não apresenta características clínicas que permitam diagnosticá-lo como organicamente doente. No

entanto, sua condição de desconforto e seu grau de ansiedade, conduzem-no a sequentes procuras pelos recursos de atendimento à saúde.

Diagnosticado pelos serviços de saúde como não clinicamente doente, descrevendo-se como realmente adoecido... Está assim instalado o impasse que reflete uma incoerência maior, dada a não compreensão do binômio saúde/doença enquanto um fenômeno amplo, orientado pelas condições culturais do processo sócio-histórico.

Não se sentindo atendido ou correspondido mediante a descrição dos seus múltiplos sintomas de falta de saúde, o poliqueixoso aperfeiçoa, então, uma narrativa sobre o próprio corpo adoecido. Tal aperfeiçoamento é manifestado nas metáforas que constrói, na esperança de melhor traduzir ao Sistema de saúde, situações que se referem, além das suas condições adoecidas, ao seu cotidiano, seu imaginário, seus níveis de desejo e de ansiedade, representados num comportamento típico de ator social adoecido, reflexos das próprias condições sócio-culturais de poliqueixoso.

Mediante intrincada e intrigante relação sujeito doente x sociedade é que o poliqueixoso e, conseqüentemente, o processo da poliqueixa, foi eleito como objeto amostral e fonte de informações para a presente análise.

De acordo com as discussões estabelecidas no decorrer do trabalho, detecta-se a presença de poliqueixosos por todo o Sistema de saúde, em várias especialidades médicas, em distintos estratos sociais e níveis sócio-culturais diferenciados. Uma vez não constatadas pelos Serviços de saúde doenças organicamente

comprovadas, tal personagem passa a rotinizar seu processo de procura pela cura, indo de especialidade em especialidade, ação que provoca aperfeiçoamento de suas habilidades enquanto ator social poliqueixoso. Mediante tal aperfeiçoamento, emerge o consequente aperfeiçoar da sua narrativa sobre corpo/saúde/doença, que é vertida sob a forma de metáforas, também a cada vez mais aperfeiçoadas.

Conforme o apontado, o poliqueixoso não é um doente exclusivo em uma especialidade médica determinada, nem de um Serviço de saúde específico. Ocorre, que frente ao desenrolar do processo da poliqueixa e na rotinização que consequentemente vai sendo elaborada, o poliqueixoso constrói uma trajetória que, via de regra, principia na procura por especialidades médicas mais gerais e, em não se sentindo satisfeito ou curado. (já por não ter sido diagnosticado como organicamente doente), até mesmo sem abandonar definitivamente seu interesse pelas primeiras especialidades procuradas, busca por outras tantas, mais específicas e aperfeiçoadas, numa verdadeira relação neurotizante do próprio estado de saúde, das agressões para com o corpo, do nível de conhecimento sobre o desempenho de seus papéis enquanto agente social apto em servir-se, em servir e ser servido...

Assim sendo, no decorrer desencontrado de suas tentativas em alcançar saúde, neurotizado e desiludido, porém rebelde e questionador, o poliqueixoso acompanhado por sua narrativa metaforizada, recorre também à especialidade Cardiologia, ali apresentando sintomas que supõe ser "desordens cardiopáticas" na esperança de que o médico cardiologista, seus níveis de conhecimento e de atuação técnico-científica possam socorrê-lo e... curá-

10.

No estágio descrito, nada garante que o poliqueixoso permanecerá apenas sob os cuidados da cardiologia. Continuará ele mantendo a multiplicidade de procuras pela cura, buscando por outras especialidades, o que, afinal, caracteriza seu perfil e seu grau de insatisfação e de exigências.

Serão apresentados dados coletados no Posto de Atendimento Médico (P.A.M.) do INAMPS de Presidente Prudente/SP, cidade considerada como universo de referência por se tratar de um centro de atendimento médico regional, dada sua localização geográfica e importância econômica que representa. Além disso, o referido P.A.M. tem a oferecer à população usuária uma multiplicidade de serviços e especialidades médicas variadas, capazes de refletir uma situação mais ampla, a própria realidade do Estado e do país.

De acordo com os dados contidos na Tabela, poderão ser observados os índices de procura por consulta médica em diferentes especialidades mantidas pelo Serviço de Saúde, cuja interpretação permitirá seja aquilatado o grau de interesse pela especialidade Cardiologia, respeitadas as expectativas dos poliqueixosos para temas que rondam os assuntos sobre o coração, culturalmente instalados no imaginário da população.

"DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE ATENDIMENTOS MÉDICOS SEGUNDO ESPECIALIDADES DE 1986 A 1990 NO POSTO DE ATENDIMENTO MÉDICO (P.A.M.) do INAMPS - PRESIDENTE PRUDENTE/SP"

ESPECIALIDADES	1986	1987	1988(*)	1989	1990
	%	%	%	%	%
Clín.Gineco/Obst.	28,34	30,54	30,37	30,24	25,87
Cardiologia	12,73	16,88	17,75	11,98	13,18
Clínica Médica	14,67	13,34	12,85	8,84	9,32
Clínica Pediátrica	12,76	15,01	14,56	11,65	11,54
Oftalmologia	6,86	7,91	9,52	18,35	6,22
Clínica Cirúrgica	6,42	2,41	2,27	2,10	2,72
Gastroenterologia	4,16	4,70	4,21	3,46	5,31
Psiquiatria	3,99	5,07	4,21	3,38	5,47
Odontologia	2,50	2,37	2,36	1,95	1,63
Outras	5,57	1,77	1,90	8,05	18,74
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%

NÚMERO DE CASOS	129.297	108.728	96.103	113.946	105.002
-----------------	---------	---------	--------	---------	---------

Fonte: RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANUAL DO P.A.M./INAMPS-P.PTE/SP

(*) Números e índices inferiores devido o não atendimento ao público por ocasião da Greve Geral no setor em 1988.

A Tabela acima apresenta a distribuição do índice de consultas por especialidades médicas, num período de cinco anos, respectivamente de 1986 a 1990, no Posto de Atendimento Médico do INAMPS de Presidente Prudente/SP.

Observa-se, a partir dos índices apontados, o elevado percentual de procura pela especialidade Cardiologia nos cinco anos consecutivos, que se comparado com outras especialidades, faz face à Clínica Ginecologia/Obstetrícia e à Clínica Pediátrica.

As duas últimas não nos foram úteis como base investigatória, tendo em vista que, em se tratando da especialidade Gineco/Obstetrícia a característica da clientela e a especificidade das queixas conduziriam a amostra a uma exclusividade dirigida, além de sexualmente estratificada, fatos que em nada reduziram a possibilidade da poliqueixa, porém contribuiriam para uma investigação social de gênero (clientela exclusivamente feminina).

A outra especialidade - Clínica Pediátrica -, dificultaria o próprio processo de identificação do paciente poliqueixoso, pois, no caso, sintomas e sinais de pacientes pediátricos não são, no geral, relatados por eles mesmos e sim pelo seu "acompanhante", quase sempre, a mãe. Neste caso, a própria mãe ou o "acompanhante eventual" poderiam "poliqueixar-se através ou em nome do outro" e, acredito, essa "poliqueixa indireta" devesse constituir-se num outro processo investigatório e, consequentemente, na elaboração de um outro trabalho de pesquisa.

Foi, assim, eleita a Cardiologia a especialidade que bem serviria como fonte amostral, considerando que ela contivesse poliqueixosos que não ficassem limitados numa estratificação se-

xual ou etária e que tais sujeitos fossem considerados adequados como amostragem para a presente investigação após terem sido avaliados pelo especialista em Cardiologia como não portadores de cardiopatias clinicamente comprovadas, mas que estivessem procurando, através da referida especialidade, explicações e soluções para os sintomas apontados como suspeitadamente cardiopáticos.

Coube, então, tais sujeitos serem entrevistados, mediante consentimento deles próprios e do cardiologista que os acompanhava clinicamente, com o objetivo de que pudessem ser apreendidas as metáforas contidas nos seus discursos, buscando alcançar a "leitura" que esses atores sociais adoecidos decifram sobre si mesmos, seu imaginário, seu cotidiano, bem como as contraposições entre o mundo interno e externo, o real e o imaginado.

Merece seja apontado, ainda, com base nas informações obtidas da mesma fonte de dados, ter havido uma redução significativa da quantidade de especialistas em cardiologia no serviço de atendimento médico, sem que por esse motivo tivesse havido redução no índice de procura pela especialidade.

Os dados contidos na Tabela, evidenciam um elevado índice de consultas atendidas pela especialidade cardiologia, mesmo quando considerado o apontado período de não atendimento ao público, no decorrer do ano de 1988, quando da Greve geral dos servidores de saúde. Em 1988 o P.A.M. contava com o trabalho de 7 (sete) especialistas no atendimento em cardiologia. Em 1989, esse número foi reduzido para 5 (cinco) e assim mantido durante todos os anos de 1990 e 1991.

Considerando que o número de consultas apontado na cardiologia apresenta uma certa estabilidade, ou seja, tem sido mantida a demanda, enquanto por outro lado houve redução da quantidade de especialistas disponíveis, estamos frente a um processo de penalização dos pacientes e do estrangulamento na eficácia do atendimento médico.

Mediante menor disponibilidade de tempo e consequente diminuição no processo de atenção médica, são manifestadas a insatisfação do doente e de seu muito breve retorno à especialidade com redobradas queixas, metaforização da sua narrativa, exacerbação dos significantes em detrimento dos significados da fala (SAUSSURE, 1971). A hipocondria individual passa a ser estimulada pela hipocondria institucionalizada. Ocorre, assim, a instalação do processo da poliqueixa e garantia da continuidade das condições adoecidas do ator social poliqueixoso.

Dessa forma, tendo sido eleito como objeto de investigação o poliqueixoso e as metáforas que narra, desde que localizado a partir da especialidade cardiologia pela qual procurou, julga-se este um momento propício para melhor compreendê-lo, devido ao estágio complexo da poliqueixa em que se encontra.

Tal condição vem favorecer, ainda, sejam atingidos os objetivos propostos, de compreender sociologicamente o poliqueixoso, suas metáforas, o processo da poliqueixa, presentes no cenário da Saúde pública, enfocados a partir do contexto sócio-histórico, no qual, os determinantes da cultura perpassam o imaginário dos doentes, a ideologia da saúde/doença e o processo de formação dos médicos, visando apontar, a partir das discussões, possíveis saídas para os problemas aí detectados.

Para que tais objetivos pudessem ser alcançados, foram coletados para o presente estudo, Depoimentos Pessoais de 18 (dezoito) dentre 51 (cinquenta e um) poliqueixosos, que se dispuseram a submeter-se à técnica de coleta de dados que proporcionasse uma análise qualitativa dos fatos. Desses dezoito (18) personagens, componentes da amostra que fundamentou a pesquisa empírica, 12 (doze) deles eram do sexo feminino e 6 (seis) do sexo masculino, cuja faixa etária variava entre 44 e 62 anos de idade e foram submetidos aos temas apontados pelo Anexo 1 de modo a permitir livre manifestação de idéias e conceitos admitidos pelos poliqueixosos. Assim sendo, o processo de escolha da amostra adequada àqueles objetivos deu-se a partir da seleção de Frontuários médicos sobre pacientes atendidos pela especialidade Cardiologia, obedecendo aos critérios estabelecidos de acordo com as hipóteses formuladas por ocasião da construção do Projeto de pesquisa que orientou o presente trabalho.

No decorrer da pesquisa, o processo de maturação de idéias e discussões decorrentes do próprio procedimento de investigação, da familiaridade com o tema, da compreensão resultante da maior intimidade para com o objeto investigado e suas multifacetes de ordem cultural, funcional e histórica, permitiu que as hipóteses e objetivos inicialmente formulados fossem naturalmente sofrendo adaptações e reformulações, sem que houvesse, com isso, incompatibilidade científica ou metodológica para com o tema, objeto ou meta a serem alcançados.

Tal evolução, creio eu, mostrou-se reveladora do meu próprio caminhar em busca de maior maturidade metodológica enquanto pesquisador e estudioso das Ciências Sociais, interessado

na compreensão sociológica de situações e condições culturais, biológicas, emocionais, configuradoras do cotidiano dos atores sociais poliqueixosos, fundamentais às suas relações interativas.

Uma vez separados os Prontuários médicos, a próxima etapa implicava que se procedesse a um processo de seleção prévia, para a qual foram adotados alguns critérios específicos. Os pacientes deveriam exibir as seguintes características: a) não apresentar cardiopatias clinicamente comprovadas; b) estar retornando à especialidade médica relatando queixas já anteriormente expostas; c) apontar multiqueixas não justificadas do ponto de vista médico; d) narrar sintomas não comprovados como doenças orgânicas.

Em tendo sido apontados, a partir do procedimento descrito, tomavam-se os Prontuários escolhidos para que agora fossem discutidos os critérios adotados para seleção de cada um deles, buscando assim, manter uma "atitude de dúvida e de reserva", apontada por Álvaro Vieira Pinto (1969), como necessária à qualidade dos critérios metodológicos adotados pelo investigador. Acredito adequado ressaltar que o perfil do poliqueixoso passível de ser investigado obedeceu sempre ao julgamento e opinião autorizada do cardiologista que o assistia, principalmente para que não recaísse sob minha responsabilidade, na condição de sociólogo, o poder de decisão daquele que deveria, ou não, ser "apontado como poliqueixoso", já que a referida condição de saúde é de natureza médica e não sociológica.

Citada decisão visa eliminar dúvidas que pudessem surgir quanto aos critérios de seleção da amostra e garantir a imparcialidade necessária ao processo de investigação estabelecida.

Em nome da mesma imparcialidade, os poliqueixosos que concordaram em submeter-se às entrevistas, oferecendo para tanto seus depoimentos, foram ouvidos, no geral, fora do espaço circunscrito dos Serviços de saúde ou dos consultórios médicos, com o propósito de evitar constrangimentos ou de inibir os relatos metaforizados que tais personagens viessem a produzir, dada a condição da não formação médica do entrevistador.

No cumprimento da metodologia proposta para a investigação, foram também ouvidos depoimentos e opiniões de médicos cardiologistas, clínicos gerais, psiquiatras, psicanalistas (Anexo 2), os quais discutiam posições a serem tomadas, relatando impressões com base em experiências vivenciadas, angústias, impasses, a não resolutividade sobre os problemas gerais de saúde da população, processos agudos e crônicos das doenças, comportamento dos doentes, dificuldades atribuídas à sobrecarga da responsabilidade médica em relação ao grau de esperança e de ansiedade dos atores sociais adoecidos. Foram por eles apontadas, ainda, similaridades e divergência quanto às ações e reações dos poliqueixosos frente às relações interativas estabelecidas com os médicos.

Estando o tema do presente trabalho voltado para as metáforas que o poliqueixoso constrói visando melhor explicar e compreender seu corpo e as doenças que nele se instalam, a redação aqui construída tem como principal fundamento a narrativa pronunciada pelo poliqueixoso na linguagem do seu discurso, capaz de tecer culturalmente os liames da realidade sócio-histórica.

A redação deste trabalho contempla, pois, discussões sobre o discurso metaforizado do poliqueixoso, visando compreendê-lo em sua condição de ator social através da sua própria "lei-

tura de mundo", buscando alcançar, a partir daí, a realidade maior na qual está inserido, mas da qual se vê alheado.

Desde que contemplados os discursos dos poliqueixosos, qual o lugar reservado para os depoimentos e discursos dos médicos? Esses últimos, são utilizados principalmente como ponto de referência das discussões teóricas, das contra-argumentações apontadas pelos atores sociais doentes, para a compreensão das ações de saúde e de seus resultados, para as regras determinadas pelas Políticas de saúde, enfim, pelos problemas considerados entraves estruturais e funcionais que, frente às amarras do poder de decisão médica, tomadas de condutas normativas, fazem da Saúde pública e do Sistema de saúde, um verdadeiro mecanismo mantenedor de doenças.

O tema do trabalho: "Poliqueixoso: Metáfora ou Realidade?" tem, por fim, a intenção de permitir uma leitura ampliada da Saúde pública vista sob o enfoque sociológico, através de um dos seus principais pontos de estrangulamento: a população poliqueixosa.

Para tanto, o desenvolvimento deste trabalho, num primeiro momento, trata do ENFOQUE SOCIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES SAÚDE/DOENÇA DOS ATORES SOCIAIS, onde são discutidas questões de caráter teórico, considerando-se os aspectos dinâmicos da sociedade e dos seus personagens adoecidos. Num segundo momento, intitulado AS METÁFORAS NECESSÁRIAS, é focado o poliqueixoso e as metáforas que constrói, na condição de ator social adoecido, inserido no contexto sócio-cultural que alimenta as contradições sobre o corpo, o real e o imaginado, configurando o cotidiano, edificando as representações sociais, orientando os rituais sobre a saúde e

a doença. No momento seguinte, em AS METÁFORAS DA POLIQUEIXA, são tomados depoimentos de poliqueixosos oriundos dos Serviços de saúde, portando discursos metaforizados sobre as condições de adoecimento e padecimento, referentes aos males do corpo e aos dos esquemas de atendimento dos Serviços de saúde disponíveis. São destacados ainda, na referida parte, a riqueza do ponto de vista das metáforas, capazes de traduzir as condições da miséria humana. À guisa de CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS, são tecidos os liames que embasam as discussões teóricas e práticas no decorrer do trabalho, sugerindo possíveis saídas para os problemas da poliqueixa e dos poliqueixosos, um Sistema de saúde e uma Saúde pública que, em nome da saúde, têm garantido a continuidade das doenças.

2. ENFOQUE SOCIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES SAÚDE/DOENÇA DOS ATORES SOCIAIS:

"O que vê o olho intelectual? Idéias, conceitos, essências. Como os vê? Como universidades existentes desde todo o sempre e em parte alguma do visível, contrapostas à individualidade empírica do antes, existentes em algum ponto do tempo e do espaço.

Marilena CHAUI

"Janelas da Alma, Espelho do Mundo"

2.1. Paisagem:

Uma abordagem da sociedade industrial a partir das suas condições de diferenciação, distanciamento e desigualdade internas, permite observar um conjunto heterogêneo de traços individuais díspares que, quando enfocados em sua generalidade revelam aspectos comuns na sua exterioridade, manifestados a partir da capacidade de representação social da população.

Se o plano de diferenciação interna da sociedade for arremessado à compreensão sociológica desde as suas divergências e particularismos, será possibilitada a apreensão das relações sociais tal como a reconhecemos hoje: um aglomerado de disformidades, de conteúdos conturbados que permite sejam dissimuladas as diferenças em função da sustentação das regras sociais normatizadas em parâmetros que, institucionalizadas, dão conformidade à totalidade do social (aparentemente homogêneo) que configura o convívio coletivo.

Como compreender parte/todo do social afirmando de antemão haver uma dicotomia interna resguardada e emoldurada por determinantes da sua estrutura formal?

Buscando explicações para tais incongruências e sua complexa manifestação, faz-se necessário considerar o enfoque analítico qualitativo dos fatos e das ações dos atores sociais, visando descortinar o ponto de amalgamação dos caracteres do vínculo histórico, capaz de manipular os atores, seu imaginário e suas representações, que são o conteúdo da própria história social.

Tal conteúdo, por sua vez, capaz de montar verdadeiras "teias de significados, é denominado cultura". (GEERTZ, C., 1978, p.15)

Se é verdadeiro considerar que na condição de mecanismo complexo a sociedade apresenta-se multifacetada, incoerente, contraditória, não permitindo visualização imediata da natureza das referidas contradições, a análise qualitativa visando a compreensão de fatores historicamente encadeados, apontará para a compreensão das partes, favorecendo a abordagem do todo que nos interessa resgatar.

Aspectos subjetivos estão presos aos sistemas de representações sociais surgidos em cada época e que o homem cumpre no percorrer do seu cotidiano. Aspectos objetivos estão presos à consequente materialidade e constituem concretamente o mundo de objetos que os cerca. Ao mesmo tempo, este exterior materializado de objetos, guarda símbolos e sinais que se prendem ao processo consciente sob a forma de signos ideologizados¹, pelo mecanismo de internalização necessária à sedução humana: anseio, idealização, identificação, mitos, ritos, projeções, todos estes motivados e reforçados pelo desejo.

(1) "Ideologia não é apenas a representação imaginária do real para servir ao exercício da dominação em uma sociedade fundada na luta de classes, como não é apenas a inversão imaginária do processo histórico na qual as idéias ocupariam o lugar dos agentes históricos reais. A ideologia, forma específica do imaginário social moderno, é a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o 'aparecer' social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência (que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade), por ser o modo imediato e abstrato de manifestação do processo histórico, é o ocultamento ou a dissimulação do real. Fundamentalmente, a ideologia é um corpo sistemático de representações e de normas que nos 'ensinam' a conhecer e a agir". (CHAUI, M. "Cultura e Democracia" 4.ed., São Paulo, Cortez, 1989, p.3)

Desta forma, estando os homens frente ao processo de internalização desses objetos e construção das manifestações simbólicas, dão conformidade ao imaginário revelado nas representações, através da exteriorização de suas ações que esperam obter, por parte do outro, correspondência, compreensão, aprovação.

Agentes sociais, participantes de uma cultura organizada adequada ao seu tempo e experiências, compartilham símbolos e sinais convencionados, de tal forma que suas representações sejam algumas vezes tomadas como subjetivas, outras, como objetivas...

Via de regra, dado o controle que exerce sobre a manipulação do conjunto comunicativo simbólico, da apropriação dos mecanismos de apreensão, digestão e compreensão das mensagens, o homem convence-se que é possuidor do controle dos seus pensamentos, sentimentos e ações.

Uma vez considerada essa tríade particularizante, faz-se necessária sua objetivação, configurando-se então o sentimento de posse a que desejo e anseio induzem. É nessa condição que o indivíduo sente apropriar-se de seu próprio corpo, por suspeitar conhecê-lo. E, se assim for, conseqüentemente tê-lo!

Regra geral, aquele que "tem" algo, faz uso dele já que é de sua propriedade...

Relacionando tal propriedade com as condições de desigualdade e de contradições sociais/existenciais, o proprietário do "corpo possuído", alvo do "desejado e do ansiado", surpreende-se expropriado!

Mas, de que forma expropriar o que lhe é próprio por desejo e mesmo por consenso? Dadas as gritantes diferenciações sociais cada vez mais agigantadas, o impedimento participativo, a

desinformação e ignorância, o indivíduo se vê alijado à sua condição exclusiva de crer-se totalmente despossuído. Melhor dizendo, quando nada se possui, possui-se ao menos a si mesmo... ao seu próprio corpo...

Lê-se em David LE BRETON (1982, p.223) que "o corpo é o eixo da nossa inserção no mundo. Existir é em primeiro lugar se mover, é transformar seu ambiente por uma soma de gestos aprendidos, é direcionar a outros fatores sociais um repertório de gestos socialmente codificados, é atribuir pelo filtro das sensações múltiplas quem nos perpassa com significações os dados oferecidos pela realidade exterior, é colocar a cada instante em jogo, uma capacidade de interpretação, estímulos que emite o corpo em situação de doença ou de fadiga".

Pergunta-se: como é visto esse corpo enquanto um objeto conscientemente falível, instável, sujeito ao adoecimento, padecimento, tratamento e morte? Frente à insegurança da própria falibilidade orgânica e da falência institucional que deveria ampará-lo, socorrê-lo, salvá-lo, curá-lo, seu proprietário se reconhece um não possuidor daquilo que julga ter de seu, com exclusividade.

Cabe ainda indagar: seria essa a representação exclusiva das camadas sociais economicamente despossuídas? Apenas os miseráveis são falíveis e vêem frustrados seus desejos e anseios? Apenas os habitantes das cidades se reconhecem desprotegidos e expropriados? Os habitantes do campo, não?

Questão de sobrevivência ou de auto-defesa, todos os indivíduos, de todos os estratos sociais, participantes de distintos níveis culturais, manifestam-se angustiados frente à re-

pressão dos seus desejos...

O que desejam? Vida e Saúde! Como reagem? Procurando pelas formas, as mais variadas, desde as tradicionais até as alternativas, uma que torne possível fazer cumprir o papel de manutenção da vida: ser saudável (fetiche), como condição de ser feliz (ideologia).

Diversificações nas informações, níveis intelectuais e de participação cultural, arremessam distintos indivíduos para múltiplas formas de buscar solução para as angústias presas ao reconhecimento de não deter total controle sobre sua principal propriedade: seu próprio corpo.

Indivíduos de qualidade de vida² superior, muito embora tenham acesso a médicos, medicamentos e tratamentos, continuam manifestando uma rotinização de busca pelo desejado, que se traduz sob várias formas, camufladas, muitas vezes, pela sedução do poder de compra e sua suspeitada satisfação. Outros, de qualidade de vida inferior, limitam-se em buscar preferencialmente pelos serviços de saúde, considerando-os único meio e bem de que fartamente dispõem. Ambos angustiados, nenhum deles compreendido!

(2) "... um verdadeiro processo de desenvolvimento não pode se restringir a um mero crescimento quantitativo do produto... para que esse crescimento quantitativo se verifique de maneira constante e se auto-sustente, uma série de modificações estruturais - qualitativas - serão necessárias.(...) O sistema econômico no seu todo, deverá apresentar alterações de estrutura, tais como as referentes à taxa de formação de capital, à distribuição funcional e mesmo geográfica da população, ao nível tecnológico, à composição dos investimentos e tantas outras.(...) Percebe a humanidade que nem sempre a qualidade de vida é favorecida pelo desenvolvimento, e mais: ela em muitos casos pode ser diretamente comprometida pelo mesmo". (NUSDEO, F. "Desenvolvimento e Ecologia". São Paulo, Saraiva, 1973, p. 6-7)

Para indivíduos de ambos os níveis de qualidade de vida, uma continuada sofreguidão pelo consumo, seduzidos vorazmente pela mídia, publicidade, marketing e grifes, numa continuada expectativa pela busca de cuidados médicos, reforçados pelo fascínio das diversas especialidades da área, sofisticação de exames e por equipamentos com técnica computadorizada. Mais uma vez, ambos insatisfeitos e aptos para a continuidade das queixas.

Procedentes de nível superior ou inferior de qualidade de vida, os indivíduos terão condição de representar uma maior ou menor incidência de satisfação e de bem-estar, conforto ou o que o valha, além da condição de aperfeiçoar seus discursos sobre antigas queixas, elaborando outras novas, na tentativa de melhor exporem-se aos cuidados médicos e, quem sabe, serem ouvidos, seduzidos, amados e curados...

O enfoque da análise retorna agora ao início dessa discussão. No interior da sociedade estruturada, normatizada e regada, ocorrem diferenciações e distâncias culturais que configuram a discrepância dos estratos sociais, da mobilização das massas, de consciência e luta de classes. Além disso, o desnível abusivo da divisão do trabalho e da repartição econômica então manifestados, são materializados e somatizados, traduzindo queixas de múltiplas ordens, correspondentes à multiplicidade das diferenças sociais internas.

Mais uma vez, a constatação de que a sociedade como um todo é queixosa de suas carências, de suas angústias, de suas frustrações. Os caminhos a serem percorridos na busca pela satisfação das necessidades são variados e incontáveis, embora alguns, mais expostos à crítica e à observação.

A presente análise visa enfocar preferencialmente aqueles queixosos que estão irremediavelmente buscando por saúde nos serviços públicos. Estes, via de regra, são os menos favorecidos e de níveis de qualidade de vida inferior.³

Por que eleger tal amostra como objeto de análise deste trabalho? Primeiramente, pelo fato destes indivíduos estarem mais expostos à observação que outros em iguais condições, embora individualmente não convencidos serem adequados à proposta de trabalho; Segundo, pela precária condição de assistência à saúde oferecida àqueles usuários; Terceiro, visto que aqueles que se julgam os mais despossuídos, consideram o resgate do seu corpo como posse/propriedade fundamentalmente significativa, já que não muito mais possuem; e, por último, porque os que buscam pelos Serviços públicos de saúde cumprem uma rotinização/trajetória (re)forçada pela burocratização de tais serviços.

No cumprimento do ritual em busca pela retomada do poder do corpo, cumprem os usuários dos Serviços públicos de saúde verdadeiro cerimonial e, em assim sendo, personalizam a forma de fazê-lo, influenciados pelo imaginário e consequentemente pela consciência que têm a respeito da apropriação do corpo, da saúde, do atendimento, tratamento e cura...

Tais indivíduos têm sido alvo de atenção para vários pesquisadores da Sociologia da Saúde. Alguns deles, procuram tomar como referencial de análise a Saúde pública, outros, os próprios queixosos, suas concepções, predileções e arquétipos culturais.

(3) Vale notar que o termo "qualidade de vida" tem sido utilizado como sinônimo de camadas ou estratos sociais, referindo-se os níveis dessa qualidade às camadas ou estratos sociais superiores ou inferiores, mantendo, no entanto, um sentido que não exclusivamente seja a tradução da riqueza ou pobreza econômica. (N.A.)

Avaliados segundo diversos critérios e enfoques que vão desde "o olhar mágico até o olhar social", (SCLIAR, 1987), distinguimos dentre eles a afirmação de BOLTANSKI, (1979, p.29) que "os membros das classes populares, conscientes de sua ignorância, não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação frequentemente seguidas de uma constatação de ignorância ou do apelo ao único especialista autorizado a falar da doença: o médico. Sabe-se que existe um número ilimitado de doenças, uma multiplicidade de remédios e que a Medicina constitui uma ciência complexa, extensa, inacessível..."

Observa-se, a partir dessa visão, que há um grau de compreensão e consciência do queixoso sobre o processo de legitimidade da Medicina como forma incontestável de buscar apoio para salvaguardar-se enquanto proprietário de seu corpo, amparado pelo olhar científico daquele a quem poderá dirigir a enunciação⁴ do seu estado de saúde.

Frente à certeza da falibilidade do corpo (sua propriedade) face à doença, os sujeitos que procuram pelos serviços públicos de saúde, estão, no geral, frente a um impasse que os coloca em confusão por não encontrarem esquemas explicativos ou receitas eficazes para a recuperação da saúde e, consequentemente, da legítima "representação do eu" (GOFFMAN, 1975), inscrevendo-se numa situação conflitiva.

(4) "A enunciação, compreendida como uma réplica do diálogo social, é a unidade de base da língua, trata-se do discurso interior (diálogo consigo mesmo) ou exterior. Ela é de natureza social, portanto ideológica. Ela não existe fora do contexto social, já que cada locutor tem um 'horizonte social'. Há sempre um locutor ao menos potencial. O locutor pensa e se exprime para um auditório social bem definido". (BAKHTIN, M. "Marxismo e Filosofia da linguagem". 4.ed., São Paulo, HUCITEC, 1988, p.16.

Não se propõe nesse trabalho reproduzir os mesmos conceitos compreensivos utilizados por BOLTANSKI (1979) na sua análise sobre "Classes sociais e o corpo" por não serem aqui enfocados os queixosos como um fator de responsabilidade ou culpabilidade exclusivas pela sua própria doença. Será preferível compreendê-los segundo o conceito de cultura adotado por GEERTZ (1978) o que permitirá também compreender que Medicina, medicamento, saúde, doença e doente variam simbolicamente em cada tempo e em cada sociedade.

Em se concebendo o binômio saúde/doença a partir do recorte cultural, espera-se não haver risco de perder a visão de totalidade. Pelo contrário, espera-se garantir tal visão. Assim, busca-se não estar culpabilizando com exclusividade abusiva o queixoso, nem mesmo os serviços de saúde, mas estar avaliando o sistema social industrial, o modo de vida urbano, a qualidade de vida, considerando-se desde o ar que se respira, o trabalho que se tem, o quinhão econômico que caberia aos diferentes estratos sociais por direito, as regras ineficazes aplicadas com injustiça, até a ideologia dominadora e autoritária considerada geradora das já apontadas desigualdades.

Há, contudo, algum pecado imperdoável pela simples desigualdade em um sistema capitalista no qual o princípio que o rege é a própria desigualdade? Não! O imperdoável é a discrepância e a distância sócio-cultural geradas por essa desigualdade!

Tal fato carrega os indivíduos das suas condições de pauperismo e os implanta nas condições de miséria. Aí estão centralizados os principais problemas sociais, dentre eles o apontado problema de saúde, suas questões e implicações.

Apontar simplesmente para as falhas da Educação e consequente falta de saúde é também avaliar o problema muito limitadamente... (CHAMMÉ, 1986). Seria válido, para a busca da compreensão ampliada do problema, aliar tal situação uma vez mais ao reforço da cultura, "como um documento de atuação e, portanto, pública, porque o seu significado o é, como sistema entrelaçado de signos interpretáveis (...) /pois/ a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível - isto é, descritos com densidade". (GEERTZ, 1978, p.20). Portanto, compreender a queixa, implica em compreender a cultura e "compreender a cultura de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir sua particularidade".(id.ib., p.24)

A compreensão da relação contraditória entre supor-se dono do próprio corpo frente às contradições do cotidiano a partir dos delineamentos da cultura, é buscar pela leitura das representações sociais, sem divorciá-la de suas implicações, nem torná-la vazia.

A partir das observações da realidade dos queixosos visando cotejá-las com leis ordenadoras, é evitar uma inferência clínica, pois "olhar as dimensões simbólicas da ação social (...) não é afastar-se dos dilemas existenciais da vida em favor de algum domínio empírico de formas não emocionalizadas; é mergulhar no meio delas".(GEERTZ, 1978, p.40)

O universo estranho da doença é, para o doente, um total arremesso aos argumentos simbólicos que serão traduzidos nas suas representações, montarão seu imaginário e serão tomadas como

parte compreensível do mecanismo controlador da ideologia vigente.

Frente à doença e existência dos Serviços de saúde, os queixosos não terão senão levar suas queixas ao referido Sistema de atendimento à saúde. Estando ali envolvidos, cumprirão regras ritualizadas dos caminhos em direção à saúde/cura. O argumento que têm em mãos para salvaguardar sua propriedade (o corpo), reconhecido ao mesmo tempo falível e expropriado em sua essência, é o do mecanismo da linguagem.⁵

Tal mecanismo, limitado pelas condições existenciais mais amplas, sofrerão transformações e até deformações, caracterizando a condição "sine qua non" do processo de ritualização da doença e das queixas.

Vence as barreiras das exigências burocráticas, resiste ao tempo de espera, à expectativa, ao desejo, aos códigos estabelecidos, às ofertas das especialidades (... suas queixas são tantas que o queixoso chega a julgar-se em condições de ser submetido/tratado por todas elas) e defronta-se com o técnico em saúde, cujo olhar científico poderá culminar no possível diagnóstico. Dá-se, então, uma vez mais, continuidade e reforço ao processo interativo e seus derivativos também incongruentes e desiguais de status e papéis sociais.

(5) Para BAKHTIN, "a primeira palavra e a última, o começo e o fim de uma enunciação permitem-nos já colocar o problema do todo. O processo da fala, compreendido no sistema amplo como processo de atividade da linguagem tanto exterior como interior, é ininterrupto, não tem começo nem fim. A enunciação realizada é como uma ilha emergindo de um oceano sem limites, o discurso interior. As dimensões e as formas dessa ilha são determinadas pela situação da enunciação e pelo seu 'auditório'. A situação e o auditório obrigam o discurso interior a realizar-se em uma expressão exterior definida, que se insere diretamente no contexto não verbalizado da vida corrente, e nele se amplia pela ação, pelo gesto ou pela resposta verbal dos outros participantes da situação de enunciação. Uma questão completa, a exclamação, a ordem, o pedido, são enunciações completas típicas da vida corrente. Todos (...) exigem um complemento extraverbal assim como um início não verbal". (BAKHTIN, M., op.cit., p. 125)

Ao analisar as relações sociais nessas condições, BOLTANSKI (1979) também aponta que "os doentes talvez tenham consciência da distância social que os separa dos médicos e talvez porque estejam em situação de saber, ou pelo menos de pressentir que a relação entre doente e médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente". (p.39), corroborando o princípio de desigualdade. A partir daí, os doentes, frente à infinidade de doenças possíveis "sabem que tudo pode acontecer com seu corpo, ou por culpa da doença ou por culpa do médico e que não há mal tão monstruoso que não possa atingi-los (...) sendo até que o próprio tratamento parece muitas vezes tão monstruoso quanto os sintomas das doenças descritas que não têm nome em nenhum tratado de Medicina". (BOLTANSKI, 1979, p.35-9).

2.2. Cenário:

A descrição até aqui estabelecida destaca aspectos do cenário no qual estão inseridas uma multiplicidade de personagens, símbolos, códigos, categorias dispostas em inter-relações que são também dispostas e referentes a essa mesma multiplicidade... Status, papéis, conceitos, consensos, preferências, queixas, são componentes do quadro de representações do doente no que diz respeito à propriedade do corpo, saúde, doença, típicos de um cotidiano caracterizado por contornos desiguais, manifestados sob forma de "enunciação".

Neste mesmo cenário, emoldurado rigidamente por determinantes normativas, sintomas/queixas, embora externalizados pelos indivíduos adoecidos, não serão tomados como forma de manifestação individualizada, mas enquanto puro produto da interação social, frutificada a partir das inter-relações estabelecidas entre os participantes deste cenário.

Objetivando então uma discussão sociológica a partir das enunciações (vistas como resultante das relações interativas), estas serão tomadas como situação consequential quer seja de "um ato da fala determinado pela situação imediata - relação médico/paciente -, quer do contexto social mais amplo que constitui o conjunto das condições de vida de uma determinada comunidade linguística". (BAKHTIN, 1988, p.121)

Avaliando o processo de construção do cenário dos queixosos, teremos nele delineado o personagem que será objeto de análise sociológica: um queixoso tipificado, que submetido à rotinização e repetição das queixas, à força da enunciação que ela-

bora a partir de seus sintomas, estará fortemente enlaçado nas teias da representação, do imaginário, compondo simbolicamente o seu mecanismo de defesa e existência, buscando, através deles, enunciar-se para permitir seja compreendido seu corpo, visto como objeto, a um só tempo, de poder e de fuga.

A partir da possibilidade da enunciação será arquitetado um verdadeiro quadro semiológico linguístico com objetivo de encontrar correspondência entre os sintomas e sinais da doença que sejam referentes aos sintomas e sinais orgânicos que estão ao alcance do doente. A linguagem será considerada "reflexo das relações sociais estáveis dos falantes". (BAKHTIN, 1988, p.147)

Considera-se então o uso da força expressiva um meio de conduzir o paciente à tradução dos seus desejos e anseios mediante uso da linguagem sobre a queixa que, ao ser utilizada, "revela-se, no momento de sua expressão, como o produto da interação viva das forças sociais". (BAKHTIN, 1988, p.66)

Uma vez instalado o quadro de rotinização e repetições consecutivas de queixas no cotidiano do indivíduo adoecido, bem como atos de enunciação por meio do uso da linguagem, estará sendo caracterizado o processo de comunicação que se manifestará "sempre acompanhado por atos sociais de caráter não verbal (gestos, atos simbólicos, cerimônias, etc.) dos quais ela é muitas vezes apenas o complemento, desempenhado um papel meramente auxiliar". (BAKHTIN, 1988, p.124), assegurando a continuidade típica do retorno à queixa, aos serviços de saúde, às novas investidas em busca do corpo saudável, novos encontros e inter-relações com o médico consultante.

O aperfeiçoamento ocasionado pela rotina na busca pela cura poderá provocar um aperfeiçoamento nos artifícios enunciadores dos sintomas a serem traduzidos durante a consulta médica que sofrerão, por sua vez, variações e transformações: deverão ser reelaborados a cada vez os argumentos comunicativos, buscando compreensão mais apurada, por parte do outro, sobre o corpo do qual se fala.

Dai à utilização de recursos metafóricos⁶ há pequena distância, pois as metáforas visam sustentar o discurso para fazer-se melhor compreender e, talvez, assegurar a reconquista de posse do corpo sadio.

A enunciação sofrerá, por assim dizer, a força da afecção da fala metafórica, categorizando o doente não mais como mero queixoso reclamante, mas como um aperfeiçoado explicitador de seu quadro nosológico, para o qual adotará um código linguístico semiológico típico, supostamente compreensível.

Referindo-se ao uso da metáfora em Saúde pública, analisando o "olhar social" SCLiar (1987) o faz a partir de considerações mais amplas, abordando aspectos macrosociológicos, cujas referências são cotejadas entre situações generalizadas sobre enfoques sociais também amplificados. Por esta razão, considerando o uso da metáfora não a partir do processo de interpretação do

(6) "Metáfora: Tropo pelo qual se dá a uma pessoa ou coisa uma qualificação que ela não tem e que só por analogia se pode admitir; emprego de uma palavra em um sentido diferente do próprio por semelhança". (Enciclopédia MÉRITO, v.13, p.180).

"Metáfora... esse pequeno escândalo semântico... não é propriamente uma substituição de sentido, mas uma modificação do conteúdo semântico..." (DUBOIS, J. et al., "Rhétorique générale". Paris, Larrousse, 1970, p.106, Apud CARONE NETTO, op.cit. p.35).

próprio corpo, mas como situações generalizadoras, SCLiar aponta, em seu trabalho, as limitações e o risco de "usar a metáfora do corpo para explicar a sociedade e em servir ao modelo de ação de saúde pública. Há entre o substantivo e o adjetivo, entre coisa e atributo, uma tensão dialética: à medida que o social torna-se mais social, o corpo torna-se menos corpo; ele passa a ser reclamado pelos indivíduos, assim como a sociedade reclama o direito à saúde. A consecução desse direito exige um espaço público não-metafórico, mas sim real, abrangente. Transcendendo a metáfora que acompanhou seu nascimento e buscando o equacionamento e a solução dos grandes problemas que enfrenta, a saúde pública lança agora seu olhar para o futuro". (SCLiar, 1987, p.98-9)

Deve-se notar as distinções dos enfoques atribuídos à metáfora e sua utilização. No caso acima descrito, a alusão é tomada como interpretação feita a partir de considerações de "fora para dentro" e no presente trabalho, a observação e consideração da utilização dos argumentos são feitos a partir da manifestação do próprio queixoso que as constrói, que as referencia a partir do seu imaginário, que as articula no seu conjunto de representações, entrelaçadas pelos liames da cultura e determinações da ideologia. Assim sendo, a metáfora será considerada como veículo passível de análise e de reflexão dada sua origem intimista, pessoal, individualizada, que se refere significativamente ao contexto maior, diferenciado/amalgamado da visão da totalidade.

A análise e interpretação das relações sociais observadas a partir das representações manifestadas sob a enunciação metafórica permitem compreender as alterações das teias das relações sociais, das funções comunicativas e do processo de rotini-

zação das queixas, bem como a manutenção do quadro de enfermidades, agravado pelas contradições existentes nos processos de acesso e de acessibilidade à saúde, tornando cada vez mais incerto o resgate do corpo como possível propriedade saudável.

O quadro adoecido instala-se no imaginário do doente e altera a representação do eu cotidiano, principalmente a partir do momento em que, na condição de submisso às regras da procura, ritualiza sua própria doença, ritualizando seu corpo, estimulado então a reinvestir:

a) na rotinização da queixa por não ter alcançado seus objetivos nas procuras anteriores;

b) na intensificação da enunciação linguística para depor sobre seus sintomas, utilizando-se agora dos recursos da metáfora;

c) na diversificação da ordem e especificidade das queixas, apostando até em outras especialidades médicas, pois, obediente às regras da diversidade que o circunda, suas queixas também se apresentarão múltiplas e, quem sabe, uma nova especialidade possa enfim resgatar-lhe a saúde;

d) no aprendizado de um vocabulário típico sobre sintomas e sinais orgânicos como possibilidade de ampliação da compreensão dos signos e símbolos visando facilitar a utilização das metáforas.

Sendo consideradas compatíveis diversidade do quadro nosológico e multiplicidade de queixas, o queixoso assume agora um novo papel no panorama da saúde/doença: o de poliqueixoso.

Quem é, portanto, o poliqueixoso? Onde localizá-lo?

Embora os termos poliqueixa e poliqueixoso estejam sendo amplamente utilizados nos últimos tempos no meio médico, principalmente nos serviços públicos de atendimento à saúde, não encontramos uma conceituação adequada para descrição desse sintoma ou desse personagem nos dicionários ou compêndios médicos, nem nos dicionários da língua portuguesa ou estrangeira.

Mesmo não estando definitivamente explicitado, o doente poliqueixoso é um personagem claramente identificado no meio em que atua. É um usuário, no geral, já bastante conhecido como excessivamente reclamante, caracterizado pela insistência e exigências junto dos serviços de saúde cuja rotina já lhe é familiar. Por esta razão consegue estabelecer identificações pessoais, o que favorece uma intercomunicação coloquial, contatos sociais primários e códigos de caráter intimista, quase sem cerimônias.

O poliqueixoso⁷ é uma figura que tem suas tipificações culturais. Mais que isso: faz parte de subculturas que contribuem para a caracterização de seu perfil e, por essa razão, elabora suas representações sociais calcadas num imaginário também típico, ideologicamente possível e bem arquitetado dentro das relações históricas que regem e controlam suas ações.

(7) Nota-se que há marcante distinção entre "poliqueixoso" e "pluriqueixoso". Embora ambos apontem uma multiplicidade concomitante de reclamos sobre saúde e doença, os segundos o fazem por queixas clinicamente justificáveis: estão realmente diagnosticados como adoecidos e, por isso, seus sintomas e sinais são do ponto de vista médico, considerados reais. Os primeiros, também se multiqueixam, porém, seus sintomas e sinais não são, no geral, clinicamente comprovados, embora apontados por eles como situações concretas... (N.A.)

Apenas pobres e humildes, submetidos às regras de atendimento dos serviços públicos em saúde são denominados poliqueixosos? Qualquer poliqueixoso tem o mesmo discurso e reivindicações sobre o corpo?

De acordo com o anteriormente discutido, os níveis superior e inferior de qualidade de vida podem determinar quadros de queixas, conseqüentemente o de poliqueixa pois, mesmo com distintos estilos de vida e processo de preservação do corpo, são ambos participantes do mesmo universo ideologizado, simbolizando, fatores decisivos nas suas condições de atores representando imaginário consoante com os determinantes da cultura.

Assim sendo, mesmo através de diferentes manifestações ou estilos, qualquer integrante da cultura poderá caracterizar-se como poliqueixoso. No entanto, os das camadas inferiores estão expostos nas filas, à espera pelo atendimento dos serviços públicos de saúde. Os das camadas superiores, embora não se utilizando dos mesmos recursos na busca por cuidados de saúde, rotinizam uma outra trajetória mas ritualizam suas representações independentemente de fazê-las de forma diferenciada. Ambos apresentam recortes de um imaginário fortemente elaborado e rebuscado.

São dois, então, tais personagens? Não. São um mesmo. Apenas suas manifestações diferem por estarem obedientes àquelas heterogeneidades internas da cultura e das sub-culturas, a partir das quais elaboram suas representações.

Considera-se assim que, frente à heterogeneidade interna e suas decorrências divergentes entre as camadas sociais que compõem a sociedade, ambos estão enlaçados por uma mesma ordem ideológica e histórica, capaz de permitir a cada um deles mani-

festações distintamente enunciadas.

O fato dos Serviços públicos de saúde terem à mostra elementos poliqueixosos aparentemente menos camuflados (o que não significa menos complexos ou menos adoecidos), facilita sejam eles detectados na condição de objeto de pesquisa e análise sociológica.

Poliqueixoso diferentemente do queixoso comum e do pluri-queixoso, é, pois, qualquer indivíduo que, para manifestar seus problemas de saúde não comprovados clinicamente, recorre várias vezes aos Serviços de saúde com queixas mais e mais elaboradas, no sentido de buscar pela retomada do corpo sadio. Para tanto, lança mão dos artifícios metafóricos, na esperança de evidenciar com clareza seus reclamos.

Assim sendo, frente a não decodificação de suas angústias, o poliqueixoso proveniente de camadas sociais superiores ou inferiores alegam continuada falta de saúde. Para ambos há a possibilidade das ofertas do mercado, do poder de compra e sua consequente sedução, tentando corresponder à simbologia metafórica que é utilizada como forma de diminuir os riscos da insatisfação generalizada, bem como uma multiplicidade de ações que, no geral, enfatizam o retorno à fase queixa. Tudo uma questão de cultura e de representação social, asseguradas pelo consenso de que "o tempo do corpo não determina o tempo da enfermidade, assim como é na doença que se reconhece a vida, já que é a lei da vida que funda o conhecimento da doença". (NOVAES, H.M.D., 1977, p.20-1)

2.3. Os caminhos de uma construção social:

Vivemos uma sociedade altamente complexa, rica em tradições, desigualdades e incongruências, pobre em recursos e instituições de defesa dos males que acometem os indivíduos, historicamente enlaçados pelos contrastes sócio-culturais. Havendo discrepâncias entre as partes e o todo, torna-se mais difícil a compreensão da sociedade se esta for observada de fora para dentro.

A divergência parte/todo desagrega grupos, enfraquece laços, desperta desconfiança, ansiedade, insatisfação, falência emocional e orgânica. São construídos assim os princípios dos desvios, conflitos, repressões, distorções do imaginário e das representações, sectarizando a cultura, desordenando os princípios da vitalidade, oportunizando a presença da doença e enfraquecimento do poder.

Pela mesma razão, como se reagindo a tais fatos, nota-se uma crescente valorização da vida biológica e do bem-estar saudável relacionados ao sentido de poder sobre o próprio corpo. É de se considerar que "o poder começa pela dominação do próprio corpo, parte do universo mais intimamente vinculada a nosso ambicioso eu..." (LEPARGNEUR, 1987, p.187)

Na relação de poder estabelecida entre o homem e seu próprio corpo, compreendido como um bem culturalmente valorizado, assim como tudo que a ele se refere, há a ameaça do adoecimento, que agudiza o problema de todo aquele que, em tais condições, torna-se consciente do risco da perda de saúde e, conseqüentemente, do poder.

O sentido de propriedade do corpo tem sido analisado e tratado sob vários enfoques científicos, sendo que assim o encontramos na "Filosofia do Direito" de Hegel: "como pessoa, possuo minha vida e meu corpo como coisas estranhas, na medida em que são minha propriedade (...) meu corpo não é meu, não possuo um corpo, senão posteriormente à relação de direito, isto é, à instauração do contrato de propriedade". (RICOEUR, 1969, p.467)

O pensamento de Hegel, segundo Lepargneur, embora contenha uma "socialização exagerada de si", traduz a preocupação que o homem tem em relação à consciência do 'ter e não ter' o poder da extensão da sociabilidade e do seu corpo, já que este é "o lugar da presença do ser humano no mundo e a sua história, portanto à convivência com os outros". (LEPARGNEUR, 1987, p.100)

Assim caracterizados os indivíduos adoecidos, cientes da ameaça à sua propriedade, reagem como se positividade (saúde) e negatividade (doença) fossem situações antagônicas, ambíguas e não partes de um mesmo processo amplo (vida), na sua condição fundamental.

A realidade em sua totalidade apresenta-se, pois, fragmentada em sua dualidade. Se, no entanto, o binômio saúde/doença for pensado apenas como aspecto antitético de um processo único, globalizante, será abordado em superficialidade o ritual da desordem que, para ser compreendido enquanto relações sociais, deverá ser observado do ponto de vista da cultura, daquela que estrutura as teias de significados que o próprio homem tece.

Nessa mesma perspectiva, "os fenômenos sociais são apreendidos em termos de campo cultural, o qual se vincula à própria estruturação da sociedade em classes e camadas sociais (gru-

pos de poder: dominantes e dominados), nos quais a cultura passa a ser estudada não mais segundo uma oposição de pólos antitéticos, mas enquanto elemento social que se organiza como relação de poder". (ORTIZ, 1980. p.72-3)

Em se observando o fenômeno numa perspectiva ampla, buscando compreender o cotidiano do poliqueixoso, considerando as heterogeneidades, o sentido da ordem/desordem e relações de poder daí emanadas, torna-se evidente a trajetória cumprida por tais doentes acoplada ao ritual que se sustenta na contradição saúde/doença, bem como nas contingências ameaçadoras do controle de estabilidade.

O que aqui é denominado trajetória e ritual compõe o conjunto das manifestações que indivíduos adoecidos adotam ao serem classificados como poliqueixosos, concebendo seu corpo simbolicamente fragmentado frente à multiplicidade de especialidades a que poderão sujeitar-se, o sem-fim de regras, filas, novas tentativas a cada retorno, além da rotina da medicalização/tratamento a que serão submetidos.

Mantendo a consciência da possível perda de controle e de poder, identificam-se como portadores de uma arma eficaz: a linguagem, a fala, os enunciados, os testemunhos, os contra-argumentos e as metáforas... Partem para a luta na defesa do poder, garantindo assim a trajetória a ser percorrida, os rituais a serem cumpridos, os programas a serem visitados, o processo de rotinização, a capacidade de reelaborar significados e de reestruturar representações.

De imediato, simples queixas farão com que sejam percorridos caminhos e rotinas simples, planejadas, programadas, com

regras pré-estabelecidas. Com o decorrer do tempo, a convivência com os excessos normativos e a não resolutividade dos problemas de saúde (pois de outra feita haviam sido submetidos à análise e avaliação por parte da ciência médica na expectativa de alcançar diagnósticos eficazes...), incentivarão os queixosos a reinvestir na procura pela cura e, ainda, no aperfeiçoamento dos argumentos linguísticos, buscados na simbologia do corpo adoecido.

O indivíduo doente será, portanto, inteiramente reestruturado e reequipado para a "batalha pela saúde", que será travada a partir do uso da linguagem, patrulhado pela ideologia vigente e por um imaginário que se torna cada vez mais fértil e rebuscado: características do poliqueixoso.

No tocante ao uso da linguagem, LEPARGNEUR (1987) assinala que "o corpo humano se faz sentido através da palavra (...) se faz objeto de propriedade, de direitos, médicos ou estéticos, prazerosos ou de domínio. O encontro tradicional entre esculápio e doente não se limita à palpação corporal, é instrumentado essencialmente por troca de palavras: palavras informativas, palavras emocionais, palavras reivindicativas de poder ou de direito, palavras a serem decifradas e interpretadas, sem falar nos silêncios que excedem as palavras de toda parte..." (p.100-1)

Tecendo considerações ainda em torno do uso da linguagem, BAKHTIN também aponta que "todo signo resulta de um consenso entre indivíduos socialmente organizados no decorrer de um processo de interação, pois, o ser, refletido no signo, não apenas nele se reflete, mas também 'refrata', relação essa determinada pelo confronto de interesses sociais: a luta de classes. E, sendo que a comunidade se utiliza de um mesmo código ideológico de co-

municacão, classes sociais diferentes servem-se de uma só e mesma língua..." (1988, p.44)

Tem-se, então, a partir da enunciação dos discursos elaborados pelo poliqueixoso, forte tendência ao uso de metáforas, no presente trabalho consideradas enquanto elaboração intencional de meios considerados sutis e versáteis, visando ao discurso do locutor penetrar no discurso do interlocutor. Tal situação será importante parte dinâmica do processo interativo na relação entre doente (locutor) x médico (interlocutor).

Na manipulação dos recursos metafóricos, o locutor terá como tendência representativa a possibilidade de não só sugerir ampliações ou fazer meras referências comparativas, mas ainda de atenuar certos contornos exteriores nítidos das palavras a serem empregadas, construindo um discurso bastante individualizado.

Poderá o locutor, ainda, deliberadamente, apagar, por assim dizer, as fronteiras do discurso a fim de colorí-lo com suas entonações, sua ironia, seu humor, seu ódio, sua impaciência, insatisfação, encantamento ou desprezo.

Outras vezes, a dominante do discurso poderá ser deslocada para o discurso citado, de forma a torná-lo mais forte, veemente, buscando dissolver o contexto narrativo. A partir daí o próprio discurso poderá apresentar-se de tal forma individualizado e desprovido de autoritarismo ideológico que a posição do locutor/narrador tornar-se-à tão fluida, sugerindo que sua fala pertença a um terceiro personagem, como se a si próprio não se referisse, fugindo-lhe a objetividade necessária...

Seja qual for o caso, estilo ou tendência narrativa, as formas de representação metafórica do locutor-poliqueixoso serão

sempre arquitetadas no sentido de facilitar/permitir que sua narrativa seja levada em conta como "o discurso de outrem", porém passível de ser compreendida em sua essência (significado dos sintomas de que é portador) e não simplesmente como um discurso vazio, individualista e tão desprovido de dados que dificultasse o esperado diagnóstico.

Considerando o uso da metáfora como um recurso intencionalmente dirigido e lógico do locutor-poliqueixoso, a partir de um todo historicamente contextualizado, tem-se a oportunidade de apreensão não apenas dos significantes (aspectos externos da enunciação/fala), mas do significado (aspectos internos, concretos dos sintomas a serem traduzidos).⁸

A utilização de metáforas é tida, pois, como um recurso característico do poliqueixoso (mas não exclusivo, como se verá mais adiante), no sentido de alcançar a tradução do corpo adoecido e ameaçado de perda do controle e poder. Como o caminho a ser percorrido é complexo e árduo, de posse das metáforas, tal complexidade se manifestará na esfera do próprio adoecimento, dos múltiplos sintomas, das exigências frutificadas pelas angústias do corpo/imaginário adoecidos.

(8) O signo para Saussure é composto de um significante e um significado. O plano dos significantes constitui o plano de expressão e dos significados o plano de conteúdo. Para Barthes, o significado não é uma 'coisa', mas a representação psíquica da 'coisa', enquanto para Saussure, este é um conceito. Significante para Barthes é um "puro 'relatum' não podendo ser separado do significado. O significado é um mediador (...) a matéria é-lhe necessária; mas de um lado não lhe é suficiente e, de outro, em Semiologia, o significado também pode ser substituído por certa matéria: a das palavras". (BARTHES, R., 1971, p.46-50)

Frente às descrições sobre trajetórias, rotinizações, sintomas, enunciações, cabe agora questionar: o indivíduo torna-se poliqueixoso por escolha pessoal ou por desatenção e ineficácia do Sistema de saúde? Buscando respostas, nota-se que as situações se mesclam, se fragmentam, montam as peças de um verdadeiro ritual da desordem, pois avaliando os depoimentos oferecidos pelos doentes, a maioria deles, "embora buscando pelos serviços de atendimento à saúde não se auto-denominam doentes, pacientes, queixosos ou poliqueixosos, preferindo a nomenclatura "cliente" a que se referem como 'um não comprometimento com a doença'. Possivelmente, esta maneira de preferir uma "rotulação mais suave" se contradiz com os níveis de queixa e exigência por eles estabelecidos. À medida que explicam sua presença nos serviços de saúde e que tentam camuflar sua categoria, evidenciam alto grau de ansiedade e de fascínio quando convidados a descrever o próprio estado de saúde". (CHAMMÉ, 1986)

Durante tal processo de descrição, "revelam-se conhecedores de um sem número de informações técnicas, nomenclatura de doenças, de medicamentos, de exames especializados, de interveniências clínicas e cirúrgicas dentre tantas outras informações de que amadoristicamente dispõem". (CHAMMÉ, 1986)

A quem atribuir a culpa pela poliqueixa se o cotidiano do doente assim se caracteriza? Ao próprio doente, que preferiu assumir estes conhecimentos para sentir-se menos doente? Ao sistema de saúde, que deixou propositadamente "vazar" tais conhecimentos no intuito de dividir a culpa da não resolutividade dos problemas de saúde com a população queixosa? Às contingências da fatalidade? Ou à ideologia que sustenta as Políticas públicas e

leva de roldão personagens e mecanismos sócio-culturais submissos à solidão da ignorância total do que os rodeia, embora o conhecimento amador sobre questões profissionais?

O objetivo fundamental da trajetória e do ritual vivenciados pelos poliqueixosos parecem, portanto, conduzi-los e encaminhá-los muito mais ao médico consultante do que ao próprio processo de cura. Isto talvez se deva ao nível de expectativa que os doentes constroem em torno dos mistérios da saúde e da mística dos médicos... Assim sendo, a cada especialidade procurada, a enunciação será o cumprimento da primeira fase do ritual. Ao expor-se, anunciando argumentos supostamente sedutores e convincentes, o doente será necessariamente diagnosticado e medicalizado. Consta, no entanto, que via de regra, o processo de relações interativas entre médico e paciente será intermediado pela falta de atenção e capacidade de compreensão e despreparo para ouvir a poliqueixa por parte do primeiro.

Tal constatação poderá se dever tanto à falência do sistema de saúde, à incapacidade técnica do profissional ou o desinteresse pelo excesso de queixas, aparentemente infundadas, que superlotam os Serviços de atendimento médico. O resultado para o poliqueixoso, no entanto, é de frustração por não reconhecer-se decodificado e ver mantidos seus níveis de ansiedade. Soma-se agora o "potencial hipocôndrico" do poliqueixoso ao estímulo de uma "hipocondria institucional" dada a ineficácia/incentivo dos serviços de atendimento à saúde. Essa duplicidade de fatores (individual + institucional) será encarregada de promover a assiduidade dos poliqueixosos em busca dos programas e especialidades médicas, demarcando sensivelmente seus perfil.

Mesmo não se resumindo a poliqueixa na própria poliqueixa, ela se revela através de uma multiplicidade de sintomas que acometem o poliqueixoso, manifestados sob a forma de doenças, que são externalizadas por meio de enunciados que buscam traduzir significados, através dos recursos das metáforas.

Males os mais diversos são enunciados, acompanhados de justificativas as mais estranhas, ambas partes da rotinização da poliqueixa. Ora o problema é de ordem geral, ora específico, exigindo estratégias díspares que obedecem, contudo, à lógica da própria poliqueixa que percorre vários caminhos e desemboca em distintas áreas especializadas: dermatológicas, respiratórias, gástricas, urológicas, reumatológicas, neurológicas, cardiológicas...

Dados apresentados sobre os percentuais de atendimento efetuados nos últimos cinco anos em Serviço Público de Atendimento à saúde permitem considerar que algumas especialidades são mais frequentemente procuradas que outras e, segundo depoimentos, mais preferidas, amparadas pelas mais distintas justificativas.

O presente estudo privilegia como objeto de análise o paciente proveniente da procura pela especialidade Cardiologia por se tratar daquela que culturalmente é vista como responsável por cuidar do "principal órgão do corpo humano, centralizador da vida e ao mesmo tempo depositário das emoções, frustrações, esperanças, medos e, possivelmente do controle do poder e da propriedade do corpo". (SIQUEIRA, José Eduardo de. "Coração: do simbolismo à doença". Rio, Galenus/Merck, vol. 1, nº 1)

Estando a estrutura orgânica ameaçada e a psicológica insatisfeita, taquicardias, cardiopalmias, vertigens inesperadas,

são queixas frequentes que poderão ser enunciadas mesmo por pacientes não portadores de cardiopatias comprovadas.

Assim sendo, as representações observadas a partir da poliqueixa acabam traduzindo um processo de idealização, ilusão e desejo, pois "a raiz da ilusão é também a força do desejo (...)" quanto mais a realidade externa desmente esta imagem, mais ela tem poder de atuação já que outras fontes de satisfação lhe são recusadas. A idealização é proporcional à repressão do anseio". (BERTRAND, 1989, p.27)

De acordo com os aspectos até aqui descritos, destaca-se a pressão social que é exercida sobre os indivíduos adoecidos, no sentido de que seja adotado como regra de conduta um imaginário ideologizado onde as queixas tendem a assumir um caráter ritualista, no qual o rito é considerado cumulativo.

Assim sendo, o poliqueixoso irá mais e mais investindo na ritualização em busca de cura, o que caracterizará o seu perfil. Melhor dizendo, um doente "não se transforma em poliqueixoso" frente o insucesso das primeiras investidas na busca por tratamento/cura, nem frente à alegada incapacidade técnica dos Serviços de saúde e tampouco pela hipocondria individual. Estes, são mecanismos que exercem forte pressão sobre os doentes, sem dúvida, mas os laços culturais encarregados de estabelecer hábitos e configurar o imaginário são a grande passagem para o aprendizado das rotinas, dos jogos e dos rituais de que participa a população como um todo, principalmente aquela apontada como doente, numa sociedade estrangulada.

Distintas tendências dos indivíduos convergem para um mesmo ponto: o do ritual da queixa. Para bem consumir as múlti-

plas regras culturalmente estabelecidas sobre os cuidados do corpo, manutenção da vida e da saúde, o poliqueixoso cultua o corpo buscando consumir saúde e, para tanto, ritualiza a própria doença na maneira socialmente aprendida.

Considerando a poliqueixa uma forma ideológica de consumo social, acredita-se poder compreender a sociedade em sua aparente homogeneidade, através da observação das representações dos poliqueixosos que, na condição de participantes do ritual da doença e do culto à saúde, percorrem os caminhos culturalmente traçados e dão conformação à "construção social do enfermo". (HERZLICH & PIERRET, 1988)

Estendendo o processo do ritual ao da construção social do enfermo, pode-se verificar que, mesmo não se encontrando em situação de atual falta de saúde, não tendo hábito de frequentar médicos (por pobreza, falta de informação ou de oportunidade) e até mesmo ao procurar pela cura simplesmente pela procura, a população carrega consigo traços de um "imaginário providente", como se estivesse constantemente preparando-se para vir a "estar doente", dado o estímulo provocado pelas contradições sociais.

Resultam daí, poliqueixosos provenientes de diferentes níveis de qualidade de vida, portadores de distintas formas de manifestação e representação sociais, fatores que poderão classificar, denominar e até distinguir poliqueixosos em mais de uma categoria, caracterizando subespécies. Também se assim o é, eles continuam sendo considerados um produto social.

Visando compreender as amplitudes dos horizontes do plano doença/existência, espera-se estar contribuindo para a compreensão da própria sociedade, a partir de questões concretas que

configuram a Saúde pública.

2.4. Cultura e aprendizado da doença

Se considerarmos o conceito semiótico de cultura (GEERTZ, 1978) enquanto um contexto público, temos que, em primeira instância ela é exterior ao indivíduo que dela participa, o qual, pouco a pouco vai se integrando na trama social na medida em que vai incorporando gestos e palavras que permitem sua integração no todo, através da troca permanente de símbolos e sinais que dão origem à comunicação no interior da comunidade humana. Desse incorporar vai se manifestando o ator social que, na medida que apreende a cultura, passa a manifestar seu imaginário através das representações sociais. Tais condições nos reportam a LE BRETON (1982): "o corpo é a chave da nossa inserção no mundo".

Ao mesmo tempo em que se torna permeável ao poder material que caracteriza as palavras e sinais da linguagem aprendida, o indivíduo é inserido a uma estrutura simbólica global que abre seu corpo às mesmas sensações, à mesma expressividade, comuns aos atores sociais que dividem sua contemporaneidade. É nesse sentido, que LE BRETON afirma: "o corpo não está 'naturalmente' para o mundo com uma faculdade imediata de deciframento do enigma que a ele se opõe, pois, ao nascer, não possuindo a apropriação e controle da palavra, o indivíduo não tem ainda concretizado um modo social de simbolização, estando, porém, originalmente disposto a interiorizar e reproduzir não importa qual cultura..." (1982, p.223)

Enquanto resultado do aprendizado, as características pessoais dão o tom e as nuances de linguagem e dos gestos, como formas derivativas do modelo coletivo oferecido. Na continuidade

desse processo, reforçado pelas inter-relações entre membros de uma mesma cultura, são delineadas ainda, a visão do desejo e da sociabilidade.

No seio de uma mesma cultura, os indivíduos dispõem de um certo registro corporal comum, que bem reúne sensações e expressões as mais correntes da vida coletiva, bem como os traços pessoais e corporais, cuja configuração é também o tracejar sensível da sociabilidade também comum. Nesta situação, as formas de manifestação corpórea (frente à alegria, tristeza, saúde, doença) obedecem a uma ressonância social onde a rede simbólica traduz a especificidade da relação que o indivíduo faz com o mundo.

Quando numa mesma realidade cultural locutor e interlocutor não compartilham códigos simbólicos idênticos (por ex: linguagem médica x linguagem profana, enunciação técnica x enunciação amadorística, significantes x significados com diferentes interpretações ou conotações), ocorre um verdadeiro distanciamento a partir da verbalização das emoções do locutor (paciente) e das suas sensações, que revelarão as diferenças dos níveis das subculturas.

Entretanto, entre atores que compartilham um mesmo código simbólico (por ex: paciente x paciente), tem-se facilitado o processo de identificação compreensiva e cooperativa entre eles. A figura do indivíduo que compartilha dos mesmos códigos simbólicos garante a existência de um permanente interlocutor de sociabilidade, mediante os pontos de identificação mútuos sobre trajetória, interesses, objetivos, que no caso da doença, os conduz ao processo de procura pelos Serviços de saúde. Tal processo ocorre tanto pela identificação simbólica dos códigos, quanto pelo con-

vívio, similaridade de hábitos, pelos aspectos comuns do cotidiano, justificados pela afeição, negação ou imitação.

O compartilhar de códigos simbólicos que, caso da doença, são culturalmente significativos e permitem a construção de um imaginário com informações comuns, favorecem um processamento educativo informal, sem regras ou normas fixas, sem programas previamente estabelecidos, porém estrategicamente amparados pelas condições afetivas. Os membros da família de um indivíduo adoecido, que esteja em processo de ritualização de sua trajetória pela conquista de livrar-se da doença, vivenciam, mesmo à distância física, tanto o ritual instalado quanto ao jogo sedutor das linguagens utilizadas pelo doente, as de caráter objetivo e subjetivo.

Uma vez identificados, indivíduos adoecidos e não adoecidos comungam e experimentam os mesmos símbolos, identificam os mesmos sinais, assumem os mesmos gestos, comportamentos culturalmente aprovados. Assim, contínua e asseguradamente vão se submetendo a um processo educativo informal, dado o aprendizado das regras de ritualização da queixa e do culto ao corpo... Mais uma vez, frente à ameaça que a doença representa para a falência do corpo, surge a adoção pelo "raciocínio previdente" que prepara indivíduos ainda não adoecidos, por antecipação, para "quando vierem a adoecer"...

Aprendizado e imitação conjugam efeitos que são sustentados pelo processo de identificação que vai impregnando, pouco a pouco, cada membro que convive com alguém em estado de adoecimento/padecimento, de uma simbologia corporal culturalmente admitida no grupo. Complementando tal raciocínio, "a socialização do cor-

po exige a presença de outrem e implica também em sua permanência..." (LE BRETON, 1982, p. 225). Sugere-se, pois, haver uma interdependência do corpo no interior de uma mesma trama cultural.

Não havendo a presença concreta de um parceiro social para a realização de um comportamento cultural simbólico (no caso: a doença/ritualização/trajetória), poderá ocorrer o enfraquecimento dos laços culturais, pois tal sentido se dilui na ausência "de outrem" e o discurso sobre o corpo perde cor e significado.

A educação para a doença, mais que uma declarada intenção formal é resultado de informalidades ritualizadas, garantidas principalmente pela continuada presença de outrem, participante da simbologia cultural, vivenciando em proximidade ou em distância física, a rotinização e a trajetória, os hábitos e a conduta social, dividindo códigos que são decodificados numa linguagem comum, favorecendo o processo do aprendizado que tem como princípio o saber não-elaborado. No entanto, de queixa em queixa, esse saber vai sendo elaborado e tomando parte dos traços culturais cumulativos.

...Tem-se assim, um contingente populacional ainda não adoecido, porém culturalmente equipado para defender a propriedade/posse do corpo, estando educado para a rotinização da queixa, suas dificuldades e seus argumentos.

No processo de aprender condições e relações sócio-culturais, a simbolização unifica diferentes níveis da realidade social. Tal simbologia permite uma adequação consolidada, um ajustamento permanente de interações corporais entre os atores, de forma a permitir o intercâmbio de significações do dia-a-dia par-

ticularizado e a própria comunicação social ampla, possibilitando a produção e reprodução de representações da vida cotidiana, principalmente através das modalidades culturais.

O reconhecimento/consentimento sobre as manifestações do corpo pelos atores sociais, principalmente nas relações interativas conduzem à ritualização, onde o "processo de socialização do corpo parece buscar a volatilização de sua materialidade física. Da mesma forma, os rituais que gerenciam os tempos da vida social (luto, nascimento, doença...) visam integrar a emoção num campo simbólico delimitado que assim preserva os atores de toda manifestação intempestiva de um dentre eles". (LE BRETON, 1982, p.227)

As relações pactuadas culturalmente entre um ator e outro, o movimento das palavras utilizadas no processo comunicativo, na construção das idéias e materialização das representações sociais, manifestados pelos doentes, não só pela linguagem articulada, mas sobremaneira reforçada por outros aspectos linguísticos também expressivos (ex: as metáforas), são observadas ainda, com destaque, nas expressões corporais dos indivíduos adoecidos. Seu corpo exprime a doença, tanto quanto a linguagem que a manifesta...

A ritualização da doença implica, pois, num processamento específico de comunicação, enriquecido pelos recursos da metáfora, acompanhados da linguagem corporal expressiva que revela/garante/traduz dor, padecimento, desconforto, carência, reveladores imediatos do mecanismo das queixas. Na identidade corporal do indivíduo adoecido, são evidentes os sinais expressivos da enfermidade e da desordem orgânica, na exata medida da angústia

que o corpo suscita.

Obediente ao padrão da desordem, o indivíduo adoecido, na busca de preservação de sua identidade e da propriedade/posse do corpo, assume uma simbologia típica do estado adoecido e comunica-se simbolicamente através de manifestação semiológica (sintomas e sinais) também adoecidos. Tal fato é constatado "através dos depoimentos oferecidos pelos poliqueixosos, do uso do vocabulário da enunciação/queixa, da descrição do estado de saúde/doença, da interpretação do sofrimento/padecimento e do grau de expectativa/esperança na busca pela saúde". (CHAMMÉ, 1986)

Como mecanismo de defesa por parte do grupo social no qual interage o indivíduo adoecido, as manifestações são tanto de compreensão, por parte de alguns, quanto de tolerância, por parte de outros.

Na teia de relações sociais cotidianamente (re)construídas a partir das expressões adoecidas, será edificada a inteligibilidade de um mundo reduzido à imagem do próprio doente, imagem esta que ele constrói segundo o conhecimento que tem sobre sua doença e sobre a imagem doente que idealiza de si mesmo. Corroborando este pensamento, temos que "o conhecimento é um processo dialético que se experimenta entre a língua e o mundo. O corpo, em um movimento estruturalmente análogo, integra o ambiente do sujeito nessa língua instável, difusa, que transpassa sua sensorialidade ou sua expressividade. Como a língua, o corpo é uma medida do mundo, um modo particular de interpretação". (LE BRETON, 1982, p.230)

Nesse sentido, o doente se apropria organicamente de seu ambiente, circunscrevendo-o, de uma só vez um sistema de sig-

nificações aprendidas. A cada instante, pois, o corpo interpreta o mundo segundo os termos da simbologia que ele encarna, até o mais secreto dele mesmo. Para Claude JAVEAU (1980), a "angústia fundamental do fato de viver é domesticada graças aos resgates coletivos que marcam o corpo na sua estrutura mais íntima e o deixa adequado ao seu funcionamento em tal ou qual ambiente social e cultural".

Na mesma intensidade da linguagem, o corpo aparece como um coordenador central de significações. A capacidade de apropriação significativa do mundo por intermédio do corpo é um dado social, mesmo que este seja um ato individual. O corpo é um campo de imensas possibilidades abertas, que cabe à cultura decifrá-lo para nele imprimir sua própria marca.

MARX escreveu que "o primeiro estado de fato que convém constatar é a compleição corporal dos indivíduos e as relações que ela cria com o resto da natureza". (Ideologia Alemã, p.24) No mesmo sentido, NIETZSCHE observa que o homem registra com seu corpo uma relação similar àquela que liga a aranha à sua teia... Buscando ampliar estas considerações, partindo da individualidade até a totalidade, na visão do "Corpo e sua simbologia social", temos que: a experiência corporal é uma função direta do possível delimitado pela simbologia social e o próprio estilo do ator que a realiza à sua maneira, considerada sua história pessoal. Esta experiência está tão engajada no movimento da história que permanece aberta e acessível a novas modalidades. O corpo não é a encarnação de uma simbologia petrificada e sim de uma simbologia viva que se inscreve numa ligação permanente com o vir a ser "desta ordem aproximativa e sempre cambiante", que é uma socieda-

de. Decorre daí, que na realidade viva do corpo, o conceitual não se opõe ao físico, por serem indissociáveis.

Avaliando os aspectos educativos que a representação e a ritualização da doença exercem sobre os atores sociais que convivem interativamente com o doente, vemos reforçado o princípio da historicização dos sentidos, desejos, imaginário e linguagem daqueles que estão culturalmente integrados, na condição de resultado e obra de toda história passada, conduzidos pela praxis cultural de uma época, envoltos na trama de relações sociais também historicizadas.

Assim sendo, a rotinização e trajetória da doença, a busca pela (re)apropriação do corpo, as enunciações fertilizadas pelas metáforas, os depoimentos, desejos, frustrações, são ao mesmo tempo produto histórico e fator educativo para as gerações contemporâneas que, direta ou indiretamente, tomam parte na ritualização da doença. Esta frequência/convívio/aprendizado, garantem, de certa forma, os determinantes da ideologia em vigor: uma sociedade de indivíduos adoecidos, acompanhada, assistida e até imitada por indivíduos que se tornam aptos a cumprir aquela mesma ritualização da desordem, frente à contraditória realidade: estranheza, distância, segredos e mistérios que mantêm num mesmo envoltório místico, a saúde e a doença.

Buscando uma analogia que permita interpretar a "cultura da doença", retomamos a afirmação de LE BRETON (1982) "o corpo é a chave da nossa inserção no mundo" e questionamos se, para o indivíduo adoecido que procura pelos serviços de saúde, estando ele conscientemente representando um imaginário ritualizado da doença, é neste caso "o corpo adoecido a chave da sua inserção no

“mundo... dos sadios”?

3. AS METÁFORAS NECESSÁRIAS:

"... A falsa consciência impede que o participante da comunicação desvende no discurso do outro a dimensão de poder (discurso ideológico). Ele cria uma pseudocomunicação, em que não há garantia nem de necessidade - as vítimas da falsa consciência mentem para si mesmas e para os outros - nem de objetividade - porque o mundo dos fatos poderá ser visto de um modo distorcido - nem de justiça - porque as normas que correspondem a um interesse próprio poderão ser apresentadas como se correspondessem ao interesse de todos".

SÉRGIO PAULO ROUANET

"O olhar iluminista"

3.1. "Uma metáfora... outra metáfora"

Uma preocupação de caráter fundamental no presente trabalho é colocada como base da argumentação quando da elaboração de parâmetros metodológicos que regem a investigação. Estando a questão fundamental ligada à pesquisa social com esquema de busca eminentemente qualitativo, o enfoque sobre o objeto investigado e seu conhecimento exigem mais que simples conjeturas a respeito e sim uma discussão epistemológica que possa apontar para uma possível nova contribuição ao campo de investigação da Sociologia.

Várias correntes teóricas foram, até o presente, adotadas no campo de pesquisa em Sociologia, dentre elas as apontadas por BROWN (1977, p.61 e segs): a romântica e a positivista. Observa-se, no entanto, ambas considerando suas tradições, fundamentadas em pressupostos ontológicos e metodológicos distintos "onde cada uma delas guarda as próprias respostas para a questão do objeto da Sociologia e do 'como conhecê-lo'".

Quando o objeto de análise da Sociologia tem sua origem na discussão da Saúde pública e suas construções simbólicas, vemos que respostas advindas do realismo científico, de tendência positivista, não nos permitem alcançar um questionamento tão amplamente formulado, o que não ocorre também através do simples apelo interpretativo da escola romântica, seu caráter institucional, nem sua hermenêutica crítica.

As construções simbólicas estabelecidas a partir das discussões da saúde e da doença enquanto características básicas da Saúde pública, estão fortemente ideologizadas e instaladas no imaginário da população que tem nele a fonte das representações

sociais.

Se levarmos em consideração o quanto conhecemos sobre a realidade da saúde e da doença da população, assim como o quanto conhecemos nosso próprio corpo, enquanto um potencial de representações sociais, não estaríamos garantido, assim, as reduções simbólicas dessa representação, desprovidas da objetividade intrínseca necessária?

Diante dessa questão, é importante buscar por uma Teoria do Conhecimento que possa corresponder às construções simbólicas sobre o corpo, a saúde, a doença e suas interpretações, visando alcançar explicações para a lógica interpretativa da conduta humana, segundo parâmetros do "realismo simbólico" apontados por BROWN (1977) o qual considera que "para organizar nossa experiência no seio das estruturas formais existem critérios implícitos em todo conjunto de símbolos".(p.62)

Tal interpretação, parece-me, ocorrerá com eficiência quando apoiada na lógica das metáforas utilizadas na interpretação dos símbolos que estruturam a vida coletiva.

Considerando a metáfora um recurso de linguagem utilizado no processo de interpretação, apreensão, alcance, conhecimento ou perda de poder e controle sobre o próprio corpo, saúde, doença, ou seja, na tradução do conhecimento sobre si mesmo, considera-se que o entendimento sobre esses aspectos deva-se dar também em caráter metafórico, pois propõe interpretar simbolicamente os componentes do estado de (in)salubridade do sujeito doente, o qual coloca seu corpo, sintomas e sinais "sob o ponto de vista do outro", utilizando-se, porisso de um rico vocabulário estético, que são as próprias metáforas.

Compreendendo que a interpretação da metáfora reside na articulação de uma outra metáfora, deve-se admitir que "não conhecemos alguma coisa senão na medida em que tal coisa esteja 'elaborada' de uma forma ou de outra; e, como elaborar uma metáfora no sentido amplo é ver uma coisa do ponto de vista de uma outra, segue que devemos dizer que todo conhecimento é metafórico". (BROWN, 1977, p.62-3)

Considerando o processo de elaboração, digestão e representação sobre o corpo e o estado de saúde do poliqueixoso, bem como toda interpretação que ele traz das suas construções simbólicas, torna-se compreensível que ele se ampare no discurso metafórico tomado como ferramenta útil para integrar fenômenos e pontos de vista diversos que pretende tornem-se esclarecedores, sem no entanto destruir as diferenças existentes entre tais pontos.

O uso das metáforas por parte do poliqueixoso assenta-se na concepção de que elas são reveladoras do mundo sensível, tanto quanto lógica da descoberta válida para a ciência.

Na concepção de BROWN, a metáfora:

- 1) implica a transferência de um certo termo de um sistema ou de um nível de significação a um outro;
- 2) tomada literalmente, a metáfora deve ser manifestamente absurda;
- 3) as metáforas são feitas para serem compreendidas;
- 4) as metáforas devem ser conscientemente um "como se..."

Buscar compreender a simbologia do discurso do corpo doente através da interpretação das metáforas, não significa

crer, pois, no seu sentido literal, nem tomar o absurdo por uma verdade, nem transformar a metáfora em mito, assim como tampouco reduzi-la a um enunciado bruto, pois tal compreensão acarretaria destruir o que não pode sobreviver fora da intersecção de dois ou mais pontos de vista simultâneos.

Elaborar uma análise sociológica a partir de metáforas é, então, metaforizar também!

Tal atitude não visa comprometer o caráter científico da investigação desde que seja considerado que novas metáforas engendram novos fatos porque elas redefinem o que devem ser as qualidades essenciais da experiência vivida e, para entrar nessa realidade nova e concebê-la, é necessário fazer como se a metáfora fosse literalmente verdadeira, talvez mesmo por considerá-la "manifestadamente absurda", como aponta BROWN (1977).

O alcance de uma metáfora deve corresponder, pois, ao poder que ela tem de se incorporar em outros domínios simbólicos. Por conseguinte, afirmar o alcance universal de uma metáfora, é garantir que ela tem poder de traduzir todos os vocábulos no seu próprio ser...

A Sociologia, como outras ciências humanas, não tem tido como princípio representar em metáforas o mundo que é o seu, tanto quando da escolha de teorias positivistas de análise, quanto quando tenta evitar o risco de confusão e interpretação entre rigor científico e visão poética. Assim sendo, a Sociologia tem tido a tendência de elaborar teorias gerais, analisando condutas e buscando representar diretamente os fatos, sem considerá-los em sua essência simbólica.

No entanto, mesmo que todas as teorias possam ser consideradas metafóricas, não implica que todas as metáforas sejam de igual valor, nem que todos os critérios tradicionais de adequação científica não possam ser reinterpretados em termos metafóricos...

Ao invés de buscar a adequação de um modelo ou hipótese, preferindo entre várias proposições aquela que corresponda mais estreitamente à realidade, tendo os objetos materiais objetivamente observados, determinando eles próprios a exatidão e a extensão e sua correspondência com o modelo ou hipótese, cabe à Sociologia buscar alcançar os critérios de verdade fundamentados sobre tal correspondência, o que pressupõe que conhecemos os objetos que testamos, independentemente das concepções teóricas que temos. Segundo as observações de BROWN, "são os próprios dados que devem enviar seus próprios sinais de identificação: nós pesquisamos, ligamos nossos aparelhos de recepção, depois de termos conseguido eliminar o ruído subjetivo".

3.2. "Corpo e cotidiano"

Tomando como ponto de referência a interpretação simbólica dos objetos e do comportamento humano, o objetivo a ser alcançado materializa-se no cotidiano, que tem o corpo do sujeito-ator como um instrumento de representação social, o que permite colocar em evidência a própria realidade social. Aliam-se aí, aspectos fascinantes suscitados pelo termo "corpo", evidenciado pelas metáforas contidas na oralidade que busca traduzi-lo, permitindo situar, interrogar e analisar um conjunto de discursos e práticas que são apontadas por MAISONNEUVE (1976), como "corporismo".*

Neste sentido, convém seja compreendido o corpo como sendo "não apenas o organismo humano, tal como o descrevem as ciências biológicas (da vida), mas este organismo 'in situ', atuante, agitante, falante, apreendendo e modelando seu espaço, seus gestos..." (BERTHELOT, 1983, p.119-20).

A consideração do corpo como uma categoria de análise por parte da Sociologia permite seja ampliado o plano de compreensão e de teorização, levando-se em conta que nas sociedades modernas, frente ao consumismo, a moda e a mídia, o corpo tem sido um tema de preocupação, simbolicamente representando integridade e saúde.

Aparecem nesta questão, verdades fundamentais a serem consideradas, onde é observado que toda prática social é direcionada ao corpo, não como simples instrumento, mas enquanto senti-

* No original francês, o termo utilizado é "corporéisme".

do, ao mesmo tempo em que o organismo é visto como algo concreto, inscrito em uma norma, ordem e sentido. O corpo aparece então como um lugar privilegiado, onde se entrelaçam as relações entre natureza/cultura, indivíduo/sociedade, indivíduo/poder, atribuindo-lhe mais do que um mero status de agente social e sim o de "operador societário", o que estimula seja lido, nos sulcos dos seus traços, "o poder do social".

Ampliando essas considerações, somos levados a concordar que mais que um mero operador social, o corpo tem sido ainda enfocado como "operador epistemológico", constituindo sua análise praticamente em uma "Sociologia do Corpo". Validando esta tendência, temos os trabalhos desenvolvidos por Merleau-Ponty, Baudrillard, Foucault, Bourdieu, Elias, Balandier, os quais têm buscado compreender a aproximação do corpo na sua realidade social, na sua multidimensionalidade, polissemia, polimorfismo, bem como sua inserção num sistema sócio-político, sócio-econômico, sócio-simbólico determinado, visando alcançar novas aberturas e novas explicações que permitam ir além da interpretação do corpo como simples ferramenta de utilidade na sua construção do social concreto, e sim numa interpretação simbolicamente referida, no conjunto imaginado dos atores sociais.

O corpo enquanto uma preocupação de investigação científica emerge no século XX e invade o campo das Ciências Humanas, onde etnólogos e historiadores puderam testemunhar que ele esteve presente no discurso de todas as civilizações, constituindo para as sociedades da tradição, um repertório de taxinomia, de correspondência, de associações, pelos quais o mundo se diz, através do corpo e o corpo, através do mundo...

Além do próprio mito, do discurso religioso, do discurso científico das Ciências da natureza e da Medicina, é evidenciada ainda uma Sociologia implícita do corpo desde os primeiros passos dessa ciência, observáveis desde as anotações e citações de Durkheim no seu artigo sobre "Educação", até o Livro I do Capital de Marx...

No decorrer do tempo, assistimos a uma verdadeira proliferação de discursos e de técnicas de características normativas, reivindicativas, políticas, sobre o corpo como fatores produtivos no discurso propriamente científico, no seio das Ciências Humanas, com tendência em assimilar todas as notações, domínios, reencontros, teorizações parciais consagradas ao corpo, com efeito de massa, imprimindo certos termos como "o próprio corpo", "esquema corporal", "comunicação não-verbal", "códigos gestuais", etc., fazendo crer na existência de um provável saber transdisciplinar do corpo.

BERTHELOT por exemplo, tomando a citada proliferação de discursos no sentido evolutivo das Ciências Humanas, afirma, ao inverso, que tais conceitos são sempre a expressão de um reencontro determinado, histórica e epistemologicamente ritualizados, de disciplinas particulares e de fenômenos corporais delimitados e que nesse campo, as dimensões propriamente sociais do corpo, num discurso crítico, têm sido disciplinadas pela Semiologia, muito mais ricamente do que pela Etnologia ou pela História. (1983, p.124)

Avaliando o trabalho do sociólogo numa pesquisa relativamente sistemática sobre o corpo, BERTHELOT, assumindo um discurso também metafórico, aponta que "ao sociólogo lhe é suficien-

te regular sua visão sobre as preocupações de pesquisa para ver o corpo surgir por toda parte e, em torno dele a proliferação dos discursos, das imagens, a multiplicidade das aparências corporais, as posturas, gestos, arremessados ao centro de um vasto jogo de espelhos". Questiona ainda: "O sociólogo quer apreender o recuo? Passar pela meditação dos textos?" E afirma: "Os dados que lhe são fornecidos estão sempre no domínio de uma problemática determinada, definindo as categorias de registro e de análise dos fenômenos que na verdade não convergem para o centro de suas preocupações, o corpo na sua realidade global e este próprio, no campo das Ciências Sociais". (1983, p.125 e segs.)

No enfoque que venho adotando na presente análise, a Sociologia se apresenta investindo de diversas formas pela abertura do campo de pesquisa sobre a saúde, o esporte, a sexualidade, a vida cotidiana, buscando patentear o corpo tomado como base e ancoragem na Teoria sociológica. A exibição do corpo nu (Baudrillard), o adestramento dos corpos (Foucault), o corpo como depositário do capital e arbitragem cultural (Bourdieu), são alguns exemplos dessa recente investida, embora o corpo tomado em sua capacidade de "significar" o social, continuasse isolado e não eficazmente investigado.

Enquanto objeto de estudo no discurso contemporâneo das Ciências Humanas, o corpo tem sido tomado de forma fragmentada, segmentada. Tal postura não concebe um acesso sociológico do corpo e das práticas corporais sem mutilá-lo e sem isolar certas características que lhe são próprias.

Como respeitar a multidimensionalidade e a polissemia da condição social do corpo sem ser através do enfoque da sua

realidade multifuncional, capaz de atuar sobre os registros sociais, econômicos, políticos, ideológicos, simbólicos, vistos como um potencial metafórico, um contraponto possível, um lugar de encarnação simbólica?

Para que as respostas a esse questionamento sejam pertinentes, deve-se levar em consideração que o corpo não desenvolve seus poderes sociais, sua multidimensionalidade e sua polissemia, senão no seio de situações que precisamente o constituem como suporte desses poderes e como lugar de registro, de sinal dessas significações. Assim sendo, todo trabalho social do corpo pode ser visto simultaneamente como trabalho social sobre o corpo, embora este não se apresente somente como um suporte universal das práticas, podendo ser visto igualmente como objeto e como fim.

Observados os níveis de atuação do corpo, evidencia-se de imediato a sua ritualização, enquanto um conjunto de práticas que marca a aparência corporal como signo, implicando uma grande variedade de práticas individuais ou coletivas, numa relação institucionalizada, engajando, o mais higienicamente possível, uma simbólica e uma política da aparência corporal. Sob esse enfoque, foram produzidos os trabalhos de VIGARELLO ("A atitude que ilude e como adquiri-la" 1977), FAIVRE ("Autoplastia da aparência ou Enquete sobre a Cirurgia estética", 1976), DUFLOS-PRIOT ("Parecer e querer parecer" e "A aparência individual e a representação da realidade humana e das classes sociais", 1981).

Há ainda que distinguir os níveis das práticas de reprodução do corpo - apontadas por alguns como práticas de "perpetuação". -, que revelam sua manutenção no cotidiano em sua priva-

cidade, visando sua perpetuação enquanto ser social concreto e não apenas sua reprodução como ser biológico, mas buscando pela preservação das qualidades biológicas socialmente valorizadas, como saúde, delgadeza, juventude, etc. Tais representações se articulam a concepções mais amplas da vida, da morte, do prazer, do dever, assinalando o espaço do livre trânsito do corpo, do corpo lúdico, do corpo hedonista.

Os dois níveis descritos explicitam a relação existente entre corpo/cultura, determinando a questão: "qual corpo, para qual sociedade?"

Um outro nível de atuação do corpo é aquele do conjunto das práticas de "manifestação" que considera o corpo como produto social, onde seu processo de produção compreende não somente as práticas finalizadas de ritualização e de perpetuação. Este é o denominado nível estrutural, entendido como um sistema de relações: o corpo é aqui produzido não em função de representações, mas em função de necessidades. Ai estão posicionados os trabalhos de MARX e de VILLERMÉ e a questão não é mais qual corpo para qual sociedade, mas "qual corpo por qual sociedade?"

Os três níveis descritos (ritualização, perpetuação, produção) não podem estar isolados permanentemente, pois o corpo será visto como produto social, carregando consigo um conjunto de traços, nos quais as sociedades podem definir-lhe o número e os traços que o caracterizam e o tornam valorizado. Considera-se, para tanto, a matriz do corpo-ferramenta, do corpo-produtor e de seu duplo: o corpo consumido, o corpo mutilado, ou ainda, a matriz do corpo-sinal, do corpo-espetáculo. Entre os dois será manifestado o corpo lúdico, o corpo erótico, que estarão instalados

no espaço que uma dada sociedade poderá abandonar ou instituir na reapropriação pessoal do corpo.

A literatura aponta fortes tendências de que as ações não se realizem mecanicamente mas resultem da luta dos diversos atores sociais para a conquista, controle ou reapropriação de seus corpos na globalidade ou em tais ou quais dimensões estabelecidas. Lutas recentes dos movimentos em saúde, implicando na participação popular, reivindicações, cidadania, são exemplos claros da tendência descrita.

3.3. "O presente contraditório"

Dentre o conjunto de preocupações metodológicas que permeiam as discussões científicas sobre os objetos passíveis de análise em Sociologia, como corpo, linguagem, imaginário, metáforas da fala manifestadas nos depoimentos sobre saúde e doença, apresenta-se o materializar do próprio cotidiano, já tão fortemente tomado como referência e interesse por parte de outras disciplinas em seus múltiplos enfoques teóricos.

Nossa cultura é caracterizada por minimizar, quando não, recusar a dimensão deste cotidiano, o que é também observável nas Ciências Sociais, através das diferentes correntes teóricas que visam alcançar sua análise, onde as consideradas mais modernas, quando buscam referendar o cotidiano, o fazem unicamente para revelar a importância de toda uma série de aspectos que não foram ainda trabalhados sistematicamente pela Sociologia, mas "para transformar a maneira de enfocar o problema social e métodos para estudá-lo". (CRESPI, 1983, p.40)

A minimização atribuída à dimensão do cotidiano como uma tendência da cultura, permite possa ser escamoteada sua dimensão autêntica, dado o risco da redução à banalidade. Para CRESPI, o cotidiano "é um produto das formas de mediação simbólica e não deve ser pensado como estando mais diretamente ligado às bases naturais da vida". (1983, p.40)

Considerando ser no cotidiano que se dão os processos de representação social dos agentes ligados ao imaginário constituído pelas regras desse mesmo cotidiano, há a tendência de tomá-lo como referência histórica e, por isso, como determinante da

temporalidade entre passado, presente e futuro, período em que os fenômenos sociais ocorrem. Assim sucedeu no positivismo comtiano, no cientificismo marxista, no nihilismo de Nietzsche e até mesmo em Heidegger.

Observando-se a lógica interna referente às suas condições de existência, o cotidiano pode ser compreendido "como o produto transitório de uma ruptura ligada a uma etapa de evolução natural ou histórica, ou então como o resultado contingente de uma cisão perversa devido a um processo de alienação". (CRESPI, 1983, p.42)

O presente cotidiano não pode, assim, tentar ser compreendido no emaranhado da memória e da espera, mas na atitude fundamental da atenção onde ele se revela a si mesmo como uma presença-ausência enigmática, que não pode ser explicada nem pelas fábulas do passado, nem pelas projeções do futuro... Daí o caráter de risco que ele comporta...

A adesão ao cotidiano implica na capacidade de se expor à indeterminação do eventual, de fazer face ao risco de sua anulação, pois ele poderá ser reconhecido pela imprevisibilidade que o caracteriza e o revela, como oposição à rotina repetitiva, a única e verdadeira ligação na qual pode surgir o insuspeitado.

Não é considerado irrelevante, no entanto, que o cotidiano seja ao mesmo tempo rotina e automatismo e que a compreensão da sua dimensão repetitiva deva ser aprofundada numa perspectiva que não seja apenas negativa, pois o repetitivo, o habitual, é também uma maneira de liberar-se, de sair do tempo, de ultrapassar a condição para pensar o novo, libertando nossa atenção de marcas que nos acompanham diariamente.

Recusar o cotidiano seria revelar a incapacidade de viver a existência tal qual ela se apresenta na realidade de sua presença e de sua repetição? Seria como se uma tentativa de viver a existência num lugar que não lhe pertence? Tal questionamento demonstra que o caráter inconciliável da existência se mostra também na dificuldade de se aderir ao cotidiano e de aceitar os seus limites.

A negação do cotidiano estará presente quando observadas as justificativas, as explicações e as descrições dos políquelixos, traduzindo terem eles vivido sempre "à espera do amanhã" que talvez pudesse fazer-se acompanhar das desejadas chances de cura. Assim, há de se convir que no processo de espera pelo cotidiano ideologizado (utópico?) do futuro, os atores doentes não viveram o hoje, mas manifestaram-se por todo o tempo "adoecidos por antecipação". Frente tal situação é pensada a organização social e seus consequentes sacrifícios, onde "o poder procura fazer com que o magro pão de hoje seja comido, pensando nos circenses de amanhã..." (CRESPI, 1983, p.44)

A discussão entre a adesão, recusa ou negação do cotidiano evidencia que este não poder ser transformado, sem que haja uma transformação das estruturas sociais, se é que se quer seja interrompido o círculo vicioso, no qual, quanto mais de recusa o cotidiano, mais ele perde o sentido e, que quanto mais ele perde o sentido, mais é recusado...

A degradação do cotidiano, por outro lado, não pode ser superada de maneira unicamente individual. Faz-se necessária uma transformação concreta das significações e representações coletivas intimamente ligada à transformação das estruturas sociais,

hem como das condições materiais de vida.

De acordo com o observado por Agnes HELLER ("Sociologie de la vie quotidienne"), "não é o cotidiano em si, mas as relações sociais que tornam típicas as relações alienadas com o cotidiano". Considerando esse ponto de vista, a adoção do cotidiano-presente como parâmetro desalienante, conduz à compreensão das representações sociais enquanto manifestações individualizadas das regras imaginadas do coletivo da sociedade real, que permite sejam construídas imagens reveladoras da passagem e relação existente entre o que se denomina sociedade real e sociedade imaginada.

Como estabelecer a ligação entre real e imaginado senão tecendo-os em imagens que o tornam vivos? O que seria, pois, a realidade da sociedade se inexistissem a comunicação e a representação? A realidade concreta tem sido abordada sob diversas formas, no sentido de buscar compreender a realidade imaginada. Nessa direção, HEGEL aponta que "a realidade é a unidade... da essência e da existência". O real é essencial, mas é um essencial que existe, que não tem nada de uma essencialidade abstrata. Assim, é tido como verdadeiramente substancial.

A realidade empírica tem sido ainda enfocada em outro sentido, no qual a aparência não é senão um aspecto da sociedade real em que a própria empiricidade não passa de uma simples modalidade. Considera-se, no caso, que "as relações sociais são reais pelo que elas são vividas, pelos homens". (LEDRUT, 1987, p.43)

3.4. "O real e o imaginado"

É sabido que as experiências vivenciadas pelos atores no cotidiano não se reduzem à simples tendência da receptividade, pois os desejos e as vontades entram igualmente em jogo. Assim sendo, a sociedade real não é nem um objeto em si mesmo, nem um puro dado sensível. Uma sociedade real é um tecido complexo que não é mais objetivo que subjetivo, onde se mesclam não o espírito e as coisas e sim todos os componentes da experiência social. A sociedade real é, pois, tanto os fantasmas e as imagens, quanto os instrumentos de produção...

Poder-se-ia dizer, assim, que o imaginário é simplesmente uma parte do real?

O mundo imaginário e tudo aquilo que é imaginário na sociedade dá lugar a um inventário de formas altamente enriquecidas, o das imagens e do próprio imaginário. As imagens, são realidades físicas e mentais que têm uma significação. Elas, por sua vez, "representam" alguma coisa que sempre aparece na e pela imagem ao sujeito.

A sociedade real é repleta de imagens também reais que não são apenas imaginárias, irrealis, subjetivas, psicologizadas. São significantes que têm uma materialidade bastante evidente. As imagens, portanto, não nascem sozinhas.

Se, dessa forma, as imagens não surgem isoladas, é necessária a presença do produtor-emissor e do receptor-espectador para que ela cumpra sua existencialidade. A imagem é, no geral, a produção de uma representação comunicável aos espectadores, permitindo ir além da representação individual e ver na própria ima-

gem, alguma outra coisa além de seu tema aparente: seu significado e seu significado, no domínio da simbólica. Através das imagens, podemos tocar as grandes dimensões da vida social e cultural...

Se partirmos da imagem do ator doente e estabelecermos uma relação com a imagem do medicamento que lhe é administrado sem ligar tais imagens ao imaginário que as vivifica, estaremos considerando apenas a imagem em si mesma, isolada da ação, tornando um objeto de contemplação e de sonho (ilusão), já que sua funcionalidade social repousa frequentemente sobre o limite do caráter estético da sua significação. Desse modo, estar saudável ou estar adoecido, é uma forma de representação que carrega consigo uma imagem, provinda do imaginário real impregnado de valores, de ritos e de mitos.

Diante das condições objetivas e concretas da imagem, estas são consideradas mais reais porque são perceptíveis, mas tais condições têm estabelecido limites nítidos na análise de algumas disciplinas das Ciências Sociais, mantendo-as coladas à concretude dos fatos observados, admitindo assim, um caráter reductionista dos fatos.

No entanto, é o imaginário que dá significação, existência e modelagem às imagens, permitindo uma visão mais amplamente analítica e crítica dos fenômenos observados, principalmente quando se tem como objeto de análise a Saúde pública, o queixoso que nela se instala, suas representações imaginadas porém concretizadas nas imagens do ato da própria queixa, no desejo físico do medicamento e na nudez da rotina da consulta médica.

Os imaginários estruturam a cada instante a experiência social e engendram comportamentos e imagens reais. Para LEDRUT, a realidade dos imaginários "é aquela de princípios de organização que não são menos reais que outros princípios de organização social na qual se evoca com complacência a inteira e plena realidade. Assim, a sociedade do imaginário é a própria sociedade". (1987, p.45)

Todos os imaginários são núcleos de grandes mitos: saúde, doença, sistema de atendimento médico, o próprio médico, o medicamento, tratamento, cura, dentre tantos outros. Esses mitos, propriamente sociais, que se referem à representação, constituem, a partir dela, uma sociedade imaginária que tende a ser vista como estando separada da sociedade real.

Como então definir o real e o imaginário? Pode-se isolá-los um do outro? Nem o real, nem o imaginário têm um estado estável e definido. Eles são móveis e transitórios. Tudo depende do tempo e do momento em que se dão.

Se a realidade é como se vê, a unidade da essência e da existência, o imaginário é um modo de ser de uma essência que ainda não se tornou existência ou que perdeu a existência. Assim, o imaginário é um "possível mais ou menos real". Nesse caso, seria viável estabelecer que há alguns graus do possível, graus de realidade que apresentam um crescimento e um decrescimento contínuo da essência à existência, do imaginário ao real.

A sociedade real é, pois, uma sociedade que "realiza". A realização, exige a ação dos atores que constroem a sociedade e chegam a lhe conferir uma verdadeira substancialidade ou realidade, na qual o essencial reúne o existencial onde o imaginário que

anima os atores intervêm na realização do social. Novos imaginários e novas imagens contribuem para a realização de uma nova sociedade...

Considerando que tudo se mantém ligado na relação entre a ação e o sonho, a própria ação e seu conteúdo estão presentes no sonho. As imagens estão apenas metamorfoseadas, erigidas em realidade de sonho e matéria, ligados a uma atividade determinada, por um outro caráter também mantido em relação com o real da vida cotidiana.

Todo discurso que invoca ou visa o real, a realidade social, vê-se tentado a identificar o real pelo objeto, demarcando o fato do objetivismo sociológico, avaliando e discutindo apenas o aspecto factual do processo analisado em sua superficialidade, em seu caráter lógico-contemplativo.

Assim sendo, o presente trabalho tem por proposta ultrapassar a análise do óbvio, do aparente, penetrando o imaginário e a essência, a historicidade do real, a partir das metáforas que têm origem no imaginário, nas imagens internas, no ideário cultural, externalizadas pela linguagem dos discursos do políqueixoso quando das suas representações sociais sobre o próprio corpo.

A literatura aponta que o imaginário social além da sua funcionalidade bem real, é um modo de realidade do possível de uma sociedade. A sociedade imaginária, por sua vez, é então a dupla dimensão temporal (histórica) da sociedade real, a qual implica sempre outro dado que aquele tomado simplesmente ao acaso. A sociedade imaginária tem, pois, um futuro e um passado, como os indivíduos, e está submissa a problemas do imaginário tanto quan-

to estão submissos esses indivíduos.

Enfocando a temporalidade do mundo imaginário, nota-se que o passado não se deixa facilmente ultrapassar e o futuro pode se evadir. Acredita-se, assim, haver uma certa dialética do real e do imaginário, onde o real transparece no imaginário e o imaginário no real, tipificando o processo histórico, embora, segundo LEDRUT (1987), a realidade social possa deixar de ser histórica, possa estacionar e se fixar ou cair no essencial, sendo sua lei a autoconstituição da realidade social. Tal transitoriedade caracteriza a sociedade humana, como sociedade real.

BERGSON escreve que "a sociedade real não é a sociedade acabada, é a sociedade que faz e que se desfaz, graças à dimensão imaginária da vida social, o que permite observar a ligação estreita que há entre a vida social e a invenção social... Existir para uma sociedade é inventar-se permanentemente..." Neste sentido, deve-se considerar que a denominada invenção não é propriamente uma atuação técnica ou mecânica dos atores sociais, a não ser que ela fosse considerada uma ação mágica ou miraculosa (no plano do irracional).

A invenção social é apontada como tendo origem em sua parte essencial, ao trabalho do imaginário coletivo. Uma parte importante dessas atividades imaginantes ou imaginativas é consagrada à busca de solução aos problemas de fins e valores e não de meios, por serem considerados estes, uma preocupação de cunho restrito às atividades intelectuais e, por conseguinte, não práticas.

Os problemas de fins e valores são frequentemente provocados e engendrados pelos conflitos e contradições da ação so-

cial, sendo porisso possível constatar e considerar objeto de investigação sociológica as continuadas ações conflitivas de busca pelos cuidados médicos e, supostamente pela cura, acarretando uma também conflitiva rotinização dos processos de procura, tanto na realidade quanto no imaginário do poliqueixoso.

A continuidade e rotinização da poliqueixa evidenciadas nas representações sociais do ator doente, resultantes das contradições culturais, são alicerçadas em imagens e imaginários verdadeiramente dinâmicos. Essas imagens e imaginários são modelos de ação possíveis, anteriormente imaginados, que serão ou não experimentados e praticados numa futura representação social, mediante processo de queixas sobre o estado de saúde.

O imaginário expressa, por sua vez, a realidade do possível, que não é senão uma forma de vivenciá-la, pois ela se faz presente na simulação. Antes mesmo de que seja realizado o possível, através da concretização das ações, faz-se necessário exercer esse possível, por antecipação, imitando-o, representando-o.

Frente às condições de imitação e de representação do ainda não concretizado, não real, dos ensaios idealizados por antecipação, da suposta ação, reação e relações para quando vier a estar adoecido, ou mesmo quando vier a encontrar-se com o médico numa futura consulta, o poliqueixoso dá vazão e força à sua criação imaginativa, momento esse em que florescem os recursos a serem utilizados na linguagem metafórica.

Percorrendo o caminho inverso desse processo, teríamos então: Ao se queixar sobre as condições do seu corpo, revelando seu maior ou menor estado de adoecimento, o poliqueixoso estará

desempenhando uma representação social, fruto das contradições culturais expressadas por meio de uma linguagem arquitetada em metáforas. Tais metáforas são reveladoras de um processo histórico contundente, de uma realidade existencial desigual, recortada pela não distinção entre o real e o irreal, entre a imagem e o imaginado. Nesse discurso, estão contidos os sonhos, a invenção e o "possível", bem como todas as pré-concepções e antevisões do momento presente já idealizadas num passado imaginativo, que poderão ou não cumprir-se efetivamente no futuro. Dá-se aí, uma descontinuidade na temporalidade do real e do imaginado, refletindo o "aprisionamento" do poliqueixoso nos fatos comuns do seu cotidiano adoecido que é, no geral, acompanhado por um imaginário também doente.

Na concretização dessas manifestações, ou seja, nos atos das representações sociais, são revelados os caracteres da imaginação simbólica, utilizados pelo poliqueixoso para traduzir seus sintomas e sinais orgânicos, reveladores do seu estado de adoecimento, perpassado por um discurso linguístico elaborado em metáforas.

A imaginação simbólica, por seu lado, se encarregará de fetichizar, dando suporte real à realidade imaginada, aos fantasmas e fantasias das imagens que fazem parte do cotidiano do poliqueixoso, presentes no seu discurso e acima de tudo, nos seus desejos: atenção médica, rituais de saúde e de doença, concretude simbólica do receituário médico, da solicitação de exames laboratoriais ou radiográficos, culminando na magnitude concreta do medicamento prescrito, perfazendo a rotina da magia ritualizada e mitificada da condição de "estar doente".

Cabe questionar uma vez mais, se para o poliqueixoso a condição de "estar doente" e, conseqüentemente queixar-se, torna-se mais importante do que a condição de "estar saudável". Deve-se levar em conta ao buscar resposta, que sendo o imaginário algo considerado dúbio, não é visto como um conhecimento a ser considerado verdadeiro ou falso, ou se sua realidade é aquela do hoje ou do amanhã... Nesta condição, o aspecto considerado "negativo" do imaginário, concretamente representado na ação do poliqueixoso, é apenas uma das partes de um todo contraditório que, como condição do próprio imaginário, não segue uma linearidade, nem se fixa como verdade final, sofrendo mudanças a cada estímulo externo ou interno (objetivo ou subjetivo) que possa viver a receber.

Tecendo considerações sobre as contradições apontadas ao imaginário, LEDRUT (1987, p.55) afirma que "a função do desequilíbrio do imaginário é paradoxalmente uma função de realização, sem nos esquecermos que o imaginário não é jamais totalmente equilibrado ou desequilibrado, pois ele sempre participa das duas funções".

Embora algumas vezes o comportamento humano possa parecer excessivamente unilateralizado devido serem consideradas as representações sociais muito aproximadas da imitação e de um imaginário aparentemente empobrecido e de caráter continuista, cabe considerar a infinidade de manifestações corporais dos indivíduos adoecidos através de suas representações, inseridos no cotidiano que continuamente os cerca, envolve e preenche de imagens reais e ideologizadas, situando-as na concretude das próprias manifestações corporais.

As manifestações corporais adoecidas, partes da fantasia imaginada que integra o imaginário do poliqueixoso e caracteriza seu perfil, acenam para a "diversidade dos olhares" que consagram um tipo de avaliação sobre a saúde e a doença.

O "olhar clínico" do médico, dada sua natureza, aponta para tomadas de condutas técnicas fundamentadas em teorias científicas e na prática profissional, exigindo que este personagem, enquanto um dos agentes interativos, "devesse ouvir" o discurso metaforizado do poliqueixoso como se separando e extraíndo de cada frase, os substantivos dos adjetivos, as verdades das fantasias, o concreto do abstrato, o real do imaginário, os indícios adoecidos do tracejar da ilusão, da fascinação, da ansiedade...

O poliqueixoso, também na condição de agente interativo, aponta seu olhar para seu centro de desejos, assumindo característica amadorística, profana, empírica, enquanto recolhe e seleciona argumentos linguísticos que espera sejam capazes de pronunciar e enunciar suas verdades, de maneira que estas se coloquem muito próximas do esquema de referência do seu par social, esperando facilitar-lhe o direcionar do olhar clínico...

O olhar clínico, no entanto, dadas as expectativas bilateralmente estabelecidas pelo processo interativo, não encontra correspondência à "postura mágica" esperada pelo poliqueixoso, que para tentar reforçá-la, recorre redobradamente aos esquemas metafóricos.

Vemos assim, o contínuo metaforizar do poliqueixoso que decide por um discurso sobre o corpo e o estado de saúde, segundo o suposto quadro de referência científico "do outro". O médico, por sua vez, mesmo sabedor dos artifícios metafóricos, bus-

cando alcançar dados adequados para interpretar o quadro nosológico do poliqueixoso, metaforiza também, quando o questiona-argumentando, num igualmente suspeitado quadro de referência profano "do outro".

Enquanto relacionados à imaginação simbólica, médico e paciente, cada qual a seu modo, com motivos e olhares distintos, fazem das metáforas a grande arte das relações sociais na Ciência médica.

3.5. "Corpo e ritual do cotidiano"

A ritualização da vida cotidiana e as trocas entre os pares sociais englobam uma soma considerável de gestos, de posturas, de distâncias, de regulação de sentimentos e de um plano sensorial estabelecido.

A vida cotidiana se desenrola, assim, sobre uma trama de pontos de referência e também sobre o plano corporal, que permite a cada ator o emprego de sua existência no seio do coletivo.

As condições da vida diária interferem, por sua vez, na interação dos agentes sociais, pois, numa mesma rede de relações sociais, as sensações, os gestos, as posturas, as representações do corpo, são divididos entre os atores com uma pequena margem de variação. Suas experiências somáticas espelham uns aos outros... Se diferenças intervêm, elas são quase nada consideráveis, tanto que não transpõem o limiar de uma outra estrutura social.

Através do reconhecimento mútuo das características corporais parece o próprio corpo ficar relegado a um segundo plano, quase como se fugindo do campo da consciência, diluído no quase automatismo das ritualizações do cotidiano.

Tomando como referência o pensamento de LE BRETON "no decorrer da vida cotidiana, o corpo dissipa-se" (1982, p.274), pode-se observar que o corpo é considerado como um suporte material, como operador de todas as práticas sociais e todas as trocas efetuadas entre os atores. Tal pensamento, referente ao aspecto material e aparente do corpo, deve ser considerado, no entanto, como sendo um depositário das imagens, do imaginário, da

essência.

Obedecendo a ordem sequencial do cotidiano, que reclama a presença necessária do corpo, o ato repetitivo do dia-a-dia encobre as sinuosidades do mundo, prendendo ou suprimindo detalhes da exterioridade dos atos ou das coisas, reduzindo-as a signos recorrentes, desprovidos de toda alteridade ou reciprocidade.

Observa-se, ainda, que nas análises sobre o cotidiano, dentre as características, fatos e objetos analisados, o corpo (enquanto presença viva, representante das ações, portador das práticas através das quais o social se exprime), é frequentemente considerado ausente como realidade viva, mesmo que haja alguns momentos em que o sujeito possa ver-se nele reforçado. Neste caso, estaria o corpo também ausente na consciência deste sujeito que, embora seu proprietário, leva em conta apenas os próprios atos enquanto situações isoladas?

Para LE BRETON (1982), "o homem ocidental afirma implicitamente seu desejo de não expor seu corpo à prova, de esquecê-lo tanto quanto possível". Se assim puder ser considerado, o corpo não transpareceria verdadeiramente na consciência do sujeito, senão nos momentos de crise, como dor, sofrimento, fadiga, ferimentos, impossibilidade física de cumprir tal ou qual ato, prazer, etc., ou seja, em situações que restringem o campo de possibilidades do sujeito ou que, ao contrário, o ampliam, fatos que, no geral, acontecem mais raramente.

Relacionando corpo e simbólica social, tem-se que a própria simbólica que interpreta e retrata o corpo, dá ao sujeito meio de ocultar a realidade ambigua à qual está ligado. Para LE BRETON, "a socialização do corpo, que toca tão bem o íntimo que o

torna infimo, não é, neste sentido, a singular busca da sua valorização?" (1982, p.275)

Merece ser indagado ainda, frente às práticas sociais que exigem a presença e atuação do corpo, se este não existe na consciência do sujeito senão somente a partir do momento em que, enquanto ator, cumpre suas funções orgânicas habituais e não apenas como uma fonte de atuação social constantemente presente. Quando em tais condições, o corpo estaria fortemente ausente da consciência do próprio sujeito, assumindo uma simbólica entre o mito e o mistério.

Além disso, esse corpo do sujeito-ator pareceria cessar de refletir-se no fiel espelho "do outro", o qual, nessa situação de verdadeira magia faz-se ausente quando o ator e seu corpo são colocados em cena. Sugere-se ainda uma verdadeira ruptura dos sentidos, no momento em que é colocado em evidência o corpo do sujeito... Em tais condições, o corpo estaria cumprindo apenas o ritual social, materializando-se, para tanto, em representações sociais.

São vários os pensadores que discutiram as normas socialmente aprovadas para o corpo tomando como base os atos das representações sociais, dentre eles Jean-Paul SARTRE "L'Être et le néant" (1943) e Pierre HENRI "Les Aveugles et la société" (1958). Estes trabalhos descrevem situações em que a "aprovação e o consentimento sociais" colocam o corpo do indivíduo em mera função da definição social, exigida pela situação dada, mediante um conjunto particular de técnicas ritualisticamente apresentadas, originando verdadeiro automatismo (etiqueta corporal...).

Desde que toda situação social seja acompanhada de uma certa "etiqueta corporal", os atores que dela participam não podem transgredi-la sem que se sujeitem a riscos. Neste sentido afirma LE BRETON (1982), que "na vida corrente, somos guiados por toda uma rede de ritualizações que estruturam a evidência do corpo e o inscrevem flexivelmente no conjunto das situações que o ator deve enfrentar" (p.277).

Assim sendo, o ato de consulta ao médico, estabelecerá uma relação socialmente dirigida e controlada na qual o paciente, fugindo das relações consideradas rotineiras do seu dia-a-dia, dá seu corpo a ser ritualisticamente observado pelo médico que nele buscará tecnicamente interpretar os sintomas e sinais provenientes das queixas.

O corpo, ao ser submetido à análise pelo "olhar clínico" do médico como se ao paciente não pertencesse, poderá conotar estar ultrapassando sua própria dimensão existencial, por encontrar-se ali presente na condição de "presença-ausência".

Essa dualidade, favorece ao imaginário do doente poder trabalhar o discurso metafórico, como se numa tentativa de tornar-se efetivamente presente na relação socialmente estabelecida entre médico e paciente.

O discurso de um poliqueixoso metaforicamente construído é ricamente constituído de uma intensidade apaixonada, emocionalizada, mas para que as emoções aí contidas não venham ameaçar a ruptura ou o equilíbrio da relação social estabelecida, elas assumem um caráter simbólico de permissão e, tornam-se culturalmente aprovadas, reproduzindo livremente em todos os níveis do seu corpo, normas que foram institucionalizadas e que visam con-

trolar os atos, que em outras condições do cotidiano, poderiam ser apontadas como anômalas ou desviantes (ex: o pudor).

Para compreender, ainda, o processo de escolha do poliqueixoso por tal ou qual especialidade médica a ser procurada, tanto quanto pelo tipo de discurso que será proferido, sua maior ou menor intensidade ou qualidade no uso das metáforas, devem ser observadas as regras de conduta que caracterizam e controlam a interação social que se instala a partir de uma certa definição, simbolicamente compactuada, entre médico consultante e o próprio poliqueixoso.

Além do aspecto verbal ou das tomadas de iniciativa nesse processo interativo, tematizado pela saúde e pela doença, há que se considerar a dimensão física da troca, pois a situação é limitada por uma certa margem de posturas corporais, de gestos, de manifestações íntimas, numa ação também corporal que varia segundo o interlocutor, o grau de familiaridade com o tema e com "o outro", acompanhada de toda a virtude da tolerância, possibilitando ou dificultando que a representação corresponda em maior ou menor grau de fidelidade ao imaginário do ator-adoecido. Concorrendo com LE TRETON (1982), "cada contexto social produz uma 'etiqueta social' que lhe é própria". (p.280)

Desde que o ator-doente tenha perdido suas relações de identificação somática com "o outro", o conflito da "dissipação do corpo" é instalado. Neste sentido, torna-se legítimo indagar se os controles corporais que funcionam através de diferentes níveis de sociabilidade não são verdadeiros rituais de "resguardo" do corpo, já que a dialética fluida da palavra e do corpo se fecha de súbito, torna-se opaca, real ou imaginada, esmaecendo a

concretude do corpo onde um possível "embaraço" pode tornar-se tanto mais vivo que os caracteres físicos do sujeito que acabam permitindo-lhe uma menor identificação, dada sua enfermidade ou a desordem de seus gestos.

Questiona-se ainda: a aparência doente, os sintomas e sinais que caracterizam a enfermidade, o próprio quadro nosológico e os consequentes traços psicológicos que acompanham as manifestações do imaginário também doente, não seriam os responsáveis pelo corpo cada vez mais ausentado da relação dual, cada vez mais esmaecido na sua concretude, quase como se praticamente pertencesse a um plano secundário ou até mesmo inexistisse?

Na vida cotidiana, o corpo torna-se então objeto de verdadeiros rituais de "ausência", onde ele não deve transparecer como "materializado", sob pena de suscitar desaprovação ou causar mal-estar. Esta é uma reivindicação ritualizada nas relações interativas, tida como uma tendência predominante da nossa sociedade do ponto de vista corporal.

Se o corpo é colocado à mercê do ponto de vista "do outro", consequentemente também estará à mercê do outro imaginário que o acompanha, bem como as imagens e representações. Da mesma maneira estarão sua força de expressão e sua linguagem referidas no "outro" e... por definição, o uso da linguagem do ponto de vista do outro é denominado "metáfora", razão pela qual o polí-queixoso naturalmente metaforiza!

Tendo o binômio saúde/doença como pontos de referência na análise sociológica e considerando, para tanto, esse binômio em suas características simbólicas, temos ao nosso alcance mais imediato não o corpo adoecido do qual se fala ou ao qual se faz

referência, mas imagens da representação adoecida do sujeito/ator/proprietário desse corpo, inscrito nas regras do cotidiano, informando ao exterior os sintomas e sinais expressados numa teia comunicativa.

Nosso tempo é um grande consumidor de fórmulas, reveladoras de um conjunto de tentativas que visam definir uma dominante mutação contemporânea. Este é um novo estágio do social e da cultura que resultam da multiplicação de redes comunicativas, de suas conexões, de seu trabalho em associação.

Embora todas as sociedades, de todos os tempos sejam espaços de comunicação, de informação, é através da dupla produção material e simbólica que se torna caracterizado seu modo de existir e sua inscrição na História.

No processo de evolução dos discursos proferidos pelo paciente ao médico, com o decorrer do tempo foram sendo vistos como contribuição de suma importância, principalmente enquanto fonte informativa auxiliar ao diagnóstico médico.

Tal valorização dessa fonte informativa auxiliar, permite que tal atividade do médico não esteja presa nem limitada exclusivamente ao seu saber técnico-científico, fato esse que lhe auferiria uma certa "aura mágica". Apoiado então no discurso do paciente, o médico se vê liberado para a tarefa paralela de cuidadosa atenção às informações e dados que lhe são fornecidos pelo ator-doente, agora não mais visto como uma simples fonte informativa de dados quantitativos e sim, considerando-os em seu teor qualitativo.

Historicamente, o discurso e os depoimentos do paciente passaram a ter significado na consulta médica, já colocado em

discussão durante toda a segunda metade do século XIX, porém apresentado como um fato novo só depois dos trabalhos de FREUD.

A partir dos trabalhos de FREUD, "a questão do 'sujeito' torna-se o ponto de referência na medicina psiquiátrica exigindo a necessidade do 'diálogo' entre o médico e paciente para um diagnóstico mais correto e uma terapêutica eficiente, embora o subconsciente (só o do paciente!) possa ser tido aí como um obstáculo ao bom andamento deste diálogo..." (NOVAES, 1987, p.38)

Aponta ainda NOVAES (1987), que mesmo frente a este fato novo, o do diálogo, para o saber médico mantém-se a gênese e a manifestação básica da doença no próprio indivíduo, acarretando um discurso psicologizador sobre a Ciência Médica, onde a complexidade do psiquismo e as várias formas de conceituá-lo que a História produziu, reduzem-se a conceitos que instrumentalizam alguns procedimentos de consulta médica, sem alterar seu caráter fundamental: "agora e sempre se trata do encontro entre dois sujeitos (atores sociais), em que um detém um saber que lhe dá o poder legítimo para julgar e legislar sobre os problemas (não só de doença) do outro". (p.38-9)

Embora verdadeiros o saber e o poder que o médico detém, o discurso médico não pode sustentar de modo absoluto que a relação entre ele e o paciente "é apenas a de um saber e um objeto, é obrigado a reconhecer a existência do sujeito" (NOVAES, 1987, p.41).

Assim sendo, no decorrer da história da consulta médica, o depoimento sobre o corpo (questão do sujeito), passou a ocupar um lugar de destaque. Até então, o médico, calcado no seu conhecimento teórico e habilitado na sua experiência clínica, de-

cidia por si só (poder do olhar clínico somado ao saber científico) sobre os sintomas e sinais captados e interpretados, que culminavam no possível diagnóstico e no consequente tratamento.

Dada a especialidade médica e tipificação científica do trabalho de FREUD (Psiquiatria), a valorização atribuída ao discurso do paciente era ainda considerado como manifestações do subconsciente a serem simbolicamente interpretadas pelo saber médico, o que metamorfoseia o diálogo em provável monólogo...

A evolução da Medicina, da Clínica Médica, bem como a profusão e proliferação do vocabulário médico/científico/farmacológico, facultam sua aquisição por parte do paciente que, mesmo em estilo amadorístico, passa a relatar suas queixas numa versão interpretativa, a seu critério, sobre corpo, sintomas e sinais. Assim, o paciente imprime ou não, através do seu discurso, uma maior ou menor fidedignidade ao imaginário e ao imaginado.

Hoje, não muito foi modificado.

Mesmo contando com a evolução da Medicina, da Clínica médica e das novas chances que o poliqueixoso encontra na sua suspeitada "liberdade para o diálogo", são mantidos os problemas na relação médico/paciente, emissão/compreensão de significados das queixas, embora as inovações e evoluções.

Conforme teremos oportunidade de observar por ocasião das análises dos relatos e depoimentos oferecidos pelos poliqueixosos, bem como quando da conclusão para qual o presente trabalho apontará, desencontros entre o "discurso médico" e o "discurso do poliqueixoso" continuarão existindo.

No decorrer do processo histórico, os médicos se mantiveram aperfeiçoando suas habilidades sem, contudo, destinar tempo

e condições para ouvir e compreender o que o poliqueixoso tem a relatar. Por outro lado, esse paciente, embora tendo, nesse mesmo espaço de tempo, adquirido algumas técnicas e recursos com o objetivo de melhor traduzir seus sintomas e sinais, continua não se fazendo compreender e, com isso, deixando escapar do seu alcance os significados necessários, super-elaborando significantes, dissimulando-se nas metáforas...

3.6. "As imagens e o novo homem"

A modernidade que distingue as sociedades pelo acelerado da sua evolução histórica desde a Revolução Industrial culminou em novas revoluções, as de caráter cultural, que transformaram os costumes, os desejos, as fantasias e as imagens, atingindo os artifícios invejáveis da informática, produzindo no cenário histórico-social, um novo homem.

Nesta realidade complexa, as redes comunicativas instrumentalizam as relações sociais, produzindo novas imagens, engendrando novos ambientes, novas visões de mundo, novas culturas, capazes de unir e ao mesmo tempo separar homens e sociedades, segundo o que eles conhecem, pensam, as formas como agem e reagem frente aos resultados das revoluções vividas, assimiladas e incorporadas, categorizando-os em tradicionais ou modernos.

A influência cultural sobre atores provindos de sociedades consideradas tradicionalistas, forja imaginários e representações aparentemente pouco expressivos. A comunicação por eles adotada é limitada quanto à sua extensão, natureza e qualidade do meio, induzindo atores-adoecidos à opção da não banalização da palavra proferida (considerada a substância dos seres e das coisas), nem da imagem (meio de estabelecer relações e de agir).

A comunicação neste meio tradicionalista, transporta grande carga de sentimentos, o que amplia as chances de utilização da metáfora, principalmente quando o referencial do qual se fala é o próprio corpo adoecido. Imagem e oralidade, acopladas ao desejo, ao sentimento de posse ou de perda para o imaginário doente do ator-doente, compõem, no entanto, uma riqueza cultural-

mente cumulativa e de incalculável valor de pesquisa.

Para atores-adoecidos provindos de culturas apontadas como mais elaboradas, de sociedades significativamente tecnificadas, a influência exuberante dos processos e mecanismos de comunicação de massa, interferem na sua ampliação e criatividade, nos sentimentos, desejos, imaginário, facilitando verdadeira explosão comunicativa sob a forma de metáforas linguísticas, arquitetando o enriquecendo os discursos sobre o corpo.

Em ambos os casos, a criatividade da linguagem imaginativa ou tecnificada, colore imagens e oralidade, garantindo o espaço social do poliqueixoso.

A imagem, enquanto representação do mundo exterior, ilustração da vida coletiva, instrumento de ação ou figuração dotada de eficácia, é considerada intermediária entre o pensamento e o ato, traçando efeitos reais, convertendo a idéia em força atuante sobre o mundo material e as relações sociais, para além dos universos explorados, especulados e construídos pelo homem. Para BALANDIER, (1987), a imagem nasce com a pré-história do social e acompanha a evolução das civilizações...

Por outro lado, a imagem real e a ideologizada administram a magia que paira sobre o ambiente humano, permitindo uma certa domesticação ou escravização originadas no processo de socialização e consequente inserção cultural do ator, como se criando e exprimindo uma relação com o divino, tornando possível seja expressada em representações sociais o "espaço sagrado do corpo".

Nessa situação, a sensação experimentada pelo ator-doente de perda da propriedade do corpo ganha força e intensifica

a elaboração das metáforas nos discursos sobre as queixas. Assim, controlada por princípios da aceitação e da aprovação sociais que refletem imaginário e representações construídas sobre o estado de saúde/doença do corpo, a imagem nunca se apresenta neutra... obedece pelo menos a um padrão ditado pela moda.

Enquanto manifestação do sensível, a imagem permite a ação dos homens, informando o que poderá ser apreendido pelo imaginário e dominado pela ação simbólica, carregando consigo poderes que emanam de uma realidade aparentemente distante do homem, lentamente explorada, aprovada mesmo antes de ser conhecida.

A multiplicação dos recursos técnico-comunicativos provocam, por sua vez, diversificação e proliferação das imagens, alimentando a cultura de massa e ativando a produção das "indústrias culturais".

A abstração e a imaginação, em contínua expansão, caracterizam a modernidade que sustenta a complexidade e manutenção dos sistemas de atendimento à saúde para onde são dirigidas as poliqueixas, que baseadas nos mesmos recursos técnico-comunicativos, pretendem ser mensageiras das imagens e do imaginário dos atores-adoecidos.

Na continuidade e repetição desse fluxo comunicativo, ocorre o processo de rotinização das queixas e da consequente "educação para a doença". As imagens revelam, assim, ter acedido a uma liberdade selvagem, extravasando todas as tentativas de controle da emissão/recepção. A proliferação dessas imagens, que acompanha mensagens e dados sobre o corpo, fascina e nutre, para usar a terminologia de Georges BALANDIER, (1987), um certo "tecnomessianismo".

Considerando que as imagens são compostas de formulas que as tipificam, podem ser estabelecidas relações de equivalência entre distintas imagens (de saúde ou de doença, por exemplo), ou seja, atribuir-lhes um conceito de analogia, pelo fato de haver, entre elas, uma certa distância que as particulariza. A manipulação dessas analogias e distinções assegura a base do jogo metafórico e do "escoamento fluido dos conceitos" garantindo tal jogo possa tornar-se objeto de estudos e de pesquisas atuais no campo da Saúde pública e da Sociologia em particular.

Modernamente, as imagens se inscrevem no espaço da cultura do cotidiano pródigo de palavras e de signos, de linguagens "de efeito", de sentidos dos objetos, de novos animismos dirigidos ao mercado, bem como das ações decorrentes do cenário social.

As discrepâncias entre o material e o imaterial representadas nas imagens e nos imaginários, configuram a incerteza no inusitado, no novo, apresentados como um todo, cuja coerência é colocada aos homens como se fosse um outro mundo, pouco explorado, porém dotado de vida.

O tempo e sua velocidade, enquanto unidade de medida adotado para a apreensão e digestão dos fatos, confere à cultura um caráter efêmero e inacabado como se fosse possível estar inserido nela somente através de arquétipos míticos do passado. Tais efeitos demarcam a vida cotidiana, invertendo as formas comunicativas e as relações entre os atores sociais.

Representações sociais reproduzem as próprias imagens e o imaginário, já por sua vez anteriormente representados... Philippe QUÉAU, (1987), aponta que, concretas ou abstratas, as representações não são jamais representações de "qualquer coisa", mas

representações de outras representações. A imagem torna-se, por essa razão, um instrumento exploratório mais e mais poderoso enquanto revelador do campo do real, principalmente em relação à imagem representada pelo ator-doente.

As imagens revelam, igualmente, o mundo exterior com uma maior transparência, ao mesmo tempo em que permitem reproduzir, segundo as convenções sócio-culturais, o próprio modo da existência que as definem. Elas auxiliam seja tomada consciência de um real cujas características são inesgotáveis e que continuamente promovem, transportam e imprimem complexidades que, em condições habituais, são inteiramente insuspeitadas ou mesmo desconhecidas.

Por esta razão se aponta que, desde sempre, a imagem inspira, aos melhores espíritos, a maior desconfiança...

4. AS METÁFORAS DA POLIQUEIXA

"A linguagem, que sempre é significativa, pode estar "vazia" ou repleta de significância. A significância, que é ao mesmo tempo o motor e a "alavanca de mudança", provém da capacidade de manter presente o "vínculo" que existe entre o símbolo e o referente ao qual faz alusão".

Luís CHIOZZA

4.1. O que pensa, o que se diz, o que se cala.

Abordar sociologicamente a Saúde Pública tendo as metáforas como enfoque, permite seja levado em conta não somente a transformação do Sistema de saúde ou do quadro de doenças que acomete a população, mas o modo pelo qual foi possível a significação da postura e inserção histórica dos atores sociais adoecidos (os poliqueixosos) na ritualização do cotidiano culturalmente controlado pelo ideal de Saúde, manipulado, ao mesmo tempo, pela ideologia da Doença.

Porisso, reforçando fundamentações anteriormente lançadas, compreender sociologicamente a realidade da estrutura sócio-opsicossomática do poliqueixoso através de componentes metafóricos nos enunciados de seus depoimentos, é buscar por um novo método de abordagem e análise sociológicos, por uma epistemologia, material que permite alcançar, por sua vez, novo ângulo de observação da realidade social.

Convergindo então o enfoque deste trabalho para a figura do poliqueixoso, dessa forma centralizado como referência na observação sociológica ao mesmo tempo em que um objeto distinto e concreto no contexto da Saúde pública, admite-se que se essa personagem fosse tomada exclusivamente em sua condição original, tornaria redundante o discurso científico, minimizaria o enfoque teórico e permitiria, até mesmo, que a análise metodológica assumisse um caráter redutível a si mesma. Assim sendo, buscou-se evitar a avaliação do ator doente pelo exclusivo critério de doença, ou mesmo, dos matizes da poliqueixa, pela própria poliqueixa.

O poliqueixoso estará sendo focado, pois, enquanto um agente social tomado não simplesmente como doente ou enquanto mais um figurante do panorama social. Tal condição estaria sendo praticamente substituída pelo que da sua condição concreta fosse determinado a partir das relações sócio-culturais por ele estabelecidas, refletidas, na melhor hipótese, na sua linguagem e na sua representação.

Mais ainda: limitar-se a tais condições, mais que simples reducionismo metodológico, seria uma limitação epistemológica ou a descrição quantitativamente interpretada da obviedade que ronda, determina e controla os fatores desencadeantes do binômio saúde/doença.

A questão principal está, pois, no "ir além" do aparente e do visivelmente instalado nas manifestações sócio-psi-cossomáticas do poliqueixoso e, esse "ir além", não é mais do que partir da própria poliqueixa buscando penetrar suas lacunas, espaços, incongruências, consciência imaginativa, imaginários e imagens daí decorrentes. Essas, por sua vez, são reveladas nas representações sociais e bem traduzem a "alma" nas expressões submersas e latentes da própria poliqueixa.

Não que as representações sociais sejam desprovidas de vida, de sinceridade, de manifestações de sintomas e de sinais orgânicos. Ela é, em verdade, a própria retratação da doença. Pretende-se, porém, cotejar as tintas que dão o tom às nuances do quadro nosológico da poliqueixa de maneira que elas mesmas possam evidenciar o testemunho que o corpo/existência revela num todo, composto de múltipartes aptas a traduzirem as divergências que contêm, de modo que se tornem compreendidas enquanto componentes

de um único e múltiplo total, a um mesmo tempo incongruente, enganoso à primeira vista, falso, se observado em sua superficialidade....

Pretende-se, assim, alcançar tanto a essência contida na poliqueixa, quanto os conceitos de verdade para o poliqueixoso, vistos como fundamentos externalizados no ritual da doença e na mística do corpo doente, no que está evidenciado/dissimulado pela linguagem que constrói a enunciação, no que permita ir além do simples entrelaçar entre o aparente e o essencial: as metáforas! São elas que vivificam o processo de reconstrução de toda uma historicidade social que é a própria História Social do poliqueixoso.

Num simples descrever de fatos ou mesmo numa avaliação ligeira e factual do processo de poliqueixa, parecem ser as metáforas nada além de meros adereços da enunciação que, se assim fosse, não passariam de conotações superficiais de um discurso vazio. Compreende-se, pois, que penetrar no discurso da enunciação buscando compreender o que está além do observável na representação cotidiana do poliqueixoso, é permitir, nas palavras de BARBOSA (1974, p.9) que "o nascimento da metáfora seja a morte da 'pura designação', se é que ela existe".

Em verdade, para o estudo da metáfora contida na fala do poliqueixoso, se não se leva em conta a transformação linguístico-ideológica e os arquétipos que incluem significados das imagens e do imaginário do corpo adoecido, não é possível estabelecer o papel desempenhado pelo tropo num verdadeiro sistema de convergência, que é o cotidiano do doente. Assim, "a metáfora e o mito são duas variedades de um mesmo mecanismo que serve à forma-

ção de fenômenos diversos: trata-se de tendência fundamental em descobrir parentescos entre os objetos e em uni-los sob um aspecto novo". (KONRAD, Hedwig. "Étude sur la Métaphore". Apud BARBOSA, 1974)

Dessa forma, considerando a metáfora como referência, acredita-se poder observar uma realidade diversa, ligada à formalização diferente, de significados semelhantes. No sentido ideal, mediante o processo de metaforização pelo ator adoecido, é exigida a presença de um interlocutor, que deverá fazer convergir para o movimento de decifração os espaços real e imaginado. O decifrador deverá estar em estreita dependência da linguagem específica da metáfora, cuja decifração, numa postura de não-passividade de mero decifrador, deverá passar pelo processo de compreensão e interpretação, buscando alcançar a crítica e a articulação entre significante e significado do discurso em foco.

Em se constituindo tais mecanismos de decifração um conjunto referenciado de objetos e idéias obviamente pertinentes ao tema (imagens do real), bem como o conjunto de objetos e idéias a ele não referidos, ou seja, tomados por empréstimo no sentido de enriquecer e aclarar a fala objetivada (por metáforas), tem-se que o trabalho dessa decifração e discernimento, tanto quanto sua articulação imaginativa e montagem, devam ser um trabalho sobre a própria significação.

Significação, por sua vez, "envolve a relação entre o que é num significado verbal do homem e o que está fora dele, mesmo quando esta relação pertence ao próprio autor ou a seu assunto". (BARBOSA, 1974, p.15-19).

Desta maneira, a enunciação enquanto um arcabouço metafórico só se realiza efetivamente, só é construída e proferida pelo poliqueixoso, a partir da experiência pessoal deste, que se torna válida devido ao conjunto cultural que ele conhece e que vivifica tanto sua realidade histórica quanto a dos outros atores sociais que estão inseridos no mesmo espaço sócio-cultural que configura um cotidiano comum.

Em outras palavras, a narrativa metaforizada do poliqueixoso passa a ter sentido a partir da existência do referencial de um outro ator social: o decifrador dessa narrativa. Ambos permanecerão, assim, numa relação de interdependência histórica, social e cultural, de tal modo que se a linguagem metafórica estiver desprovida de interlocutor, tanto quanto o interlocutor estiver sem a "promessa" de enunciação metaforizada que lhe poderá ser dirigida, não terão, ambos, sentido cultural ou social, não tendo, portanto, razão para existir. Só existem, pois, porque são partes de um todo, de um conjunto socialmente estruturado.

Faz-se aqui importante considerar que a presença necessária de um decifrador da narrativa sobre saúde/doença, metaforizada ou não, não é exclusividade do poliqueixoso. Todo ator adoecido terá necessariamente um discurso a ser proferido, uma narrativa que lhe permita traduzir as condições biopsicossociais sentidas, bem como as imaginadas, que são, na verdade, uma leitura pessoal e intimista do seu estado de maior ou menor desconforto, de adequação ou inadequação ao seu espaço imaginado/criado, do seu corpo bem ou mal harmonizado neste espaço...

O que diferencia então um simples queixoso de um poliqueixoso, se ambos carregam basicamente os mesmos traços e têm

fundamentalmente um mesmo estilo de conduta, se carecem efetivamente, tanto um quanto outro, de um par social que se encarregue pela decodificação dos seus sintomas e sinais apresentados? Mediante ausência desse decifrador, a própria queixa além da condição adoecida, não tem sentido!

Frente aos traços de similaridade, a diversidade está em que o poliqueixoso é aquele que se destaca no universo da doença segundo uma persistente procura pelos serviços de atendimento à saúde e que se manifesta em insistente processo de rotinização de queixa, em uma trajetória pela busca da cura, conforme o já anteriormente descrito.

Uma vez instalada a rotinização da doença, ocorre, para o poliqueixoso, via de regra, um aperfeiçoamento da sua narrativa, culminando numa vazão intensa do processo de criação e re-criação de artifícios linguísticos que guardam ao mesmo tempo intenção comunicativa, explicativa e elucidativa, cooperantes para que o discurso se torne cada vez mais rebuscado e até mesmo redundante.

Tal utilização da linguagem, calcada fortemente em valores de esperança, alcança argumentos mais e mais intimistas e simbolicamente arrojados que atingem verdadeiras perfeições através dos "pequenos escândalos semânticos" citado por DUBOIS: as metáforas...

São as metáforas, por sua vez, de uso exclusivo de poliqueixosos? Não! Qualquer queixoso poderá valer-se desse recurso. E, no geral, o faz. No entanto, seu uso por parte do poliqueixoso assume um caráter especial, pois se utiliza delas com maior propriedade ao construir, habilmente, através dos detalhes

do tecido cultural, a sua leitura de um mundo imagético e imaginado no qual fica transparecida a ideologia e evidenciado o corpo doente, no universo do cotidiano também adoecido.

Para o poliqueixoso, mais do que simplesmente relatar romântica ou friamente seu estado de saúde/doença ou as condições do seu corpo, lançando mão das construções metafóricas, ele procura estar ultrapassando os limites do dizível ao estabelecer um cortejo de imagens que evoluem umas das outras, aproximando-se ou distanciando-se constantemente da aparência das coisas reais. Dessa forma, o simbolismo que é próprio da esfera da linguagem, constitui o verdadeiro sentido da poliqueixa, amalgamando experiências díspares, irregulares, caóticas, formando um verdadeiro "coquetel de esferas" (A expressão é de Karl BÜHLER, Apud CARONE NETTO, 1974, p.50).

A diversidade principal, então, entre queixa e poliqueixa, é que a primeira, mesmo estando arvorada em recursos da linguagem para a construção do discurso sobre o estado nosológico do ator doente, valendo-se até mesmo dos recursos da metáfora, visa comunicar (até mediante a complexidade da própria doença) um conjunto de dados que estão próximos da realidade. Para a poliqueixa, utilizando desses mesmos recursos, reforçados pela complexidade da situação que incide sobre a complexidade do próprio quadro adoecido, conduz a narrativa para um processo de distanciamento do real, valorizando-se assim os dados oriundos do imaginado, do suspeitado e do desejado...

Como pode-se observar através dos discursos/depoimentos proferidos pelos poliqueixosos, estão aí presentes, com frequência, o uso de "pronomes demonstrativos" que indicam distanciamen-

to do momento presente ou mesmo rejeição pelos fatos demarcantes da doença ou até de diagnósticos indesejados: "Aquele, Aquela, Daquele, Daquela, Aquilo, Daquilo, Naquilo, Naquele, Naquela..."

Queixa ou poliqueixa, serão ambas necessariamente dirigidas a um interlocutor-decifrador, no geral um médico, se o referencial da atenção estiver voltado para a relação interativa estabelecida pelo processo doença/cura. Assim sendo, queixoso ou poliqueixoso serão considerados locutores e médico, interlocutor. Aos primeiros, caberá narrar. Ao segundo, decifrar!

No processo da narrativa, no entanto, "o que é narrado" pelo queixoso ou pelo poliqueixoso constituem elementos de dessemelhança. Pode-se dizer que a distinção básica das duas narrativas está naquilo que cada um desses atores adoecidos prioriza. O queixoso comum, terá sempre, por mais intensos que sejam seus recursos linguísticos ou sua fala metaforizada, uma "queixa básica", para qual a narrativa apontará como sendo considerada a "queixa principal".

A narrativa do poliqueixoso, por sua vez, sinalizará para várias queixas, considerando-as, "todas", tanto importantes quanto principais. Não haverá, para esse último, prioridade ou distinção para os reclamos narrados, pois o conjunto de seus sinais adoecidos configuram sua própria unidade adoecida e seu universo doente, qual réplica, da sua realidade sócio-histórica.

Considerando esses mesmos fatos, do ponto de vista do interlocutor, temos que se "o ouvir e o compreender" puderem levá-lo à interpretação da história da doença, os significados contidos nas narrativas poderão ser detectados e, possivelmente o processo de cura possa ser concretizado. Caso contrário, se o

"ouvir decodificador" do interlocutor não puder ultrapassar o limiar do aparente, o diagnóstico e a medicalização terão como fundamento apenas o significante.

Se assim for, o ator será medicalizado, mas permanecerá adoecido; o queixoso comum, será forte candidato à poliqueixa e o poliqueixoso verá exacerbado seu quadro de prioridade, redundando no processo de construção da linguagem metafórica que, embora linguisticamente enriquecido, afasta a narrativa dos enfoques reais, afastando, por isso, o próprio poliqueixoso do alvo da cura.

No contexto da enunciação da fala, de acordo com BARBOSA (1974) podem ser detectados pelo menos dois espaços de compreensão:

- a) aquele que pode ser traduzido por meio da experiência e da adequação entre a palavra pronunciada e o objeto referido, os quais se inserem no real do interlocutor;
- b) aquele que, independentemente da enunciação é já, ele mesmo, um segmento da realidade.

Assim, a cada vez que o locutor-poliqueixoso articula a linguagem expressiva buscando traduzir seu corpo, considerada sua condição de ator doente (o que bem pode ser observado nos depoimentos), este se desloca linguística e ideologicamente na posição de inventor, conduzindo seu imaginário segundo estratégias de articulação a que a fala conduz, ficando a enunciação estabelecida não mais como representação, mas como objeto concreto.

As metáforas empregadas na enunciação/discurso, são a evidência de que, escapando à designação pura e simples do que foi proferido, o enunciado que corta segmentos da realidade passa

a incorporar espaços de compreensão, cujas coordenadas só serão verificáveis a partir das próprias vinculações do enunciado.

Na mira do enunciado do poliqueixoso é que está, pois, a vinculação das metáforas construídas a partir da linguagem.

A consciência do locutor, de que a representação está ocorrendo, não necessariamente desaparece mediante o ato da construção da enunciação. Apenas para chegar-se convenientemente àquela, faz-se necessário o deciframento adequado desta, desde que os dados de representação, de realidade, de concreto, sejam conhecidos e explorados pelos agentes interativos.

No processo de interpretação, buscar compreender e discernir significante e significado da enunciação metafórica não é negar a própria enunciação, mas sim, afirmar o valor da sua existência enquanto possibilidade de descobrimento da mensagem contida em suas vinculações básicas, recuperando para a consciência, as fases de construção do imaginário.

Assim, aquilo que na enunciação é construção determinada pela convergência do real e do imaginado, no processamento da fala do poliqueixoso, apresenta-se como reconstrução dos caminhos percorridos em direção à unidade articulada das relações imaginantes sobre o corpo adoecido do ator-doente.

Para BARBOSA (1974), toda narrativa do locutor vem "depois", mas o que ela, na realidade persegue, é o que está "antes", sem no entanto se constituir numa anterioridade à linguagem... Assim sendo, enfocar a "intenção" da narrativa metafórica do poliqueixoso, é demarcar nitidamente os limites da linguagem da poliqueixa. Por um lado, está a decodificação dos elementos componentes da narração sobre o corpo doente, construída por me-

táforas que se referem às alusões, símbolos, mitos incorporados e traduzidos. Por outro lado, a técnica de articulação de todos esses elementos.

Por essa razão, a própria narrativa do locutor adoecido acaba sendo praticamente verdadeira perseguição do significado (muito mais acentuado para a poliqueixa), desde que seja "considerado significado" o que não está depois da enunciação, mas o que se inscreve no jogo da linguagem por ele exercida. Tal significado se situa, pois, "antes" da significação do real para o qual ele aponta: o corpo!

O significado da linguagem utilizada pelo poliqueixoso é a metáfora enquanto articuladora dos espaços real e imaginado; a significação dessa linguagem poliqueixosa é o segmento da realidade que ela incorpora, aclara e intensifica, através da enunciação do corpo adoecido, num cotidiano também demarcado pela doença.

Depreende-se daí, uma vez mais, que a realidade do poliqueixoso não é aquilo que vem depois ou está fora do contexto da poliqueixa, mas o que a própria metáfora instaura nos limites do seu espaço de construção. A realidade do poliqueixoso é assim, a realidade múltipla de infinitas variáveis controvertidas a partir das metáforas construídas e proferidas.

Centralizada a poliqueixa numa enunciação, a realidade é uma categoria linguística para a qual, no momento da decifração, importa conhecer tanto o modo de elaboração das metáforas que a constitui, bem como o mecanismo dos elementos constituintes dessa metáfora. Lê-se então a realidade "pelas" metáforas, ou melhor dizendo, "nas" metáforas...

Enquanto um mecanismo da linguagem da poliqueixa, a realidade cristalizada admite agora a leitura e compreensão do corpo doente, do cotidiano adoecido e de toda sua historicidade passada e presente, sinalizando igualmente o futuro.

Há ainda os valores de negação, comumente presentes na narrativa metaforizada do poliqueixoso - por exemplo: o depoimento daqueles que NÃO se auto classificam na categoria de "doentes", preferindo a de "clientes", apontando conseqüentemente para a "negação do próprio estado adoecido", como se assim estivessem garantindo o controle da posse/prioridade do seu corpo...

Nota-se ainda a "negação" atribuída à qualidade da atenção dispensada pelo interlocutor (no caso, o médico), contrariando depoimentos anteriores sobre a sua "figura benfazeja" que inspira atenção e cuidado, pois o ator doente acredita no potencial do mito e do mistério atribuído ao mágico/profissional de saúde. Tal fato, no entanto, não deve ser visto apenas como "pura negação", mas como limites do alcance da construção metafórica enquanto um sistema articulador do idealizado e do concretizado (imaginário - corpo - representação).

Assim, mesmo que uma enunciação tenha sido programada negativamente pelo ator adoecido em sua intencionalidade criativa - para usar uma vez mais as palavras de BROWN (1977) - "as metáforas são feitas para serem compreendidas..."

O julgamento da narrativa metaforizada pelo que ela "aparentemente quer dizer", portanto, não estabelece sua verdadeira compreensão, muito menos o movimento "saussureano" de relação de necessidade entre significante e significado. A utilização da metáfora em tal circunstância, além de poder mediar realidades

já conhecidas que ora se revelam numa nova, poderá constituir, por si mesma, um recurso de articulação entre construção do discurso e a realidade do corpo a ser traduzido.

A metáfora é possível, justamente porque frente às contradições histórico-sociais vividas, mesmo que não nitidamente, o políqueloso percebe haver uma inadequação entre três aspectos fundamentais: o que se diz sobre o corpo enquanto um portador de saúde/doença; a própria compreensão do que foi dito; e a consequente eficácia dos cuidados que lhe são dispensados.

Nesse sentido, o mundo exterior é concebido como ameaçador, como sinalizador de perdas e de morte, isto é, totalmente vergastado. A metáfora, para quem se utiliza dela, torna-se um acoite disfarçado, através do qual se diz e maldiz tudo aquilo que se pretende preservar, poupar, principalmente quando o referencial é o corpo, o cotidiano e o imaginário.

Isto significa que através do uso das metáforas, permite-se falar, "confessar abertamente" tudo aquilo que conscientemente seria preferível "calar"... Como sua construção é feita de "empréstimos linguísticos", é tida como se ao ator adoecido não pertencesse - dada a historicidade de sua condição e de sua "propriedade", ameaçadas pela doença.

Dessa forma, construída e utilizada numa conotação cruel ou romântica, a metáfora é um meio frágil/forte, capaz de liberar desejos, fascínios e intencionalidades. Negação ou afirmação aí contidas, podem ser, assim, uma estratégia de realização da enunciação/denunciação através da mediação metafórica.

Indaga-se: Metáfora do discurso ou metáfora para o discurso? A metáfora é a metalinguagem de uma reflexão diacrônica,

pois no conjunto da linguagem, a metáfora é a realidade sobre a qual se discute, em termos de imaginário, até mesmo uma negação de sua viabilidade como instrumento de representação. Outras vezes, a narrativa metaforizada poderá parecer ao outro, "estar fingindo designar uma crise", quando ela é, de fato, "a própria crise a que se refere"...

O grande salto compreensivo do significado das metáforas repousa na decifração da metalinguagem a que ela arremete e, como no geral, tal decifração não ultrapassa uma "leitura ingênua" do arcabouço metafórico montado pelo poliqueixoso, sua narrativa não sofre o esperado processo de compreensão e, o tratamento que lhe é dispensado, fica restrito à simples percepção do "aparente", sem inserir-se na historicidade do que fora enunciado/denunciado.

As crises e insatisfação, as denúncias sobre falta de atenção sentidas pelo doente, não são outras senão aquelas originadas do próprio valor histórico estabelecido entre poliqueixoso e médico, no qual se funda a própria atividade dialogada sobre o estado de adoecimento do corpo, que conscientemente deverá ser a base da relação entre ambos atores sociais, inseridos num cotidiano comum.

Poderá, ainda, o poliqueixoso em sua narrativa sobre seu estado de adoecimento, estar criando uma linguagem antes de "ausência" do que de "presença", uma linguagem em que as palavras negam seus objetos em lugar de designá-los... Neste caso, a perspectiva do ator adoecido poderá ser consumida tanto pela banalização, quanto pela erudição, oriundas da apropriação amadorística ou profana do vocabulário médico-farmacêutico, ou até mesmo lite-

rariamente, pelo "pastiche", pela montagem, através dos quais procuram desvencilhar-se, em vão, da historicidade do seu cotidiano.

O mesmo poderá ocorrer pela ênfase do discurso numa excessiva valorização do caráter histórico dos fatos, tanto quanto pela aparente não historicidade de sua autoconcepção sobre "corpo doente".

A decifração de tais aspectos por parte do receptor/decifrador poderá, da mesma forma, estar embasada numa intencionalidade ou numa ingenuidade também constituídas pela banalização ou pela erudição, ocasionadas até pela mesma conotação de comparabilidade transmutada do estilo "pastiche", quando adotado.

Conforme discussão anterior, o processo da decifração, por parte do médico, dependerá também da questão "tempo disponível" para ouvir, decifrar, compreender e adotar conduta técnica adequada, da qual resultará compreensão ou não dos significados contidos na história-queixa. Por sua vez, tal atitude determinará o grau de satisfação do ator doente e/ou até mesmo sua "inserção" no processo da poliqueixa.

O fato da persistência apresentar traços múltiplos, comumente encontrados na linguagem codificada pelo poliqueixoso, a ser decodificada pelo médico consultante, ocorre porque ambos os personagens são unidades de uma mesma totalidade histórica, ambos frutos de uma mesma realidade e de determinações culturais que configuram o cotidiano e a rotina dos personagens aí inseridos, estabelecendo uma relação de necessidade e interdependência, socialmente estruturada.

Buscando ampliar os horizontes da compreensão da linguagem metaforizada, partindo, para tanto, do raciocínio estabelecido por Roman JAKOBSON (Poétique 7, p.290) sobre o conceito de relacionamento entre a palavra na poesia com valores da Pintura, da Música e da Coreografia, poderemos estendê-la para a compreensão das metáforas da enunciação poliqueixosa, pois, "se a Pintura é o dar forma ao material visual com valor autônomo, se a Música é o dar forma ao material sonoro com valor autônomo, a Coreografia do material gestual com valor autônomo, a Poesia o dar forma à palavra com valor autônomo"... a Metáfora é o dar forma à intencionalidade da fala com valor autônomo do significado do tropo tomado emprestado...

Se a narrativa metaforizada puder ser analisada à luz de construção linguística da poética, poderá, por similaridade, ser indagado da mesma maneira como fizera JAKOBSON (Apud BARBOSA, 1974, p.36):

Como se manifesta a metaforização? Ao que ele responde: "na medida em que a metáfora é sentida como palavra e não como simples substituto do objeto nomeado ou tampouco como explosão da emoção. Em que as metáforas e sua sintaxe, sua significação, sua forma externa e interna não são índices indiferentes da realidade, mas possuem seu próprio peso e seu próprio valor".

E continua JAKOBSON perguntando e respondendo: Por que sublinhar que a metáfora não se confunde com o objeto referido? Porque ao lado da consciência imediata da identidade entre a metáfora e o objeto referido, a consciência imediata da ausência desta identidade é necessária, "esta antinomia é inevitável, pois sem contradição não há jogo de conceitos, não há jogo de signos,

a relação entre o conceito e o signo torna-se automática, o curso dos acontecimentos estanca, a consciência da realidade morre..."

Há de se concordar que o fato de não serem as palavras da metáfora índices indiferentes da realidade e de existir a antinomia da presença/ausência de identidade entre metáfora e o objeto referido (o corpo adoecido), a fim de que se possa evitar a morte da "consciência da realidade", deve-se vincular a metaforização à articulação dos espaços real e imaginário que estruturam a narrativa metaforizada.

A função da narrativa - aquela em que a comunicação é orientada para a própria mensagem, para que possa atuar na definição estrutural das metáforas - deve ser estabelecida, levando-se em conta a relação entre esta e outras funções predominantes, no processo de comunicação verbal.

A persistência da narrativa metaforizada enquanto linguagem, não significa o esvaziamento da realidade. Ao contrário, esta só se legitima metaforicamente na medida em que aquela é exaurida em suas possibilidades representativas.

Ao enunciar e narrar, lançando mão dos códigos que estão à sua disposição, o poliqueixoso poderá inverter os termos do jogo da representação ingenuamente realista e abrir um espaço para a realidade mais complexa que envolve tanto o ator adoecido, quanto História, Presente e Passado, Narração e Metáfora.

Frente à natureza da narrativa enunciativa/denunciadora, o poliqueixoso está estritamente relacionado, por um lado, com sua linguagem e, por outro, com a sociedade da qual participa.

Assim, a realidade que a própria linguagem constrói enquanto instrumento de elaboração do espaço/corpo/adoecido e a responsabilidade incorporada ou construída pela significação da narrativa metaforizada, poderão permitir a captação dos significados.

4.2. Edificações, espontaneidade e verdades:

Verdadeira dificuldade fica instalada a partir do momento em que se propõe tratar a metáfora como elemento passível à análise de conteúdo de um discurso que, enquanto parte integrante do conjunto linguístico possa servir à compreensão tanto do que "foi dito", quanto do que "se quis dizer", num processo de construtividade mental referido ao imaginário, revelador da identidade e do cotidiano, tendo o corpo enquanto um elemento concreto capaz de evidenciar o estado de saúde ou de doença do ator.

Aristóteles já apontava que "o gênio poético se mede pelo vigor de suas metáforas"... Da mesma maneira, desde que a metáfora esteja como um componente comunicativo, mesmo fora do esquema da estrutura poética, colocando-se como forte argumento da linguagem discursiva coloquial, da oralidade comum, ou da prosa comum, seu vigor se fará presente enquanto força de expressão e revelação do imaginado...

Reforçando este pensamento, de acordo com CARONE NETTO (1974, p.11-12):

"por mais que variem - com têm variado, desde o filósofo grego até Roman Jakobson - as teorias da metáfora", a metáfora continua se prestando adequadamente às análises de textos e de contextos sobre a realidade do cotidiano.

No processo de evolução das teorias da metáfora, para conforto ou adequação do material analisado, ela tem sido privilegiada no seu aspecto "plástico" (quando tratada como imagem), ou destacada no discurso da crítica (quando tomada sob a denominação de "símbolo"). Seja qual for o enfoque adotado, sem entrar

em considerações teóricas sobre o conceito, a opção por sua análise nos discursos dos poliqueixosos, guarda a intenção de penetrar, através deles, na complexidade metafórica que compõe a realidade do doente.

A referida análise dos discursos obtidos a partir dos depoimentos de poliqueixosos não pretenda, contudo, esgotar o problema da metáfora, mas lançar mão delas como reveladoras de uma parte do grande "iceberg", de modo a permitir seja examinada a superfície, possibilitando a percepção de um universo verbal amplo e complexo, revelador do corpo adoecido que, suspeitadamente para o doente, por si só, não traduziria todos seus reclamos e contradições.

Se vistas em conjunto, as metáforas presentes nos discursos dos poliqueixosos não se apresentam como uma progressão linear, mas numa junção de imagens que possibilita justaposições que dão acesso às metáforas, não com factual ou isolado, mas relacionado e referendado a uma série de fatos que compõem o cotidiano do doente e constroem sua totalidade histórica, muitas vezes vista como descontínua...

Mediante os discursos/testemunhos enunciados pelos poliqueixosos, estes se auto-descrevem enquanto descrevem seu imaginário adoecido, reconstruindo assim seu próprio cotidiano. Para efeito de análise, as imagens isoladas do discurso aqui discutido se articulam em novas imagens - que colaboram ou colidem umas com as outras - na consciência daquele a quem é dirigido o discurso, fechando o ciclo entre emissor x receptor.

Se assim utilizada, a metáfora se constitui como junção de elementos incongruentes, apontando para um terceiro termo que

deles se diferencia, porém sua articulação conjunta corresponde a um conceito que é fruto de idéia, de montagem, de metáfora.

Por seu lado, os discursos da poliqueixa durante o processo de entrevistas, permitem o entrelaçamento de metáforas capazes de elaborar a montagem de idéias principais que, mesmo localizadas isoladamente, na evolução do discurso, prendem-se à totalidade enunciativa do que se pretende demarcar.

Tal entrelaçamento denota o "falar sobre si", o "falar de si" ou o "falar do outro" como se falasse de si mesmo e até o "não falar sobre si"... Estes pensamentos são, no geral, iniciados pelas frases: "Para mim..."; "Para algumas pessoas..."; "Certas pessoas..."; "Para alguns menos avisados..."; "Tirando por mim mesmo..."; "No caso do fulano..."; etc.

Muito das metáforas contidas no discurso, não aponta para o exterior do próprio discurso, porém para dentro do "si mesmo", como se através de elaboração de montagem ou de justaposição, tentasse "dizer a linguagem do indizível", além da experiência verbalizável. Nessa forma, o "não dito" poderá tornar-se a raiz ontológica de um discurso fragmentado, como se o poliqueixoso, enquanto personagem, se afirmasse à margem de si mesmo.

Nessas circunstâncias, a linguagem utilizada pelo poliqueixoso poderá obedecer à negação ou mesmo à destruição do já verbalizado, na tentativa de reforçar o que já dito, negar suas próprias negações ou mesmo ampliar a área do dizível.

No geral, o poliqueixoso quando monta sua narrativa, constrói uma linguagem de cortes e pausas entremeada de intervalos, cujo conjunto enunciado aponta para uma logicidade baseada na linguagem dos fragmentos da sua própria leitura de mundo: des-

conexo, fraturado, ilógico, um mundo drástico de doenças, demarcado por sintomas, sinais e padecimentos que parecem se concretizar no "ir e vir" entre realidade e fantasia, materializados agora com e no discurso da poliqueixa.

Assim sendo, o depoimento desconexo sobre uma realidade da doença também desconexa, embora com suspeitada linearidade, dadas as verdadeiras "sínteses" que o próprio poliqueixoso elabora, revela-se estranho, antiquado e ao mesmo tempo atual, dado o caráter enfático e "quente" da fala emocionalizada pelo recontar dos fatos. Recontar fatos é reviver e, para torná-lo intenso, a montagem metafórica cumpre um excelente papel.

Há de se considerar, ainda, que mesmo frente à intensidade acalorada do discurso do poliqueixoso, suas oportunidades narrativas não são tantas, muito embora uma das suas principais características seja a de "queixar-se constantemente". O público que o ouve e que, segundo seus desejos e necessidades, lhe dá a atenção esperada, é reduzido. Talvez esse público, adequado à exigência da poliqueixa, venha a se resumir no núcleo social mais afetivamente próximo, que está necessariamente demarcado em seu cotidiano e, no próprio médico.

Estando a primeira categoria social já habituada à rotina de ouvir as queixas, seu nível de emoção, surpresa, compadecimento ou atenção também se rotinize e, por isso, muitas vezes apresente a tendência de diminuir seu grau de interesse, ficando a segunda categoria social (a dos médicos) como aquela capaz de ouvir e não se envolver afetivamente, dadas as "suspeitadas defesas" da experiência profissional e do conhecimento científico. É apontado até, algumas vezes, como se o médico "es-

tivesse recebendo" para ouvir o depoimento/desabafo, orientar ações, participar indiretamente, enquanto "continua disponível" para uma "próxima sessão"...

tal fato poderá ser apontado como uma das causas que incentiva o retorno pela procura da especialidade médica, não pela especialidade em si, mas pelo valor "confessionário" que ele possa representar para o poliqueixoso...

Em muitos casos, as descrições do estado adoecido, para uma outra categoria de público, aquela que não é rotineira ou habitual ao cotidiano do poliqueixoso, o "prender-se" na teia do discurso, ao invés de aproximar, poderá, pelo contrário, gerar afastamento entre esse público eventual e o poliqueixoso acompanhado de sua poliqueixa.

De qualquer forma, embora se queixando com frequência, como é de seu feitio, o poliqueixoso acaba verbalizando muito e se comunicando pouco! Melhor dizendo, seu público idealizado é restrito e, com isso, seu discurso cada vez mais elaborado e pouco compreendido (caráter enfático das metáforas).

Na condição adoecida, isso poderá ser apontado como uma das causas do típico "não restabelecimento" do poliqueixoso...

Considerando não o poliqueixoso em si, mas a poliqueixa como um "retrato do cotidiano", pode-se apontar esse ator doente como um "personagem do nosso tempo", historicamente enlaçado nas relações sociais culturalmente estabelecidas, sustentando, no entanto, uma penosa marginalização social.

O discurso do poliqueixoso marginal é, por sua vez, um discurso também marginal!

Esse fato mantém o poliqueixoso, mediante as condições sociais da poliqueixa, um verdadeiro "enigma", difícil de ser administrado pelo Sistema público de saúde, pelos membros do grupo familiar, pela comunidade e, pior, por ele mesmo.

Tal situação, por si só, é garantidamente apontada como "condição doente do ator adoecido".

Via de regra, de acordo com o observado através dos depoimentos coletados, todo poliqueixoso tem um "leitmotiv"* que traduz sua existência fragmentada, sua visão de mundo, sua auto-estima, seu conceito sobre saúde, doença, médicos, tratamento, medicamento e a suspeitada cura...

O "leitmotiv" varia de poliqueixoso para poliqueixoso, centralizando para cada um, partes distintas do corpo ou órgãos mais intensamente estigmatizados, medos, perdas não elaboradas...

Tais sinalizações são a base da construção do discurso e o fundamento da arquitetura metafórica, suas junções, justaposições e criações, como se o corpo se caracterizasse como verdadeira obra de arte e por isso, criá-lo, recriá-lo e mantê-lo... doente!

Ao buscar a análise das metáforas, há de imediato a tendência de apontar a enunciação do poliqueixoso fundamentada numa linguagem considerada "obscura", assim considerada por não apontar de imediato, imagens ordenadoras, e sim, verdadeiras confusões sobre o corpo e a alma do sujeito adoecido.

* "LEITMOTIV" - (do alemão) - Motivo condutor, tema relacionado a uma associação, um personagem, um sentimento, um objeto, etc... Idéia sobre a qual se insiste frequentemente.

A "impertinência" que de imediato parece conter a enunciação dos depoimentos do poliqueixoso, suas duplicações e justaposições de imagens, as facilidades ao exagero ou à minimização dos fatos, dos sintomas e principalmente das situações efetivas, traduzem uma "postura" do doente diante do enunciado da realidade também doente que descreve, fazendo-o parecer "obscuro" pelo fato de estar manipulando a "linguagem da saúde" de forma diferente. Ou seja, para falar de saúde, no geral, elabora um discurso da doença ou, quando muito, da "não doença"...

As palavras proferidas na linguagem da poliqueixa apresentam-se, inicialmente, como se estivessem soltas, pois o nexo lógico que possibilita uma trama de associações não se caracteriza como uma "cadeia causal", mas uma verdadeira sintaxe da descontinuidade, camufladas pela "aparência", numa condição criada pelo poliqueixoso que possibilita a evocação de um outro significado do que foi "estranhamente enunciado", ou seja, a linguagem foi proferida metaforicamente!

Há ainda uma certa obscuridade na linguagem da poliqueixa na referência entre a "palavra e a coisa", num verdadeiro "desrespeito" de ordenação da fala. Tal fato corresponde a uma certa "deformação do mundo" através da linguagem, pois o desfiguramento do real só poderá ser entendido em função da deformação da linguagem, pois é por meio desta que o "mundo adoecido" de alguma forma se ordena ao nível da consciência.

Através dessa "violação dos padrões" consagrados da lógica da enunciação, que a realidade surge transformada, reunida em nova ordem, muitas vezes confundidas como "desordem", num ardiloso processo de recriação do real, não simplesmente "reprodu-

zindo a realidade doente da doença", mas "instaure-a", por meio dos instrumentais da linguagem metafórica. Nesse sentido, são pertinentes as observações de CASSIRER (1972, p.112): "... podemos entender a metáfora, no sentido geral, não como determinada tendência da linguagem, devendo antes considerá-la como uma condição constitutiva..."

Utilizando-se, através das afirmações ou negações, da linguagem metafórica, o poliqueixoso poderá estar imprimindo através da sua "visão", uma interpretação e leitura de mundo, num caráter religioso, profano, imediatista, pseudo-científico, anárquico, místico, ou então, excessivamente colado às ordenações do cotidiano mais imediato, o que revela um "mundo secreto" expresso de forma definida, embora sua aparência de obscuridade, que se deve ao uso da metáfora.

Buscando alcançar a necessidade do uso da metáfora nos discursos proferidos pelo poliqueixoso, encontramos que, frequentemente, ela é o único meio de que dispõe se quer falar do corpo/saúde/doença e, para tanto, se utiliza (como se na construção de um poema) "a expressão imprópria no lugar da expressão própria". (CARONE NETTO, 1974, p.38).

Na construção da linguagem metafórica do seu discurso, o poliqueixoso permanece preso ao seu mundo individual de representações, revelando sua maneira de pensar o mundo numa linguagem imagética que lhe é própria e exclusivamente sua, de acordo com CARONE NETTO, (1974, p.38), "submetendo a expressão verbal ao seu próprio modo de pensar e sentir".

Assim sendo, a metáfora utilizada numa linguagem que manifesta a poliqueixa, passa a ser vista como "necessária", já

que através dela o poliqueixoso consegue expressar bem mais que a mera descrição do seu corpo doente, "individualizando-se" enquanto um "ser doente no mundo", se considerarmos que na própria metáfora se encontra muito da interpretação do ator social adoecido.

A concepção de mundo, para o poliqueixoso, precipita-se na sua metáfora mais espontânea e fielmente do que possivelmente faria em declarações programadas.

Mediante tal originalidade, o poliqueixoso, segundo sua sensibilidade, consegue excepcional domínio sobre a palavra, circunscrevendo, além do próprio corpo, sua importância e condições sócio-históricas.

4.3. Dos discursos - O mundo das metáforas:

Os discursos dos poliqueixosos, na sua estrutura aparente, são constituídos por palavras que apresentam sentido objetivo, extraídas do vocabulário comum ou até mesmo de algumas informações de procedência técnica - fato que revela o conhecimento profano e a apropriação amadorística do vocabulário científico - que, se rapidamente observadas, não ultrapassam o limiar comum do coloquial e do não intencional.

Voltando-se a atenção mais detidamente para esses discursos, aparentemente inocentes e banais, vê-se manifestado o recurso a que os poliqueixosos recorrem constantemente como elemento constitutivo da narrativa: a metáfora.

Desse modo, a análise das palavras dos discursos dos poliqueixosos permite considerar "pormenores característicos", pois a maioria delas está relacionada com o aspecto emocional dos poliqueixosos, colada à sua estrutura cultural, às suas representações, ao seu imaginário e à ideologia que alicerça a realidade sócio-histórica do doente. Nesse mesmo sentido: a realidade sócio-histórica do ator doente vem açambarcar o próprio universo da doença!

Recorrendo atentamente aos depoimentos coletados, verifica-se que o objeto da narrativa da poliqueixa é simultaneamente o mundo materializado dos sinais orgânicos e as idéias construídas a partir dos apontados sintomas de doenças.

A maximização ou a minimização de sintomas e sinais, manuseados nos depoimentos dos poliqueixosos, permitem deduzir que a própria doença é relatada como poderosa intensificação do

estado nosológico transportado para a descrição que apresenta uma maior ou menor intensificação das nuances que colore o sofrimento e o "recontar das queixas"...

Nessa forma, as palavras utilizadas na narrativa podem ser consideradas um correlato objetivo da própria subjetividade do poliqueixoso.

Nas falas dos poliqueixosos, as intenções do "significado" estão dissimuladas na atuação do "significante" e, frequentemente, a repetição de frases inteiras, de semi-frases ou mesmo de certas alocações ou simples verbetes, têm por função "tonalizar aquela intenção" que o poliqueixoso quer comunicar, comunicando, ao invés disso, outros fatos, tentando alcançar a proposta-matriz.

As entrevistas aqui relatadas obedecem a um roteiro previamente preparado, cuja ordem sequencial de idéias são trabalhadas entre o entrevistador e o entrevistado, com o propósito de não permanecer preso a certas palavras com exclusividade, não permitindo que fiquem isoladas do contexto do discurso das metáforas, com a possibilidade de alcançá-las inseridas no contexto maior dos depoimentos. Pretende-se, assim, propiciar a compreensão das partes e do todo com independência e, ao mesmo tempo, como elemento de ligação entre corpo e imaginário do doente.

A narrativa metafórica torna-se, assim, reveladora do processo de construção das imagens, do ideário e das relações sociais culturalmente construídas e instituídas, capazes de liberar a "leitura" que os poliqueixosos fazem sobre seu próprio corpo, seu estado de saúde e de doença, bem como sua postura frente o mundo e o cotidiano doentes.

Algumas palavras, para o discurso de distintos poliqueixosos têm uma conotação especial, podendo caracterizar apreensão, posse, propriedade, alheamento, perspicácia, crença, dúvida, logicidade, ganhos e perdas, as quais garantem a manutenção do estado adoecido, cujas consequências são alvo das observações do presente trabalho.

Assim sendo, montagens, desmontagens e pontos de referência são nitidamente traçados durante o processo de análise ou de síntese que as "justificativas" e o ideário poliqueixoso revelam através das metáforas que constroem e que bem articulam no processo de construção da narrativa do "ser/estar" doente.

Diante do consentimento do poliqueixoso para com o processo da entrevista, essa se materializa nos depoimentos sobre a história da saúde/doença, na trajetória em busca de tratamento e cura, nas procuras as mais variadas de soluções satisfatórias, nas atitudes profanas ou não, nas identificações e verbalizações sobre o simbólico, o mágico, o idealizado. Amparam-se, tais atitudes, muito fortemente, na lógica que parece ser a mais sensata do ponto de vista do poliqueixoso.

O referido exercício implicará, por sua vez, numa concepção, idealização e narração, capazes de traduzir pontos altos e baixos da situação descrita, valorizações e minimizações de certos fatos, atos ou reações, que, no afã do discurso da poliqueixa, buscam imprimir as formas de sentir, pensar e agir do poliqueixoso a respeito do binômio saúde/doença, conseqüentemente, da sua visão particularizada de mundo.

Nesse momento, dando vazão à sua própria história, o poliqueixoso se apoia nas metáforas, de modo a atribuir "vida e

cor" aos seus depoimentos, buscando, através delas, melhor traduzir tanto o conceito sobre doença, quanto o grau de adoecimento que pretende relatar.

Considerando que a metáfora é sempre "um tropo tomado emprestado" ou mesmo "um pequeno escândalo semântico", acredita-se que qualquer palavra do vocabulário possa ser utilizada como tal, dependendo da habilidade do locutor-narrador em recitá-la e do interlocutor-decifrador em reconhecê-la no contexto proferido... De acordo com o que se conhece da difusão de idéias, a metáfora, bem como o cacófaton, muitas vezes está mais em quem a ouve, do que em quem a profere..."

Levando-se em conta o contexto do qual a metáfora faz parte, observa-se que tal não existirá enquanto uma palavra isolada, pois sua força estará implícita e interligada ao contexto geral da fala, apoiando-se no sentido da frase e das idéias. Para considerá-la em função da análise, faz-se necessário seja considerado o todo, o pensamento exprimido, para que seja compreendido o que se disse e o que se quis (ou não quis) dizer.

Tendo uma pauta um tema a ser relatado num depoimento, o poliqueixoso poderá subdividi-lo em partes, cada uma delas contendo palavras-chave que, se consideradas individualmente, são até apontadas como simples verbetes do uso comum, porém sempre com um "outro sentido", visando alcançar os objetivos da narrativa.

A narrativa poliqueixosa, embasada em palavras-chave que "querem dizer outra coisa", na maioria das vezes traduzem estados psicológicos transpostos para "fenômenos do corpo", embora, muitas vezes o doente não tenha, para tanto, um plano específico

de construção gramatical, mas uma forte programação intencional: a de traduzir ardorosa ou banalmente, sintomas e sinais sobre seu estado de saúde, reveladores de adoecimentos e padecimentos.

Assim sendo, arranjos ou desvios são a marca da "word salad" (esta expressão é indicada em BARBOSA, 1974, como "salada verbal", ou seja, a tendência da profusão dos discursos) que o poliqueixoso arquiteta enquanto revive e reconta dados que considera importantes na construção do seu eixo narrativo, fazendo-o, muitas vezes até, num verdadeiro contra-senso.

A "visualidade" é um outro aspecto intencional do discurso que alcança objetivo por estar calcado na força das metáforas. O mesmo ocorre quanto à "tonalização" do discurso, quando alguns substantivos ou adjetivos são veementemente cromatizados, com o propósito de reavivar cores necessárias para o que se pretende comunicar (significados).

Por tais razões, o discurso do poliqueixoso poderá ser visto como um trabalho sequencial de montagem, pois a fala pretende ser mais que simples narrativa apenas apoiada na sintaxe da oração. Muitas vezes, é como se o poliqueixoso conseguisse montar verdadeira "onomatopéia orgânica" ao atribuir e exprimir sons que julga adequados e pertinentes ao funcionamento dos seus órgãos vitais adoecidos.

O poliqueixoso enquanto um narrador, emprega "fórmulas de construção" que constituem a base do discurso sobre doença, corpo, existência, como se a ele não se referissem, principalmente se a intenção de banalização acercar-se do interesse do tema, reavivando o manuseio do "leitmotiv".

Para melhor compreender a utilização das metáforas contidas no discurso do poliqueixoso, tomaremos aqui algumas partes dos depoimentos coletados, não necessariamente pertencentes a um mesmo depoente, buscando evitar, assim, que a análise seja transformada em reconstrução do perfil de cada um dos atores adoecidos, em suas características individuais, porém, segundo os aspectos do processo da poliqueixa manifestada enquanto um fenômeno da saúde coletiva que, mais que meras unidades isoladas, possibilitem a compreensão do social.

Um dos fatos mais marcantes dos depoimentos e dos discursos, está na constatação que, no geral, ao deporem sobre saúde, os poliqueixosos constroem verdadeira justaposição de conceitos e de opiniões, falando de doença para conceituar saúde, isto é, falando do que "não é", buscando explicar o que "julga ser", estabelecendo entre ambos, elos de ligação, num verdadeiro processo de descoberta, como por exemplo:

"Saúde é bem estar. Ter saúde é estar bem. Doença é horrível. Quando começa um tratamento, a pessoa descobre outras doenças que não sabia que tinha... Começa com o 'gastro' e descobre doença nos rins... O tratamento de uma coisa vai me fazendo mal e vou descobrindo outra doença. Isso me dá uma depressão... Quando procurei o cardiologista, EU ESTAVA LÁ NO CHÃO! Eu estava fazendo um monte de tratamen-

tos...

Observa-se que a expressão "EU ESTAVA LÁ NO CHÃO" poderá ser considerada até bastante corriqueira, porém é utilizada na oração como um ponto de apoio, na tentativa de enfatizar o conceito confuso sobre saúde, metaforizando uma "passagem" entre doença e saúde como se num processo de soerguimento, de "renascer das cinzas", verdadeiro resgate da origem do processo doente, voltando à vida. Tais dificuldades bem obedecem à complexidade da natureza das doenças e dos consequentes habituais tratamentos.

Vistos um a um, os depoimentos dos poliqueixosos são, em princípio, distintos uns dos outros, exatamente por serem provenientes de atores sociais também distintos, adoecidos cada um, segundo um processo individualizado. Vistos na sua globalidade e extensão, todos os depoimentos, independentemente da individualização que os prende aos seus atores, apresentam singularidades que permitem uma compreensão mais ampliada do processo da poliqueixa.

Assim, independentemente dos aspectos individualizados, há situações e reações consideradas comuns nas narrativas dos poliqueixosos, principalmente quanto à concepção do processo saúde, doença e corpo.

São realmente notáveis, como verificaremos, as observações que são feitas sob a forma de verdadeiras ligações entre realidade existencial, desejos e ordem lógica dos fatos.

Para melhor compreensão desse processo, serão vistas as metáforas contidas nos discursos dos poliqueixosos, da seguinte forma:

a) como processo geral: "Universo metafórico da poliqueixa";

b) como agrupamento de idéias sobre questões comuns: "A ciranda da poliqueixa";

c) como fala metafórica individualizada: "O poliqueixoso por ele mesmo".

4.3.1. Universo Metafórico da Poliqueixa:

As metáforas vistas como um universo da poliqueixa revelam o conjunto de elementos que compõem o próprio universo dos poliqueixosos, suas representações, identidade, ideário, afetos e desafetos, simbologia e os traços desconhecidos de uma realidade tão indesejavelmente conhecida.

Na visão geral do perfil dos poliqueixosos investigados, dentre os aspectos mais comuns dos depoimentos coletados, estão presentes idéias que se referem ao "aspecto mágico" da doença, da saúde, do medicamento, do médico, dos fascínios daí decorrentes, suas angústias, medos e fantasias.

O "medo de sofrer" é um sintoma que fez parte de quase todos os depoimentos, com pequenas variações. Ao lado dessa descrição, os poliqueixosos também alegam não terem medo de morrer, embora apontem o medo de permanecer doentes, de desfrutarem de um contínuo processo de padecimento. Fazem eles tais afirmações, reforçando o processo de contradição que os envolve, como se não tivessem anteriormente testemunhado estarem doentes desde muitos anos.

Em piores condições, outros poliqueixosos se declaram doentes desde que se lembram dos seus primeiros dias de vida. Um deles, por exemplo, depõe o seguinte.

"Desde que me lembro que o mundo é mundo, lembro que sou doente..."

Como condição do processo explicativo da doença, do medo de adoecer, da forma ou do estilo de ficar doente, a narrativa é montada, para o poliqueixoso, no geral, reforçada por recursos metafóricos. Os atores sociais doentes se utilizam desses recursos para conotar visualidade e tonalização do discurso. Assim sendo, surge dentre os depoimentos, algumas situações que se referem ao processo metaforizado da doença, como se este implicasse numa verdadeira batalha:

"O estar doente, para mim, que NUNCA FIQUEI DOENTE DE CAMA, a não ser nos partos ou numa crise em que fui hospitalizada, FICO DOENTE, MAS EM PÉ! Venço ESSA BATALHA em pé".

Os processos narrativos são montados ainda por justaposição ou tonalização, ocasião em que é bastante frequente que eles traduzam, ao mesmo tempo, estado de saúde, sentimento, representação, além das concepções profanas da poliqueixa. Tal profusão de sentimentos pode aqui ser bem observada:

"Doença me tira da rotina. As pessoas ao meu lado pensam que estou ótima, mas eu fico DOENTE E TRISTE! Isto porque fico com a 'pressão alta' e ME SINTO BEM, fico elétrica e trabalho mais..."

Nota-se aí, que são montadas relações entre o estado doente e a própria sociabilidade, reflexos da auto imagem no espelho do outro, reveladores da contradição, simbolizadas pelas distintas tonalizações de "tristeza e de bem estar".

Em se tratando das relações de incongruência e de incoerência, são reveladas as concepções sobre médico e medicamento, ao lado das outras revelações, e, ao mesmo tempo em que apontam médico e medicamento como fatores benéficos e positivos, eles são negados e considerados nefastos. Elucidando tais aspectos controvertidos, encontramos o seguinte:

"Médico é um alívio e quando ele acerta 'na primeira', o medicamento é a coisa mais sagrada que tem. Se eu pudesse, faria um tratamento sem remédios, só com médicos, porque só de 'soltar o que eu tenho', sinto-me aliviada. Agora, médicos bons e atenciosos são excessão e têm remédios que acertam e remédios que deixam a gente mais doente... Mesmo assim, acho que MÉDICO É UM DESABAFO!"

Os conceitos sobre eficácia dos medicamentos, cadeias de efeitos, às vezes benéficos, outras vezes nefastos, estão interligados à concepção de diagnóstico, que, por decorrência, este último guarda um misto de esperança de cura, de fatalismo e de banalização. Essa multiplicidade conceitual evidencia o imaginá-

rio do poliqueixoso procurando bem cumprir papéis e representações previamente idealizados e até, porque não, programando-os para quando vierem a ocorrer.

Tendo a morte como única certeza dentre tantas incertezas do processo vida, saúde, doença, alguns depoimentos caracterizam a questão:

"Médico é insubstituível! Uma outra pessoa que não o médico, não teria paciência para ouvir e para responder, para 'aconselhar'. Do médico vem o medicamento... Porisso, quando resolvo: 'hoje vou ao médico', reflete uma preocupação de ter melhora, fazer um tratamento e passar 'aquilo' que não vai passar 'se eu não tomar nada' e... eu tenho medo de continuar muito tempo 'naquela estado'. Sempre que fui ao médico, CADA DIAGNÓSTICO QUE RECEBI FOI UMA SURPRESA! Todos da minha família têm problemas no coração e 'morrem assim'... cantando, andando, conversando... Poucos morreram na cama. O médico disse que tenho 'uma coisa assim' pequena no coração. ... Hereditária... Isso foi uma SURPRESA! Porisso, acho-me candidata a morrer da mesma maneira. Não tenho medo! Tenho confiança

que quando for a 'minha hora', não adianta ter ou não ter medo. Então procuro viver bem com os outros, para quando for 'a hora' não ter muito do que me arrepender..."

A mesma lógica da miscelânea é relatada quando o tema em foco é o médico e as relações na consulta médica. Eis o exemplo:

"Quando vou ao médico, começo contando o que estou sentindo no organismo e, às vezes, falo das coisas afetivas para melhor explicar o organismo, o corpo. Muitas vezes, é necessário 'explicar outras coisas' que são muito importantes... Aquilo que não é possível medir com aparelhos, a gente tem que usar de um 'argumento', contar quase que uma historinha... Essa historinha é baseada 'naquilo' a que eu quero chegar, na doença que eu quero falar, que pode nem ser à respeito da doença, mas começo a falar e chego onde eu quero. O 'meu cardiologista' parece ser um filho. Acho até que é mais que um filho, porque filho muitas vezes não tem paciência para escutar e o mé-

dico tem. Com ele, EU TENHO O QUE PRECISO! Aí eu fico satisfeita com o médico e acho que ele também fica satisfeito comigo..."

Talvez a mesma intensidade esteja presente tanto no julgamento positivo das relações interativas médico x paciente, quanto nas situações negativas e frustrantes. Ambas parecem assumir um valor semelhante e passam a fazer parte de mais uma informação sobre o quadro adoecido, reforçando o referencial da história da doença que, muitas vezes, não se distancia da própria história de vida do poliqueixoso.

A dualidade dos julgamentos são, assim, duas partes que integram uma mesma totalidade determinante das regras do cotidiano e os rumos da história da poliqueixa:

Fui ao médico ESPERANDO ter um problema de glândulas, de 'tiroide'. Quando ele disse que eu não tinha esse problema, FIQUEI FRUSTRADA. FOI UMA DECEPÇÃO! Eu achava que se fosse 'tiroide' então isso ia me ajudar, ia ficar mais magra. Sou vaidosa! Com toda idade que tenho, sou vaidosa, tenho muita preocupação com meu corpo! Assim, quando o médico receita remédios, a pessoa ACHA QUE ESTÁ SENDO MAIS AMADA, MAIS ATENDIDA, PRESTIGIADA. Então, o

médico é a grande saída. Você está sempre esperando uma resposta positiva por parte do médico... ele te dá uma 'receita', passa dois, três, quatro remédios e VOCÊ SAI MAIS FELIZ do que se o médico falasse que você precisa de um outro tipo de tratamento que não exige remédios, como por exemplo, uma terapia. Só com terapia você não sai do médico feliz..."

Quando os poliqueixosos falam sobre a imagem que constroem de si mesmos, referem-se a um continuado processo de busca pelos recursos de atendimento à saúde, via consultórios particulares ou através da Previdência Social... Mesmo negando sua eficácia, o "INPS" fascina...

Discutindo esta ou aquela forma de atendimento, afirmam os poliqueixosos terem vivido a maior parte de suas existências em função da procura pela saúde. Entretanto, mesmo que indiretamente afirmando estarem convivendo há tanto tempo em companhia de doenças, relutam em aceitar a denominação de "pacientes", preferindo ser categorizados como "clientes". Afirmam até, que a palavra "cliente" sugere uma maior proximidade e afetividade nas relações com o médico. Não lhes causa a mesma sensação quando cognominados "doentes". Assim depõem alguns:

"Eu prefiro ser chamado como CLIENTE do médico e não DOENTE do médico. Eu

não quero ser o doente dele! Paciente, é alguém mais complicado, que até parece ser aquele que precisa 'ter paciência'. Paciente é aquele que reclama, coitado, e, quando o médico começa a conversar com ele, começa a se lembrar de outras doenças... O médico vai perguntando e o 'tal paciente' vai descobrindo..."

Tem sido também frequente, no conjunto das manifestações de poliqueixosos, que quando agrupados, por razões diversas (tais como: aguardando nas filas pelo atendimento médico, esperando nas ante-salas pelo ato da consulta, ou mesmo porque habitando a mesma residência), alguns dentre eles revelam-se mais experientes que outros, mais bem informados, mais habituados à rotina da poliqueixa e à convivência diária com o processo de adoecimento.

Referidos poliqueixosos, que se consideram e/ou são considerados detentores de maior autoridade para o discurso da poliqueixa, acabam por adiantar-se em responder perguntas e em prestar esclarecimentos, mesmo que se dirigidas a outros poliqueixosos. Esses últimos, possivelmente confiando na análise e síntese do "poliqueixoso-líder", cedem-lhe o raciocínio e a palavra. Sendo mais desinibido e desmonstrando conhecimento sobre os trâmites da poliqueixa, toma para si o poder da tradução do quadro nosológico e da história da doença do outro e... metaforiza por ele...

Na mesma condição desinibida, o poliqueixoso que "representa" outro poliqueixoso faz suposições, constrói propostas, descreve sintomas e fatos, discutindo detalhes que julga válidos. O outro, concorda, discorda ou duvida, atestando sua presença e participação tênues, acenando ou gesticulando tão imperceptivelmente, que não aparece como figura ativa no cenário. O poliqueixoso-líder, tendo tomado para si o poder da palavra, utiliza-se dela como se fosse uma "arma crítica", reconhecendo ser mais confortável e descompromissado "falar do outro" e "falar pelo outro", minimizando ou valorizando, a seu critério, porém em "nome do outro", as informações sobre saúde, doença e processo de queixas.

Numa dessas situações como a descrita, temos os depoimentos de dois poliqueixosos, marido e mulher. Ela, extrovertida. Ele, introvertido. Cumprindo o ritual da poliqueixa, a mulher toma a palavra, preocupada primeiramente em enfatizar a narrativa dos seus próprios sintomas, refazendo habilmente sua história de doenças. Continua ela, no entanto, exercendo os papéis de ator principal, quando o depoimento deveria caber ao marido e, para tanto, ensaia o "preâmbulo" da fala dele, que até então estivera presente, acenando como "verdadeiro cúmplice" das histórias narradas. Tentando inseri-lo no novelo histórico adoecido, a mulher determina o possível perfil e papéis que, em tese, ele deveria assumir, declarando:

Acho que se ele for falar... Ele nem vai falar, né bem?

Fica assim intronizado o "outro", no mundo mágico da doença...

O marido, por sua vez, assumindo a postura introvertida e tímida apontada pela mulher, não discorda, mesmo quando ela afirma:

"Minha doença é ele! Ele está aqui só por estar... Ele não é companhia. Ele só está aqui presente, mas ele não fala... nem comigo, nem com o médico..."

Concordando com toda essa descrição/apresentação, ele assume os papéis de um ator secundário e, como se num desvio de regras, rompe o silêncio, olhando continuamente de soslaio para a "companheira-poliqueixosa-líder" e depõe:

"Não tenho medo de doença! Nunca tive medo de doença... Pelo contrário, houve ocasião em que..."

A mulher o interrompe, obrigando-o a calar-se:

"... é o seguinte: foi feito uma cirurgia no intestino dele porque ELE QUIS! Sentia dores e disse: 'Abre isso aí pra ver o que tem dentro'... Como ele não é de conversar, chega no médico e diz: 'Está doendo aqui'... e o

*coitado do médico tem que ficar 'ar-
rancando' o resto da história dele...
Ele não fala..."*

Em seguida, tendo já caçado a palavra do outro, ela se volta às próprias queixas e lembranças, enquanto ele emudece, resumindo-se, como uma sombra para o plano secundário da cena oficial, reagindo como se não existisse...

Frequente ainda, no processo de entrevistas, que o poliqueixoso não conseguisse prender-se às questões colocadas pelo pesquisador, por estar envolvido muito fortemente com seus próprios mecanismos de decisão lógica, racionalizando, a seu modo, situações que à primeira vista pareceriam incongruentes e até mesmo absurdas.

Nessa individualização, o poliqueixoso tem sempre alguma outra coisa nova a dizer ou a acrescentar, apontando para mais e mais informações que darão conformidade aos seus encadeamentos metafóricos.

Observa-se, ainda, que mesmo sendo o poliqueixoso, em alguns casos, desprovido de erudição ou de intelectualismos no seu vocabulário coloquial, as metáforas que constrói são ricamente arquitetadas, adequando imaginação e fantasia num excelente recurso para promover a passagem compreensiva do significante ao significado contidos na sua narrativa.

Se as expressões gramaticais utilizadas parecem, num primeiro momento, descabidas, quando atentamente ouvidas, revelam-se elas componentes do "mundo das doenças" que se referem à continuidade de um processo doente, possibilitando seja alcançado

o objetivo da poliqueixa.

É notável, ainda, que a poliqueixa enquanto processo global, não se manifesta isoladamente, permanecendo inserida num todo que para ser compreendido e mesmo enunciado com rigor, possibilitará sugerir identificação e até compaixão por parte do alter.

Nessas condições, as metáforas são encaminhadas para certas expressões pronominais (tais como os já apontados pronomes demonstrativos "aquele, aquela, aquilo, naquele, naquela, naquilo" que aparecerão com frequência nos discursos), referindo-se a maiores distanciamentos e/ou menores aproximações, como se num "alheamento" sobre o próprio corpo ou mesmo sobre a doença. É, por assim dizer, para bem utilizar o pensamento de Clarice Lispector, uma excelente forma de "outrar-se", guardando-se no discurso da própria poliqueixa...

Fica ainda estabelecido, dado o grau de agudeza intelectual e o quadro de desejos do poliqueixoso, que a partir da condescendência da entrevista, fique celebrado um pacto entre entrevistador e entrevistado como se assim estivesse resolvido: "Frente ao meu depoimento, você ouviu minhas intimidades. O que vai me oferecer em troca? Tal fato visa responsabilizar ou comprometer o entrevistador a além de ouvir, opinar sobre situações inusitadas que nem sempre permitem o ensejo de uma resposta que pudesse satisfazer o insatisfeito e adoecido sujeito que se poliqueixa.

No processo de reconstrução histórica nascido da narrativa poliqueixosa, o ator dessa situação tem sempre alguns fatos ou épocas específicos, ou até mesmo idades da vida, ou períodos

de crise, que são por eles considerados marcas "oficiais" que demarcam o início e o desencadeamento do processo doente. Muitas vezes, tal momento ou fato básico são responsabilizados como marca primeira de uma doença ou um sintoma exclusivo. Mantido sem solução, torna-se o mecanismo desencadeador de outros processos, outros sintomas, novas doenças que, somadas às anteriores, montam o quadro da poliqueixa.

Instala-se, assim, um "continuum" adoecido, a partir de um evento considerado pelo poliqueixoso como peça fundamental e responsável pelo interminável processo de adoecimentos.

Desse modo, estabelecido para cada poliqueixoso um primeiro evento demarcador da "doença básica", fica divisionado o "antes" e o "depois". Temos algumas situações assim apontadas:

- "Sou doente desde que minha filha se casou";
- "Fiquei doente de verdade, depois que meu marido morreu";
- "Estou doente desde que perdi minha mãe";
- "Tive uma prisão de ventre e não sarei mais";
- "Tudo começou com uma tuberculose";
- "Eu menstruava sem parar...";
- "Começou com uma tristeza, uma depressão...";
- "Apareceram 'perebas' e feridas pequenas na barriga e nas pernas";
- "Começou caindo meus cabelos";
- "Fiquei com rouquidão e meu nariz entupiu...";
- "Eu engordava e emagrecia, engordava e emagrecia...";
- "Foi quando minha mãe ficou onze meses sem dormir. Eu ficava acordada com ela, vigiando até que ela dormisse. Aí então eu dor-

ma... Hoje, eu não durmo...";

- "Tive uma mágoa que me deixava "pelos cantos", triste, triste...";

- "Eu não tinha tosse e escarrava sangue... Daí tudo começou";

- "Tinha 'pressão alta' e 'palpitações' e 'ficava elétrica'...";

- "Tinha medo de ficar louca e fui ficando com tristeza e com depressão";

- "Desde que me lembro que mundo é mundo, existia uma tristeza comigo que dá até vergonha de falar...";

- "Aquilo bateu na mente, eu segurei "aquilo" comigo, não contei pra ninguém... Sentia que "aquilo" era mentira, mas na minha mente era verdade e aí foi que comecei a ficar doente e, de doença em doença, sou doente até hoje..."

Os poliqueixosos revelam, no geral, consciência de temporalidade não apenas para demarcar o provável sintoma ou sinal primeiro, como narram também sobre uma temporalidade flexível, discutindo as possíveis razões da instalação sequencial das doenças, somadas a um processo de auto-concepções e de imagens que se intercalam, se alternam, complementando ou inaugurando ciclos adoecidos, estados de melhora e de piora que para o poliqueixoso são distintos. Sobre tal conceito de tempo de vida/adoecimento/sintomas, temos:

"Quando eu era moça, eu sentia uma depressão que até parecia que eu era uma pessoa que tinha a mente doente. Aos dezoito anos, meu pai me fez casar e

então 'pequei uma tuberculose'. Tratei a tuberculose, mas continuei escarrando sangue mesmo sem ter mais a tuberculose. Aos vinte e três anos, fiz uma cirurgia e extraíram metade de um pulmão. Continuei escarrando sangue. Depois, meu pai morreu, morreu minha mãe e dois filhos meus... Eu 'me' desenganei... Fiquei casada 25 anos e meu marido morreu. Então, adoeci de uma vez: escarro sangue, tenho medo, tristeza, depressão, vômito continuado, diarreia diariamente, dores no intestino, minha barriga incha, repuxa minha boca, amortece meu braço, perco as forças, tenho frio e calor nos pés como se pisasse em gelo e em brasa, vou ficando deprimida e com medo de ficar louca..."

Como no geral os quadros descritos pelos poliqueixosos são complexos e, segundo seus próprios depoimentos, já foram submetidos a um sem-número de especialidades médicas, de precauções, de intervenções e de programações, as narrativas sobre o processo de adoecimento, são da mesma forma complexos, descontraídos, incongruentes, mas guardam uma evidência lógica do encadeamento dos fatos, reveladores que, para o poliqueixoso, a preocupação com a logicidade do começo, meio e fim dos processos, é um pensamento

constante.

Está também implícito na rotina dos poliqueixosos a busca por justificativas para suas queixas e padecimentos orgânicos. Dentre as prováveis causas apontadas são descritas situações consideradas não necessariamente casuais, mas causalmente enfocadas sobre ações concretas que parecem condizer com a ordem real dos fatos.

Segundo as regras da causalidade apontadas pelos poliqueixosos, encontram-se condições multicausais onde, no geral, todas são consideradas principais e atribuídas à incapacidade técnica, assim denominada mesmo quando da tentativa de algum tipo de verificação diagnóstica, visando alcançar causas ou efeitos para possível intervenção técnico-científica. A "não causa diagnosticada", leva o poliqueixoso à não compreensão da "ineficiência" da Medicina, do médico e da sua sujeição ao incompreendido processo adoecido:

"Já fiz radiografias do intestino, do estômago, dos rins, dos pulmões. Já fiz ultrassom, eletrocardiograma e eletroencefalograma... Exames de sangue, fezes e urina de todo tipo. Continuo doente e os médicos dizem que eu não tenho nada, que isso é coisa da minha cabeça. Sinto uma dor 'por baixo' e não tem nada no útero, nada na hemorróida... Dizem que é coisa da minha cabeça, mas EU SOU TODO ISSO!"

O idealizado e o vivenciado, a emotividade, a incompreensão sobre as medidas e condutas tomadas pelos técnicos em saúde, os decepcionantes diagnósticos negativos, a tentativa de divisão e parceria dos próprios padecimentos com o outro (o médico, os familiares, até mesmo pessoas fora do convívio do poliqueixoso), os reclamos por "justiça", o ontem, hoje e amanhã, o continuar do padecimento que, ao invés de sinalizar um término, apenas revigora a capacidade criativa do recontar amplificado da falta de saúde, parecem favorecer verdadeiras cadeias articuladas de uma doença que leva a outra.

No mesmo sentido contraditório, apontam o medicamento, que utilizado para "sara" um sintoma, parece provocar um outro... Na sedimentação dos fatos, a própria especialidade médica, nada tendo diagnosticado, também acaba encaminhando para uma outra, instalando, aos olhos do poliqueixoso, um ciclo de ineficácia, que é o próprio ciclo da doença...

Tudo isso faz parte de cada instante e de todos os instantes do poliqueixoso que, por falta de opção, acaba cumprindo, exaustivamente, o processo da doença, na tentativa de alcançar uma proposta de saúde.

O "adoecer sem saída", os conselhos de que será necessário que o poliqueixoso aprenda a conviver com seus infinitos males (já que eles não são diagnosticados enquanto queixas justificadas do ponto de vista orgânico), estabelecem uma conexão de forças que estimulam os recursos da metáfora enquanto tentativa de fazer-se entender e enquanto uma forma de adaptação ao próprio mundo da doença.

Através das metáforas, o poliqueixoso posiciona sintomas, sinais, diagnósticos, tomadas de conduta e temporalidade nos devidos lugares que seu bom senso (caráter profano do conhecimento sobre saúde/doença) aponta como lógico, eficaz e adequado. Através desse exercício, o poliqueixoso constrói regras de equilíbrio para as situações de desequilíbrio e de risco que tem vivenciado, consideradas como dificuldades típicas dos problemas de acesso e de acessibilidade em saúde.

Buscando ser o mais justo possível consigo mesmo, o poliqueixoso monta verdadeiras pontes metafóricas entre idealidade e realidade, buscando preservar principalmente sua auto-imagem e reforçar sua auto-estima.

No processo de construção das metáforas, os poliqueixosos lançam mão destas como peças-chave de unidade simbólica, pois ela deverá traduzir uma intenção declarada a partir de uma realidade velada, permitindo tornar claros ou significados que estão acobertados pelos significantes. Sua interpretação e análise requerem seja o pensamento formulado como um todo, considerando-se que qualquer palavra poderá constituir-se em metáfora, dependendo apenas da conotação que lhe tenha sido atribuída e da forma como tenha sido incluída no pensamento revelado pela fala do poliqueixoso.

4.3.2. A Ciranda da Poliqueixa:

Tendo os poliqueixosos como atores sociais principais do "mundo da doença" por eles próprios descrito, foram agrupadas as opiniões de distintos personagens sobre as mesmas questões, cujo objetivo é o de contrapor ou de complementar conceitos de tal forma controvertidos ou assemelhados de modo a buscar compreendê-los na continuada "ciranda da poliqueixa". Traços, causas, efeitos, dificuldades, fascínios e desesperanças comuns ultrapassam os limites das individualidades para dar conformação à poliqueixa, vista como ponto de partida e ponto de chegada do amplo processo de doença que acomete os atores sociais.

É assim que, independentemente do maior ou menor grau do agravamento da doença do poliqueixoso por ocasião do depoimento e, com isso, o estilo adotado na reconstrução da história do seu cotidiano, são tipicamente manifestadas impressões e justificativas sobre o estado de saúde/doença.

Saber descrever esse estado significa, acima de tudo, conhecer-se, identificar-se enquanto "ser no mundo". No entanto, frente às condições indefinidas, porque desconhecidas, sobre os entrelaçamentos e envolvimentos característicos da etiologia das doenças, os poliqueixosos assumem traços dessa indefinição e se manifestam através dela, procurando descrever/explicar suas condições de saúde.

Tais explicações não necessariamente permitem seja compreendido o quadro nosológico dos poliqueixosos, nem mesmo, muitas vezes, o da própria poliqueixa e tampouco as "justificativas" apontadas como coerentes, como propósito de safar-se das doenças.

Alguns depoimentos bem caracterizam a controvérsia descrita; o que permitiu fossem reunidos em 19 (dezenove) temas distintos que obedeceram a um grau de importância atribuído pelos próprios poliqueixosos, recolhidos dentre suas enunciações mais frequentes:

1º) - Indefinição:

a) /Mulher, 53 anos/: "Quando a crise vem, tenho uma sensação de medo, me sinto *DESTE TAMANHO*, pequenininha..."

b) /Mulher, 51 anos/: "Agora eu tô, mas nem tanto. Estou meio assim..."

c) /Mulher, 44 anos/: "Quando eu estou doente, eu falo pras pessoas que estou doente, que não estou me sentindo bem. Eles ouvem e *FICAM MUDOS*".

Nos três depoimentos, pronunciados por diferentes personagens, a indefinição, indeterminação e surpresa traçam a silhueta do momento presente do poliqueixoso.

Frente às situações de crise, de falência orgânica e consequente estado doente, a tentativa frustrada de prender a atenção do outro, de sentir medo, de minimizar-se, de internalizar as condições do "estar sob pressão"...

A situação descrita, implica até mesmo na própria indefinição, no falar e no não traduzir-se, no não saber-se, tal a conduta acuada frente o estado desconfortável da doença e dos pa-

péis supostamente secundários, típicos da limitação enquanto ator social doente, suas aflições e impossibilidades.

Estado de saúde indefinido, narrativa metaforizada apontando para a indefinição!

2º) Auto-estima:

A auto-estima de um indivíduo adoecido, em especial a do poliqueixoso está, na maioria das vezes, ligada diretamente às condições biopsicossocialmente comprometidas.

As frases articuladas arquitetam um jogo mal equilibrado que coloca presente as interfaces da vida e da morte, ou seja, vão além das próprias ameaças da situação adoecida, do aqui/agora, facilitando ou dificultando o enfrentamento do processo vida.

Em sua condição básica, auto-estima busca valorizar ações, condutas ou estados que o indivíduo adota para melhor se defender de ameaças reais ou suspeitadas. Caminham paralelo, portanto, para o ator poliqueixoso, a auto-piedade e a auto-destruição, fatores não raro encontrados no interior dos discursos, muitas vezes não como fala principal, mas que deixam traduzir um grande temor, abandono, desprezo ou até desespero.

Nessas condições, alguns poliqueixosos traduzem sua visão de mundo e perda total ou parcial de autoridade sobre o corpo, sobre o funcionamento dos órgãos vitais fragilizados e incapacitados.

Temos o seguinte:

a) /Mulher, 51 anos/: "Quando soube que estava doente do coração, chorei três dias e aí o 'mundo diferenciou' para mim";

b) /Mulher, 49 anos/: "Não tenho medo de morrer, tenho medo de sofrer";

c) /Mulher, 51 anos/: "Eu não tenho mais vontade de viver. Eu não gosto de

mim mesma".

Estão aí traduzidos baixos níveis de auto-estima, confidenciados no abandonar-se à própria sorte e no permitir-se deixar escorrer a vida, se possível pelo prazo mais breve.

Não há pressa em viver, não há ânsia em beber da fonte do amanhã!

Abandono, estranheza e desinteresse são a tônica que surpreenderam o poliqueixoso quando do diagnóstico tomado como fatalidade, tanto quanto do seu determinismo sobre a vontade de continuar...

Vida e morte não são mais diferenciados enquanto mecanismos sedutores. A própria morte sempre apontada como indesejada e a grande luta pela vida, contra as doenças, passam a ser agora uma condição esperada com naturalidade que, por certo, não surpreenderia muito mais do que o diagnóstico inicial pôde já surpreender...

3º) Sintomas:

a) /Mulher, 47 anos/: "Tenho a boca amarga como fel";

b) /Homem, 57 anos/: "A comida cai no meu estômago e é o mesmo que cair veneno";

c) /Mulher, 51 anos/: "Minha cabeça 'adormece' e eu tenho 'zonzura'. É como se eu tivesse tomado uma injeção que não era pra mim e tivesse dado aquela reação".

A ligação entre os planos fantástico e concreto estão invariavelmente presentes na narrativa do poliqueixoso. Por que fantasia? Porque vivenciá-la é mais confortável que a crueza da realidade.

Se para o real não há saídas e o desconforto é uma constante, a fantasia leva ao desejado, ao imaginado, mais facilmente e por meio dela, à "fuga do real". A forma de melhor representar esta negação da realidade é representar-se negando o corpo e suas obviedades, a doença e suas características emergentes, as dores, as chagas e as crises, concretizadas no corpo adoecido, manifestadas nos sintomas e nos sinais orgânicos.

Anulá-los? Impossível! Então, melhor representá-los metaforicamente na expectativa de fortalecer a compreensão do significado, reforçando, para tanto, o colorido dos significantes...

Nada melhor, portanto, que adjetivar situações que possam tornar extremas o que se pretende elucidar: amargo como fel;

indigesto quanto veneno; inadequado como aquilo que a mim não compete...

42) Saúde:

- a) /Mulher, 44 anos/: "Sentir saudade não é sentir saúde";
b) /Homem, 62 anos/: "Ter saúde é estar alegre".

Qual a melhor forma de se definir saúde? pergunta-se a um poliqueixoso. A resposta imediata virá, via de regra, pela descrição da não doença ou até mesmo pela descrição da própria doença.

Explica-se, nessa inversão de valores, que saúde é aquilo que não se tem, é um estado com o qual não se compartilha benefícios. É apenas o desejado e o ansiado.

Se saúde para o poliqueixoso é narrada pelo discurso da ausência, do que não se possui, suas referências são, no geral, tomadas à distância, ao estado que não está presente, ao que está extinto, mas conseqüentemente acompanhado do desejo de tornar a possuí-la.

Se há, nessa descrição, um caráter de "recordação a um só tempo triste e suave da condição ausente", chega-se ao conceito de "saudade" descrito pelos Dicionários da Língua Portuguesa..

Saudade e saúde estão, portanto, interligadas, quando o locutor é o poliqueixoso.

Qual é a saudade que se relaciona à saúde? É a própria saudade da saúde, portanto, um estado de não saúde.

Do que se tem saudade? Da saúde que agora não é possível ter, e, naturalmente, sentir...

Se ter saúde é estar alegre, não tê-la é estar triste. Tristeza e melancolia, por sua vez, fazem parte do esquema "saúde".

Sentir saudade é, pois, patentear a ausência da saúde e ao mesmo tempo constatar a presença da doença.

5º) Doença:

a) /Homem, 62 anos/: "Eu não sei dizer o que é doença";

b) /Mulher, 53 anos/: "Acho que doença é um castigo";

c) /Mulher, 51 anos/: "O médico acha que eu tenho 'mania de doença'";

d) /Mulher, 44 anos/: "O médico disse que eu tenho 'hipocondria', mas não tem jeito de mudar o jeito de pensar";

e) /Homem, 57 anos/: "Dizem que sou culpado pela minha doença... De quem é a culpa?";

f) /Mulher, 49 anos/: "Eu sei o que é doença e vou falar: nem os aparelhos estão 'pegando' mais a gente...";

g) /Homem, 58 anos/: "Eu queria que o diagnóstico mostrasse que eu sou doente e o que eu tenho...".

Ser punido e ser amado são condições apontadas como sendo os vértices do ângulo, situações contraditórias que estabelecem a discussão da dialética do estado adoecido do poliqueixoso.

Em tal condição, para o ator social adoecido torna-se natural a poliqueixa e, conseqüentemente, o discurso da doença e a polêmica da existência, do castigo, da culpa, da ineficiência...

Apregoa a cultura urbana, principalmente a dos países subdesenvolvidos, que adoecer não é um processo de responsabilidade das Políticas públicas, das falhas da Assistência à saúde, da falta de recursos econômicos, de espaço físico e político, de marginalidade, de deseducação e de tantos outros fatores histórico-sociais... O apontado como exclusivo culpado pelas doenças contraídas, pelo padecimento, pela não saúde biopsicossocial, pela morte até, é o próprio cidadão, que não se "policiou" suficientemente e não se manteve saudável...

Assim sendo, o marketing que direciona as ações de Saúde pública no Brasil tem se encarregado de fazer disseminar a crença que: falta de saúde deve estar ligada ao sentimento de culpa que cada um deverá carregar... Em havendo culpa, compete ao culpado (o cidadão comum) um "exame de consciência", uma retrospectiva na própria história de vida buscando alcançar, quem sabe, o momento, estado ou condição em que o descuido, a desatenção, tenham permitido que a contaminação ocorresse... Assim, por exemplo, tem se desenvolvido a parca campanha contra a Aids: "O culpado é você, se não se cuidar"... ao invés de educar...

O pensar culpabilizador, de fora para dentro, gera o hábito da culpa e a rotina da punição... de dentro para fora.

"Mea culpa, mea culpa!" Assim são descritas histórias e histórias nos depoimentos dos poliqueixosos. Nada além de um esforço lógico tentando alcançar o momento primeiro, a fase inicial, o motivo básico, responsável pelo desencadear do processo doente.

E... maldito seja aquele momento! O momento do contágio. Se ele pudesse ser eliminado do contexto da vida do poli-

queixoso...

O que fazer se a culpa está declarada e aceita? Como reagir agora, quando as doenças são o destaque principal das vidas que estão sendo descritas?

Frente à necessidade de relembrar, recontar, reelaborar passo a passo, ponto a ponto cada trecho da própria história, como se contra-argumentando com o inexplicável, as metáforas tornam-se, então, o recurso que representa o grande salto entre "o estar e o ter sido".

"Minha culpa, castigo, a própria doença, manias, jeito de ser, aparelhos técnicos, diagnósticos médicos... "seja qual for a metáfora referida, continua mantida a impotência e a incompreensão do poliqueixoso sobre causas que deram origem ou continuidade ao processo das doenças...

Doença é negar e ao mesmo tempo não saber!

6º) Loucura:

a) /Mulher, 51 anos/: "Tive tempo que fiquei quase louca porque tinha medo de ficar louca";

b) /Mulher, 49 anos/: "Fico doente e o médico não faz nada. Troca meu remédio e aí fico louquinha...";

c) /Mulher, 47 anos/: "Se eu tiver 'uma coizinha' assim na mão e estiver uma pessoa do meu lado, tenho a impressão que estou enfiaando 'aquele negócio' naquela pessoa. Acha que isso é correto? É um absurdo!"

Já no Renascimento Erasmo de Roterdan escrevera "O Elogio da loucura" buscando, nesta obra, os significados da simplicidade da vida, loucura essa que se satisfaz nutrindo ilusões e esperanças. Numa inspiração humana e laica, Platão em 244 a.C. já havia também atribuído significado à loucura em "Fedro" no qual a loucura se manifesta pela forma profética, purificadora, poética e amorosa.

Fugindo ao sentido filosófico atribuído à loucura, assim como ao referencial poético, ela foi assumindo um caráter cada vez menos romântico e passou a categorizar uma forma de doença, hoje classificada como "Transtorno mental".

Nessa evolução, loucura passou a ser vista como forma de alienação ou desequilíbrio mental, manifestando-se de diferen-

tes maneiras e em diferentes circunstâncias.

De acordo com as diversas tendências dos conceitos ou definições, "ser denominado louco" é uma situação que as pessoas, de modo geral, tentam evitar. Quando um indivíduo se auto-intitula "louco", supõe-se, de imediato, que ele esteja estabelecendo paralelos e comparações entre as regras estipuladas pelas normas sociais e sua própria capacidade de ação que ultrapassam os limites do normativo. Se um indivíduo se auto-intitula "louco", portanto, atribui-se-lhe boa dose de lucidez...

Lucidez e loucura se confundem quando o personagem, considerado portador de equilíbrio entre esses dois estados, tratar-se do poliqueixoso.

O mundo da doença e suas regras e condições que determinam o cotidiano são de tal forma desgastantes e monótonas que induzem o poliqueixoso ao monotema "doença" 24 horas por dia. Não havendo alterações significativas no quadro adoecido, o poliqueixoso passa a degladiar-se com as questões de adequação, de merecimento, de castigo, de expiação, de miséria, de solidão, que a lógica lúcida dos atos não favorece e não recompensa os contrapontos exercitados na busca da compreensão do que ao poliqueixoso é incompreensível e injusto.

Frente ao desequilíbrio dos fatos o desequilíbrio biopsicossocial se instala para o poliqueixoso de tal modo que sua lucidez torna-se afetada e seus depoimentos e sua lógica apresentam-se desencontrados e contraditórios.

Dentre tais dificuldades, a manifestação do poliqueixoso no sentido de afirmar temer "estar/ficar louco", os "acessos de loucura" ou os níveis de agressão, de melancolia ou de depres-

são, mesmo os estados de excitabilidade ou de ansiedade, culminam na "loucura da dúvida" descrita por CALDERELLI (1972, vol.2, p.437), onde "o sujeito tem consciência do absurdo que essa situação representa..."

No quadro geral das referências dos poliqueixosos sobre as contradições da doença e do estado doente, apontam eles, no geral, para traços adoecidos avaliados como se estivessem dentro de uma certa normalidade ou até mesmo de certa regularidade, sendo que outras vezes, alguns traços, respostas, comportamentos ou reações orgânicas ou psíquicas são apontadas pelos poliqueixosos como desviantes, incoerentes, ilógicas e, como nos depoimentos citados, insanas.

O resultado simbólico dessas considerações advindas do auto-julgamento e da auto-imagem dos poliqueixosos sobre suas próprias reações, tem por objetivo resguardá-los do critério de avaliação negativa por parte do grupo, que poderia, indesejavelmente julgá-los "loucos".

Seria esse um conceito pejorativo, do qual procuram resguardar-se. Daí o "medo de ficar louco". Entendemos o verbo "ficar" como substitutivo da locução "ser considerado por outrem"...

7: Interior e Exterior:

a) /Mulher, 51 anos/: "Minhas carnes 'tremem por dentro' e o intestino vira uma água";

b) /Mulher, 53 anos/: "Sou alegre' por fora' porque 'por dentro', já morri...";

c) /Mulher, 44 anos/: "Tenho uma 'limpeza por dentro' e quando choro, limpa ainda mais".

O tema filosófico do contraste entre interioridade e exterioridade nasce contemporaneamente com a noção de "consciência" e exprime o contraste entre o que é alheio à consciência e o que lhe é próprio. Hegel fez um uso copioso desses termos em sua obra, na qual identificava o interior com a "razão de ser" e o exterior com a sua manifestação. E dizia: "O homem, como é externamente, isto é, nas suas ações (por certo não na sua exterioridade corpórea), é interno; e quando ele é só interno - isto é, virtuoso, moral, só em intenções, disposições, etc. - e o seu exterior não é idêntico a tudo isso, então um é tão vazio como o outro". (ABBAGNAMO, 1982, p.402).

As condições internas e externas que caracterizam o mundo sensorial e real, estabelecem as relações "dentro e fora" do indivíduo que, no caso do poliqueixoso manifesta-se na visão do corpo, consequentemente na visão do mundo.

Dentro do corpo, intimidades; fora dele, manifestações de vida demarcadas pelos traços adoecidos.

Dentro e fora para uma realidade agressiva e desgastante, traduz-se logicamente num encadeamento de contrastes que, vistos no conjunto, são a representação do próprio cotidiano da poliqueixa.

Por que simplesmente "queixar-se", quando há a possibilidade de metaforizar os contrastes que bem representam a incoerência do continuado adoecimento e padecimentos?

Se "por dentro" as carnes tremem, dada a instabilidade emocional, "por fora" a debilidade orgânica e o intestino cumprem metaforicamente sua função pelo avesso: ao invés de fezes sólidas, a negação dessa solidez: sua liquefação.

Se pelo alter sou visto e naturalmente avaliado como um "não portador de doenças" e, conseqüentemente extrovertido, alegre, é bom que saibam que tal exterioridade é incompatível com o "interior" que já tão sofrido, desgastado, desesperançado, reduziu-se a nada: morreu!

Limpar internamente, negar, apagar, perder o brilho e o viço justifica-se pela condição externa do choro, pois chorar torna concreto e complementa o estado melancólico... Lágrimas são visíveis e sendo externalizadas nas faces, revelam-se provenientes do interior do corpo... Portanto, prantear, "lava a alma, traduz as emoções e demarca as condições da falta de saúde.

8º) Partes do Corpo:

a) /Mulher, 44 anos/: "Corpo não é prazer, é objeto de fazer sofrer...";

b) /Homem, 57 anos/: "Minha cabeça faz meu corpo sofrer";

c) /Mulher, 53 anos/: "Tenho até raiva das partes do meu corpo. Elas foram morrendo pedaço por pedaço por causa da 'tristeza da doença'";

d) /Mulher, 51 anos/: "Eu não sinto que tenho coração! Eu sinto que minha tristeza é na 'boca do estômago'. Minha 'batedeira' também é na boca do estômago";

e) /Mulher, 47 anos/: "Meu útero fica espremido igual a bagaço de laranja".

A mais antiga e difusa concepção de corpo é a que o considera o instrumento da alma. Ora, todo instrumento pode ser ou positivamente apreciado pela função que cumpre e daí elogiado ou exaltado; ou criticado porque não responde bem ao seu objetivo ou porque implica limites e condições.

A História dos homens oferece tanto a condenação total do corpo como túmulo ou prisão da alma, quanto a sua exaltação.

O corpo tem sido visto ainda como instrumento da alma e da alma como forma ou razão de ser do corpo, gerando um dualismo corpo/alma, fora/dentro, parte/todo.

Para Sartre, corpo é o ao mesmo tempo ponto de vista e ponto de partida que eu SOU e que ao mesmo tempo ULTRAPASSO na direção do que devo ser. Para Merleau-Ponty, o corpo não é um objeto, uma coisa: "... não tenho outro modo de conhecer o corpo humano senão o de vivê-lo..."

Se o corpo é popularmente considerado o templo, a casa, a fortaleza, sua preservação, sua manutenção e equilíbrio têm igualmente sido o interesse maior dos homens. Separá-lo, subdividi-lo, esquematizá-lo se necessário, para sua melhor compreensão, para sua referência, análises ou sínteses.

O corpo tem sido referendado como depósito de emoções, de sentimentos, de dores, amores, cumprimento das trajetórias de vida, depósito de saúde e de doenças.

No referencial dos poliqueixosos, considerar o corpo esquematicamente subdividido em partes, tem o objetivo de separar temporalidade e espacialidade, partes adoecidas e partes sadias. Separar o corpo em partes, pode assumir o caráter da negação e da eliminação. O que de melhor pode haver senão a oportunidade de sumprimir o indesejado?

Para o poliqueixoso que testemunha conhecer um diagnóstico médico que aponta determinados órgãos como elementos adoecidos e, conseqüentemente responsáveis pelo estado geral doente, o imediatismo induz à anulação da parte disfuncional, na esperança de que o todo seja preservado enquanto objeto saudável, motivador de prazeres.

Assim, dependendo da consciência que o poliqueixoso tem do comprometimento das partes doentes do seu corpo, a "morte simbólica" dos órgãos adoecidos acaba significando preservação da

vida...

Em tais condições, buscando o objetivo da preservação do todo pela eliminação das partes, tendo o estado doente como regra geral, o corpo do poliqueixoso é descrito como fonte de sofrimento, como encadeamento sucessivo de poder de um órgão sobre outro (cabeça doente adoecendo todo o corpo).

A testemunhada "raiva pelas partes do corpo" e sua consequente morte "pedaço por pedaço", são justificadas pelo locutor-poliqueixoso na apontada "tristeza da doença". Tal tristeza, por sua vez, aponta para o conhecimento de que o adoecimento foi invadindo aquele organismo parte a parte, metamorfoseando saúde em doença e, com isso, os sentimentos positivos em negativos. São gerados aí o desinteresse e o desprezo pela indesejada condição e sua consequente morte necessária...

Quando a narrativa poliqueixosa metaforiza um órgão que é substituído por outro (coração substituído pelo estômago), pretende-se, dessa forma, estar buscando a compensação necessária para acreditar-se vivo.

A eliminação do coração é também a eliminação dos valores humanos e o destino do próprio homem. Segundo o que se crê, desde Aristóteles o coração é considerado a sede das emoções e das sensações. Eliminá-lo, assume simbolicamente a negação do estar consciente do estado indesejado de falta de saúde. Preservá-lo, implica em manter a harmonia disfuncional do corpo doente. Aceitá-lo, acarreta a continuidade da rejeição emocional pelo julgado injusto e/ou ilógico.

Negar o coração enquanto um órgão vital, simboliza anular o centro das emoções e, com isso, evitar estar conscientizado

do corpo doente e do iminente provável fim...

Não ter coração, é não sentir! Não sentir, é não pensar. Não pensar, é desconhecer os tão conhecidos perigos e riscos da vida e da morte.

Coração, consciência, útero... VIDA!

Frente às condições de existência da doença, a depressão se instala sob a forma de julgamento e age simbolicamente como um "bisturi" atuando cirurgicamente, eliminando o indesejado.

O útero, símbolo da fertilidade, da procriação, da gestação, da continuidade histórica dos homens, do amanhã, do futuro, uma vez adoecido, já não cumpre mais seu sentido utilitário.

Se nas condições de saúde é através do útero e de sua natural utilidade que o poliqueixoso se sente também útil, frente à doença, vê-se impelido a minimizá-lo tanto quanto se sente minimizado enquanto portador de sintomas e sinais indesejados, mesmo que o principal órgão adoecido seja um outro que não o próprio útero?

Como então considerá-lo, se se encontra num plano secundário na ordem de riscos e perigos? Minimizando-o mais uma vez, pois enquanto objeto simbólico ele se manifesta visivelmente vivo a cada ciclo menstrual... como se dessa forma o corpo se manifestasse frente à vida, demarcando sua presença.

Manifestações cíclicas do útero que "mesmo sem ferir sangra", suas marcas e rótulos ficaram culturalmente relegadas ao plano do não visível, da incógnita, do dissimulado, do ocultado.

"Espremido qual bagaço de laranja"... nada mais simbolicamente metaforizado que o fruto que não mais interessa à satisfação dos desejos, necessidades e prazeres...

9º) O Médico:

a) /Homem, 62 anos/: "Eu queria que o médico arranjasse tudo o que sinto. Eu queria um médico para isso";

b) /Mulher, 49 anos/: "O doente precisa e pede para o médico. Se ele não receita nada, a pessoa volta ainda mais triste para casa";

c) /Mulher, 53 anos/: "O médico acha que é tudo da minha cabeça. Mas o que é que a cabeça tem a ver com isso?"

d) /Homem, 57 anos/: "Sinto uma dor e os médico dizem: 'Ai não tem dor'! Ai fico triste de idéia, de corpo e de tudo".

Analisando os fatores que determinam a busca de ajuda médica por parte do indivíduo doente, NUNES (Org./1981, p.44 e segs.) aponta essa busca como sendo parte de um processo, afirmando: "com a definição da doença pelo próprio indivíduo e a decisão de buscar ajuda, a escolha do médico ou de um curador não médico", são caracterizadas as bases sociológicas das relações entre médico e paciente.

Compreende-se, a partir da situação acima descrita, que cabe ao médico opinar se é doente ou não pela observação do caminho percorrido pelo homem sadio para o homem-paciente. Esse último, definirá seu estado de doença; o primeiro, estará autorizado

pela sociedade e pela cultura para determinar e opinar seu estado, de maneira definitiva!

Estabelecidas as relações, o médico passará a desempenhar papel significativo no mundo da doença, anexando-se a ela enquanto intermediário, decifrador, elemento explicativo e com poder de decisão sobre as possíveis próximas ações e reações do paciente.

De certa forma, a partir da relação com o médico, o doente não está mais solitariamente entregue à sorte da doença. O médico passou a fazer parte desse mundo, por estar socialmente autorizado e culturalmente aceito para tanto. Fica então formado um trio: o doente, o médico e a doença.

Ao médico, no geral, são atribuídos valores e esperanças que vão dos acertos científicos às atitudes mágicas, ambos determinantes das motivações que estimulam os processos interativos e, conseqüentemente, assimilações, cooperações e competições.

Médico "o sábio" ou "o mago", são imagens atribuídas a uma mesma personagem que, segundo as regras da relação estabelecida a partir das convenções do tratamento, determinará a conduta básica do doente, fazendo parte, assim, do seu cotidiano.

Será, portanto, o médico, considerado um ator sempre presente nas ações e reações sociais do outro.

Admitir a figura do médico enquanto tecnicamente conhecedor das causas básicas da doença, implica ainda, para o políptico, permissão participativa e poder controlador.

O que então esperar do médico, se o quadro nosológico é complexo e as condições adoecidas são contraditórias? Tudo! dado que diante da controvertida realidade, nada é previsível senão a

esperança do diagnóstico oferecido, o que estimula o nível de exigência do poliqueixoso para com o próprio médico, já que se vê impossibilitado de atuar contra as doenças.

Assim concebendo o próprio estado adoecido e as atitudes técnicas compatíveis com tal estado, o poliqueixoso se manifesta pela expectativa de que "receitas eficazes" possam atuar sobre seu organismo, regastando-lhe a saúde, "arranjando" suas condições de desconforto.

Discute, discorda, contra-argumenta e duvida da opinião médica quando essa aponta o próprio poliqueixoso enquanto responsável pelas suas condições de falta de saúde e aquisição de novos traços doentes...

Parece ser esse mais um mecanismo de defesa adotado pelo poliqueixoso, além de um recurso buscado para manter-se vivo e socialmente ativo.

10º) Medicamento:

- a) /Homem, 51 anos/: "Tomo remédio com medo e ele me faz mal";
- b) /Mulher, 58 anos/: "Remédio de 'receita azul' eu não tomo";
- c) /Mulher, 53 anos/: "Médico é um alívio e quando ele 'acerta na primeira', o medicamento é A COISA MAIS SAGRADA QUE TEM";
- d) /Mulher, 57 anos/: "... quando o médico receita remédios, a pessoa acha que está sendo MAIS AMADA, MAIS ATENDIDA, PRESTIGIADA (...). Ele passa dois, três, quatro remédios e VOCÊ SAI MAIS FELIZ do que se o médico falasse que você precisa de um outro tipo de tratamento que não exige remédios..."

Temos relatado aqui distintas opiniões sobre medicamento e seus efeitos orgânicos e emocionais, reveladores de que há uma diversidade de reações, para diferentes poliqueixosos, que têm a medicação como ponto de referência.

Para o doente poliqueixoso deprimido, que se sente inútil e considera sua vida desprovida de significado, fatalmente levado a procurar, dentre os recursos disponíveis, soluções adequadas à tentativa de alcançar a normalidade funcional de seu organismo, mesmo recorrendo ao medicamento como possível retomada

do estado saudável, não vê nele possibilidade de total eficiência, apontado-o, e não as doenças, como responsável pelo constatado mal-estar.

Uma outra reação por parte do doente poliqueixoso, aquele que se sente útil enquanto um doente consumidor de medicamentos aos quais faz apologia enquanto um aspecto materializado do simbólico caminho da cura. Amparado pela exageração no valor atribuído aos remédios, há a conseqüente ansiedade para que lhe seja administrado um elevado número deles (dois, três, quatro,...), como se pudesse garantir, assim, a manutenção do estado de saúde, através da ingestão de remédios e, com isso, sua sacralização e garantia do estado de felicidade...

Dentre os meios disponíveis à população, estão as medicinas públicas e privadas, seus recursos clínicos, cirúrgicos, além de uma infinidade de terapias, que vão das mais tradicionais às denominadas alternativas. Consequente à consulta médica, mediante diagnóstico e planejamento para o tratamento de saúde, os medicamentos entram nessa relação como objetos concretos, intermediando a conduta médica e o estado de adoecimento do paciente.

Misteriosa relação entre doença e remédio! É essa, muitas vezes, a conclusão a que chega o poliqueixoso que busca explicações para o exagerado número de doenças que ronda a vida do homem e para o também grande número de medicamentos destinados a combatê-las, sem conseguir provocar não muito mais que mera perplexidade.

Na condição de paciente, o poliqueixoso sofre a ação da comunicação de massa e, fascinado pela conquista da saúde, sente-se seduzido pelo "aspecto mágico" e pelos super-poderes atribuí-

dos aos medicamentos. Tende, assim, o poliqueixoso, a forte candidato a "ser mais escravizado aos remédios do que às enfermidades" (DRUMMOND DE ANDRADE, C., "O homem e o remédio: Qual o problema?" *Jornal do Brasil*, 26/07/80).

Diante do sentido simbólico que assume o medicamento para o poliqueixoso, este passa a estar cada vez mais fortemente relacionado às condições emocionais do ator social doente, já que o fascínio se encarrega de estabelecer discussão entre o bem e o mal, a ação recíproca das coisas entre si e sua capacidade de influenciar umas às outras.

Conhecimento, suspeita, esperança, temores, se confundem frente à polêmica entre medicamento e saúde.

O conhecimento do poliqueixoso do ponto de vista orgânico e emocional em relação às condutas de saúde, em especial ao uso dos medicamentos, o número de tomadas, os preceitos, os cuidados e os abusos, são aspectos intervenientes no desenrolar do tratamento, considerando o maior ou menor grau de crença no poder do medicamento sobre a cura das enfermidades.

Se é atribuído ao poliqueixoso e à sua conduta, frente aos remédios que lhe são administrados, uma parcela de responsabilidade referente ao correto cumprimento das ordens médicas recebidas, compete também a ele opinar tanto sobre os benefícios ou malefícios obtidos, quanto sobre os efeitos positivos ou negativos que puderem advir.

No mesmo sentido, compete ao poliqueixoso opinar, dentre vários medicamentos, quais deles representam maior ou menor risco quanto à estabilidade geral orgânica, muitas vezes traduzida como bem ou mal estar. Alguns medicamentos, portanto, mediante

avaliação dos efeitos e dependências de nível biológico ou psicológico que possam acarretar ao doente, tornam-se verdadeiros alvos de desejo ou de rejeição.

Como aceitar ou rejeitar um medicamento? Pelo seu nome, pelo seu rótulo, pela tradição, pelo conhecimento profano ou pela forma como ele passa a ser indicado e prescrito. Instala-se, então, no jogo imaginado do poliqueixoso verdadeiras aversões por determinados medicamentos, em especial aos que são prescritos de modo também especial pelo médico: os de receituário azul...

Por tais razões, num dos depoimentos aqui considerado, atribui-se aos medicamentos provenientes de liberação especial, através do "receiturário azul", inteira negação e recusa!

Qual o significado da rejeição de um medicamento por parte do poliqueixoso? Rebelar-se simplesmente ou antagonizar a polêmica instalação da doença e sua característica de "gravidade" atribuída à venda proibitiva do remédio e sua capacidade em gerar dependência física ou psicológica?

É a rejeição, por certo, mais uma forma de manifestação do interesse em não tornar-se ainda mais aprisionado ao mundo da doença.

112) Identificações:

a) /Mulher, 49 anos/: "Minha irmã morreu chorando... e ela tinha tudo o que eu tenho";

b) /Mulher, 53 anos/: "O meu médico é muito bom. Parece que ele ficou no lugar do meu marido";

c) /Mulher, 51 anos/: "Se fosse eu que tivesse morrido e 'meu velho' ficado, ele já teria outra mulher. Quer dizer: eu perdi 'aquilo' e não acho mais! Se fosse uma coisa de comprar, eu comprava...".

São fundamentalmente duas as manifestações metafóricas contidas nesse grupo de depoimentos: a de identificação e a de transferência.

No processo de identificação, o poliqueixoso faz alusão a fatos que interessam particularmente à sua própria poliqueixa, sendo este um estado habitual nas condições da doença e do consequente desconhecimento das futuras manifestações e, por isso, chora.

Notavelmente, uma irmã desse ator poliqueixoso, tão sua assemelhada, dada uma série de traços coincidentes tanto do ponto de vista orgânico quanto do emocional, morrera chorando! Tendo ambas tantas similaridades, fica assim estabelecida a provável continuidade dos fatos que apontam para um desfecho comum, dado

vidas tão parecidas: morrer chorando! Se assim for, ficará estabelecida a identidade do poliqueixoso com a própria morte!

O processo de identificação aponta ainda exageração dos fenômenos mórbidos, de vínculos emocionais que fortalecem os mecanismos de defesa do poliqueixoso.

Na falta ou na perda do elemento básico de identificação por ausência ou por morte, as substituições são imediatamente elaboradas como forma de não se perder a continuidade dos vínculos com o cotidiano. É essa, mais uma vez, uma maneira de sentir-se vivo.

Uma vez perdida a personagem da identificação, como e a quem transferir as emoções, principalmente agora que o tema narrado é fundamentado na perda por luto? A quem transferir os traços de identidade que permitiam e até garantiam uma certa previsão dos processos sociais e das relações interativas?

Para que os processos sociais possam ocorrer, deverá haver, necessariamente, um par de atores culturalmente organizados e posicionados de modo favorável à comunicação e ao contato social. Na falta do par complementar (o alter), a sua substituição se faz urgente, para que as relações sociais não se findem mediante dissolução do grupo atuante.

Nada fácil uma substituição real de personagens dispostos à interação, dadas as exigências de uma ligação culturalmente estabelecida entre eles, de um processo de mútuo aprendizado e aceitação, fatores esses que desestimulam a procura e a conquista, incitando, por mera facilidade, a adoção e a substituição do alter (mesmo que ele disso não o saiba), por personagens já anteriormente inseridos num ponto qualquer das relações sociais...

O médico, no caso apontado, estando intermediado pelas condições da doença, acha-se já instalado no mundo dos valores, dos critérios, na História social do poliqueixoso, bem servindo assim aos propósitos da não perda relacional deste último.

Qual a saída para aqueles poliqueixosos que não identificam um novo personagem imediatamente disponível à continuidade substitutiva das relações interativas? A condição hipotética da substituição descartável do objeto perdido está em: comprá-la, como se fosse apenas uma mercadoria disponível para a venda, no "mercado das coisas sociais"...

12º) O Bem e o Mal:

a) /Mulher, 51 anos/: "Deus deixou coisa boa e coisa ruim. Não é ninguém que dá doença pra gente não... Foi Deus quem deixou aí no mundo pra gente pegar...";

b) /Mulher, 47 anos/: "Parece que tem 'um espírito' comigo que 'tapa minha frente' até para Deus, porque 'tapa' para os médicos saberem o que é que eu tenho".

Duas são as qualificações fundamentais que não só os filósofos atribuem a Deus, "a da Causa e a do Bem. Pela primeira, Deus é o princípio que torna possível o mundo ou o ser em geral. Pela segunda, é a fonte ou a garantia de tudo o que de excelente há no mundo e sobretudo no mundo humano". (ABBAGNANO, 1982, p.231-248)

O caráter genérico da cultura ocidental costuma considerar Deus pelos atributos do Bem, mesmo nas situações em que o Mal impera. Em tais situações, o Bem, representando Deus, fica encarregado em impedir ou dificultar circunstâncias em que as condições harmoniosas pudessem se instalar. Na maioria das vezes, quando as imposições do Mal suplantam o Bem, há a esperança e a crença que aos homens e à sua natureza é atribuída a culpa pelo "nefasto", enquanto é mantida a expectativa que a "justiça divina" venha a intervir, invertendo a situação, substituindo o Bem

pelo Mal.

É, no geral, esse o esperado final feliz!

No entanto, os depoimentos coletados permitem avaliar até que ponto, frente a uma continuada e desgastante convivência do poliqueixoso com as condições de doença, permitem a manutenção da confiabilidade e o jogo da esperança...

Dúvida é substituída por certeza e, conseqüentemente, desconfiança por confiabilidade. As doenças estão aí e se materializam no organismo do poliqueixoso e se instalam tão provocativamente, que não resta senão buscar explicações mais amplas para a origem das enfermidades e o caráter punitivo que elas carregam.

Considerando a onipotência do Deus criador, do Deus natureza do mundo, nada mais lógico do que atribuir-lhe a responsabilidade pelo Bem e pelo Mal, pela "coisa boa" e pela "coisa ruim", pois, à medida em que os homens atribuem a si próprios a natureza do Mal, caberá, conseqüentemente, ao poliqueixoso uma parcela de culpa pelos seus próprios padecimentos, envolvimento e derrota frente às situações das doenças.

Conforme determinações culturais, ainda, o pensar coletivo tem atribuído ao próprio doente a grande culpa por ter "permitido" que as doenças fossem contraídas. Para não sentir-se culpado, o poliqueixoso refaz a trajetória lógica da gênese de todas as coisas e encontra, na potencialidade divina, a fonte dos males a que os homens estão sujeitos e à ordem dos fatos a que estão à mercê.

Entre o Bem e o Mal, o lúcido e o oculto explicam também a falta de transparência de que tanto necessita o poliqueixo-

so para que seus males sejam compreendidos. E, buscando ser compreendido, metaforiza mais e mais seus sintomas narrados, ampliando significantes, camuflando significados, na espreita incerta, na indecisão se haverá para ele, um possível "justo amanhã"...

13º) Dormir ou vigiar?

a) /Homem, 58 anos/: "Tenho um medo tão grande de deitar e dormir, que quando deito tenho 'um choque' e fico aflito..."

b) /Mulher, 47 anos/: "Fiquei onze meses sem dormir. Aí, passei a tomar o 'remédio X'. Com ele, dá para 'ir tocando a vida'..."

Deitar e dormir, uma atividade presente durante todo o ciclo de manutenção da vida, torna-se uma situação ameaçadora e terrível dependendo das condições existenciais e das agressões advindas do "desconhecido".

Numa situação de considerada normalidade, o sono, enquanto um estado específico do organismo, sua natural carência de reação eficiente aos estímulos externos e ausência de sinais observáveis de consciência, apresenta-se adequado à simbologia da ausência natural e, assim sendo, passa a ser avaliado sem especial importância, dado o caráter corriqueiro que assume.

Quando, no entanto, as condições de vida sofrem alterações ou implicam numa redobrada vigilância, frente o processo de adoecimento, o poliqueixoso, via de regra, reformula seu estilo de vida, conduta e conceito sobre sono, sobre o ato de dormir, sobre a conseqüente inércia e perda do estado de vigília que peculiarmente o representa "vivo", transferindo antigos critérios sobre o sono, para o conceito de morte.

Deitar, dormir, entregar-se, não estar consciente e morrer, compõem um mosaico de situações interligadas e emocionalmente bastante assemelhadas.

Manter-se vigilante como se vigiasse a própria morte, torna-se uma atitude habitual entre os poliqueixosos que vivem um período de crise por agravamento orgânico ou emocional. Estar atento enquanto todas as outras pessoas dormem, poderá trazer a conotação de manter-se necessariamente contrário ao usual, a fim de distinguir-se do resto do grupo, considerando-se que a preocupação é com uma "outra face", com o reverso das coisas.

Estar atento é estar continuamente indagando e, o ato de indagar sobre o monotema da lógica da doença, conduz à monotonia e à melancolia, agudizando o quadro de padecimentos a que o poliqueixoso está submetido.

14º) A Morte:

a) /Mulher, 51 anos/: "Tenho vontade de morrer, mas não quero que as outras pessoas morram";

b) /Mulher, 53 anos/: "Morrer é ficar debaixo do chão e ir se acabando... É a pior coisa do mundo..."

A morte pode ser considerada tanto um fato natural, qual todos os outros, não assumindo para o homem um significado específico, quanto em sua relação específica com a existência humana.

A morte poderá ser entendida ainda como início de um ciclo de vida, como fim de um ciclo de vida, e como possibilidade existencial.

O mais frequentemente apontado pela cultura ocidental implica que a morte não seja um acontecimento particular, situado no início ou no término de um ciclo de vida própria do homem, mas uma possibilidade sempre presente na vida humana e tal que determina as características fundamentais desta.

Merleau-Ponty diz em "Structure du comportement" que "a morte é contingência do vivido, a ameaça perpétua para os significados externos em que este pensa exprimir-se por inteiro".

Não temer a própria morte, mas sim a do outro, bem como a conotação de destruição e de rejeição pelo fato, fazem parte do esquema de razão, para alguns poliqueixosos, o que reforça a ansiedade e configura o medo da passagem, do morrer e do desenca-

dear de acontecimentos que sucede, posteriormente, ao organismo.

Através dos depoimentos aqui apontados, a morte não é expressada apenas como um limite, como o fim do existir, pois a fantasia do poliqueixoso estimula a reação depressiva do estar enclausurado sob o chão, claustrofobo, sem ar, sem movimentos, ou seja, é uma avaliação lateralizada das incongruências da morte, segundo exigências das condições de vida.

Tudo o que aí é apontado como possível falta, por ocasião da morte, revela-se como instrumental necessário para que o poliqueixoso se mantenha vivo!

Por que o medo é transferido à "morte do outro" e não à sua própria? Altruismo ou egoísmo, se a "vontade de viver" é apontada como um desvalor? O outro, é diferente, é o outro lado do eu (concepção do alter enquanto espelho do egô). Assim, o outro mantém-se estreitamente ligado ao eu, para que se possam estabelecer diferenças e semelhanças entre o que é meu e o que é alheio.

Temer pela morte do outro, implica em desejar mantê-lo vivo, atuante, capaz de observar e de fazer apontamentos sobre a minha pessoa, de interagir com o "eu poliqueixoso".

Ora, mantendo vivo o outro, estará sendo garantida a própria vida daquele que atribui importância menor à própria morte...

4.3.3. O Poliqueixoso por ele mesmo:

Algumas construções metafóricas exibidas nos discursos dos poliqueixosos, bem permitem compreender a "leitura de mundo" que esses atores fazem de si mesmos e dos outros, num cotidiano onde a doença é tida como uma constante, como único fator de certeza dentre as incertezas do seu horizonte imaginado (saúde) e materializado (doença).

A fala metafórica individualizada facilita a compreensão de detalhes particularizados do poliqueixoso enquanto um ator social doente, permitindo seja possível compreender o fenômeno da poliqueixa como um todo. Para tanto, foram selecionadas algumas falas metafóricas particularizadas, procedentes de diferentes pronunciamentos:

"Há vinte anos LUTO COM DOENÇA em minha casa"

"Lutar com doença" é, no caso descrito, mais do que simplesmente conviver com ela, pois leva a crer que a partir de um momento determinado na trajetória de vida do doente, a doença assumiu um "caráter invasor", penetrando o território do corpo, minando a integridade orgânica e instalando-se, desenfreadamente, contra o poder de controle do poliqueixoso sobre a propriedade do corpo.

Tal expropriação faz simbolicamente revelar, para o poliqueixoso, a doença como um "inimigo invasor" que se instalou e determinou seu sentido de vida, vontade e poder, suplantando suas

forças e capacidade de decisão.

Traduz a "luta com a doença" ainda, o grande mecanismo repressor em que tal luta fora transformada, tornando-se irremediavelmente presente e tão mais forte que os desejos, a super-valorização ou a banalização da doença por parte do ator doente.

A doença é considerada, nesse caso, um mecanismo externo ao indivíduo por ela invadido, anulando-o e lentamente destruindo. Para reagir ao indesejado fato, o poliqueixoso revida, metaforizando, buscando compreender-se a partir da compreensão do inimigo invasor que o ataca.

"Nunca fico doente DE CAMA... Fico doente, mas de PÉ!"

Ficar doente, "ficar de cama", adquiriu um significado simbólico para todos os atores sociais adoecidos, em especial para os poliqueixosos. Para esses últimos, por ter sido a doença um fator de persistência e principalmente por ter como referência uma multiplicidade delas presentes no seu cotidiano, adoecer e estar acamado assume elevado grau de importância.

Conforme constatações, através dos depoimentos pronunciados, os poliqueixosos, mesmo sendo portadores de uma gama variada de sintomas e de sinais adoecidos, não são eles, via de regra, apontados como pacientes terminais.

Os poliqueixosos apresentam um quadro adoecido agravado e desconfortável, levando-os a um processo de procura pela cura que culmina na própria poliqueixa. Em assim sendo, eles se revelam necessariamente impedidos, total ou parcialmente, das funções sociais rotineiras, o que impede também o desempenho de seus papéis sociais habituais. O referido impedimento se deve à inserção desses papéis nas regras de um cotidiano organizado segundo condições estabelecidas pela própria estrutura das doenças.

O leito, de acordo com CHEVALIER, J. & GHEERBRANT, A. (1990) é considerado o símbolo da regenerescência pelo sono e pelo amor; também é o lugar da morte... O leito participa da dupla significação da terra: dá e absorve vida. Inscreve-se no conjunto dos símbolos da horizontalidade. Na tradição cristã, o leito não significa somente um lugar de repouso sobre o qual o homem se deita para cumprir os atos fundamentais da vida, segundo os anti-

gos costumes. Simboliza o corpo.

Sendo assim, não são frequentes as situações em que o poliqueixoso se veja obrigado ao agravamento que o prenda ao leito...

Porisso, "ficar doente mas DE PÉ", acaba simbolizando um não deixar-se ficar à mercê total da doença, não entregar-se, não se dar por vencido, não estar derrotado. "Manter-se de pé" significa ser/estar mais forte do que a própria doença que o ameaça, com energia suficiente para continuar desempenhando suas funções sociais de ator doente.

"Fico doente e triste!"

Doença e tristeza têm sido logicamente encadeadas e, não raro, são o testemunho dos poliqueixosos que, no geral, conceituam ou fazem alusão à saúde como condição positiva, denotando extroversão, alegria e ânimo.

Conforme o já anteriormente descrito, via de regra, o poliqueixoso vivencia tal profusão de adoecimentos e de padecimentos, constantes no seu cotidiano, que, na tentativa de abordar o tema "saúde", o fazem discutindo o tema "doença". Essa discussão pelo avesso, bem reflete as condições e o plano emocional do poliqueixoso que encontra na "tristeza" uma saída adequada e em conformidade com a simbologia do seu corpo adoecido.

Ficar doente e triste é, pois, uma das regras indiscutivelmente aceitas e adequadas pelo rigor poliqueixoso.

Por qual razão o poliqueixoso é rigoroso ao expressar-se doente e triste? Porque em noticiando sua condição de saúde através de paralelismos e dualidades que adjetivam o agravamento de sua condição biopsicossocial, estará sendo garantido seu perfil social, sua participação na cultura e seu desempenho de papéis.

Independentemente da situação negativa determinada pelo estado doente, é muito mais positivo estar "doente e triste", do que se estivesse "doente e indiferente". Acompanhado pela tristeza, suas características são mais intensas e seu status mais marcante...

"O meu maior MEDO é de ficar doente!"

Embora a frase não pareça comprometida com situações complexas, deve-se considerar o sujeito que fala, isto é, o poliqueixoso. Esse ator-falante-adoecido é, na presente análise, levado em especial consideração, principalmente por ser portador de uma multiplicidade de queixas negativamente diagnosticadas, fato que o distingue dentre um grupo maior de indivíduos adoecidos.

O poliqueixoso é, pois, um ator social inserido num cotidiano em que "estar doente" é considerado uma situação rotineira e, assim sendo, causa estranheza ouvir desse personagem que seu maior medo é o de "ficar doente"...

Medo, de acordo com CALDERELLI (1972) é o "comportamento emocional e traumático, caracterizado por uma tonalidade afetiva de desagrado e que geralmente se manifesta em associação com atividades do sistema nervoso simpático (...) Agrupado com o amor e o ódio, formam as três emoções primitivas ou fundamentais". (p.453)

Aliando o medo ao contexto geral de vida do poliqueixoso, transparece um não rompimento de laços que, enquanto ator social, estabelece com as regras determinadas pela cultura, aquelas referentes à dinâmica da sociabilidade. "Dar-se por doente", implicaria em afastar-se do convívio social...

Enquanto um sujeito doente, mesmo vivenciando um aspecto marginal das relações sociais, o poliqueixoso ainda se sente ligado à sociedade concreta e, principalmente através da sua capacidade de narrar e de metaforizar, sempre que necessário, revela a intenção de permanecer como peça ativa da História do seu

tempo, embora cumprindo, com limites, seus papéis sociais.

"Quando estou bem, vejo meu corpo como uma MÁQUINA. Nenhum parafuzinho batendo diferente... Tudo certinho dentro de mim."

Corpo, máquina, funcionalidade, tecnologia, instrumentos e ferramentas organizadas de forma a bem reproduzir objetos que permitirão satisfação, compensação, prazer!

Se "os parafusos estão funcionando corretamente", denota equilíbrio e harmonia, capazes de saciar as necessidades do poliqueixoso que bem diferencia a máquina útil, da máquina útil, incapaz de realizar qualquer tipo de trabalho e, por conseguinte, de gerar produtos necessários.

Similarmente, uma máquina funcional simboliza saúde e máquina disfuncional, doença... dois parâmetros essenciais do dia-a-dia do poliqueixoso.

Homem-máquina, homem-ferramenta. Tem sido esse o ideal cultural das sociedades contemporâneas. A Revolução Industrial e a consequente mudança nos valores, modos e crenças juntados ao caráter funcional atribuído à produção dos objetos e à produção dos objetos e à reprodução dos desejos, tem sido acompanhado pelo imaginário do homem e ansiado como valor concreto nas representações do corpo, segundo a moda e os costumes, esteticamente viáveis.

O corpo humano, no século XX, tem sido visto como depositário das virtudes e como veículo de consumo, de beleza e de prazer. A saúde tem sido, então, o valor máximo de exigência e de expectativa das sociedades do nosso tempo. Como conceber o corpo

senão pela rejeição da doença e simbolização da sua plenitude
qual uma máquina?

"O jeito de ficar doente já está dentro de cada um..."

Conforme aponta LEPARGNEUR (1987) "a doença levanta apenas de maneira mais aguda um problema de todo ser humano (...). Deixa-se adivinhar pelo corpo e especialmente pelas feições significativas do rosto, pelo olhar que parece uma abertura destinada à ventilação da alma". (p.99)

A descrição acima nos permite identificar os traços materializados da doença, concretizada e transparecida no organismo do sujeito que, ao mesmo tempo revela sua transparência emocional e o seu potencial social também adoecido. Dessa forma, o estado de saúde/doença aponta para a mesma direção das palavras de Ernst SCHWENINGER: "o ser humano é o produto de suas condições de vida..."

O "jeito de ficar doente", proferido pelo poliqueixoso, o "estar dentro de cada um", são derivativos de um mecanismo simbólico ancorado no seu imaginário, fato que determina suas representações sociais e concretiza o cumprimento ideológico do "como ficar doente".

"Ficar doente do jeito de cada um", aponta ao mesmo tempo para a liberdade e a individualidade do adoecer, implicando numa dessemelhança necessária à manutenção do "status quo" doente.

Está garantida, assim, a presença do poliqueixoso na dinâmica da estrutura social.

"Minha doença não é idêntica à de ninguém".

Tendo a doença como referência do cotidiano adoecido, o poliqueixoso reconhece-se e até deseja intensamente, ser o centro e o alvo das atenções. É como se dessa forma ele pudesse estar ligado aos outros membros do seu grupo social mais fortemente. Já que compartilhar com o outro suas dificuldades orgânicas é algo considerado impossível, o poliqueixoso se utiliza do discurso sobre seu estado adoecido para substituir esse compartilhar orgânico pela identificação ou, até mesmo, pela compaixão.

Tal identificação tem por função difundir e consequentemente dissimular os aspectos grotescos e incômodos da doença, diluindo-a, através dos argumentos da narrativa metaforizada.

A referida diluição ameaça, contudo, que a doença e seus traços característicos tornem-se banalizados o suficiente até que, simbolicamente, venham a ser não apenas um fato da privacidade do poliqueixoso, mas sim um tema de propriedade pública...

Sentindo-se ameaçado, uma vez mais, pois assim já se sentia por estar submisso aos ditames da doença e suas ameaçadoras extensões, o poliqueixoso reage contrariamente à possibilidade de mais uma perda...

Se, mediante os traços e imposições da doença vê ameaçadas a posse e propriedade do controle orgânico, individualiza-se agora, reforçando sua "identidade doente", como se salvaguardasse o que lhe restou: o direito e a individualidade de estar doente... só com suas doenças...

"Eu tinha uma saúde de ferro".

O ferro, de acordo com ABBAGNANO (1982) "é comumente adotado como símbolo de robustez, de dureza, de obstinação, de rigor excessivo e de inflexibilidade". Tanto na tradição bíblica quanto na China antiga, o ferro se opõe ao cobre ou ao bronze, assim como o metal vulgar se opõe ao metal nobre, ou como a água se opõe ao fogo, o norte ao sul, o negro ao vermelho eo "yin" ao "yang".

No seu caráter ambivalente, o ferro protege contra as más influências e é também o instrumento dessas mesmas influências; é o agente do princípio ativo que modifica a substância inerte, embora seja igualmente o instrumento satânico da guerra e da morte.

Além dessa simbologia, a popularização da máxima "quem com ferro fere, com ferro será ferido" estabelece a polaridade entre castigo e justiça.

Tais informações estão incluídas na sabedoria coletiva, no conhecimento popular propalado pela cultura e incluído nas regras do dia a dia, manifestando-se, ora como argumento de acusação, ora como de defesa.

A linguagem, na sua condição simbólica, explicita sentimentos, pensamentos e condições biopsicossociais, imprimindo maior ou menor intensidade aos valores julgados válidos para diferentes situações em condições de vida diversos.

O caráter ambivalente da palavra empregada, no entanto, não assume, para o narrador locutor, seu sentido específico, como já dissemos, quando seu emprego tiver uma conotação metafórica, o

que é usual para poliqueixosos quando da montagem dos significantes da fala com arremesso aos significados. Ao lado da citada ambivalência, constata-se a dualidade do processo vivido pelo ator adoecido que, ao mesmo tempo que faz uso de uma palavra carregada de intensidade, redobra sua força, ao infestá-la da noção também dualizada de temporalidade.

Frente a tais possibilidades, o poliqueixoso argumenta "eu tinha...", colocando propositadamente a regência do verbo no pretérito imperfeito, denotando passado, ontem, outrora, numa outra ocasião que não essa presente, estabelecendo assim, distinção entre o que julga ter sido (ontem) e o que é (hoje).

O fundamento da montagem metafórica alcançada, visa realçar um evento, fato ou condição divisora de águas, avaliando, portanto, sua capacidade funcional frente à doença e suas mazelas, alegando, atualmente, a diminuição de suas possibilidades e capacidade de reagir socialmente com os outros atores dos grupos que fazem ou que viriam a fazer laços eventuais ou duradouros na sociedade.

Se o poliqueixoso metaforiza "ter tido uma saúde de ferro", pretende deixar claro que, na atualidade, seu estado de doença simboliza um outro metal mais facilmente perecível e, talvez, sem grande importância em relação a outros metais.

Atesta-se, assim, a fragilidade e receio atuais em expor-se e estar à disposição da teia social, resguardando-se, intimidando-se, biopsicossocialmente.

"Doença me tira de rotina. Fico abalado e tenho que ficar sozinho porque NÃO ME SINTO BEM NO MEIO DOS OUTROS..."

Aí estão refletidas as regras básicas da sociabilidade. Conforme difusão popularizada do tema, sociabilidade assume, no referencial geral da cultura popular, a característica de ser o processo de interrelacionamentos estabelecidos entre atores no plano social.

Embora não haja estranheza nessa forma de compreensão da dinâmica social, vê-se incutido ao conceito de sociabilidade, apenas a capacidade positiva das relações sociais, através dos contatos, da cooperação e da assimilação. Esquece-se, o consenso popular, que sociabilidade implica também no "aprender do grande jogo de papéis" na sua totalidade positiva e negativa. Assim sendo, o "afastar-se" do outro, a distância social, necessária em grande parte dos processos sociais, é uma das regras do ser sociabilizado.

Guardadas as dimensões do conceito estabelecido sobre "relacionamento social", o poliqueixoso enquanto um ator social que revela os aspectos dinâmicos no cumprimento dos seus papéis sociais, ao sentir-se indisposto às tarefas do contato social ou da interação com resultados positivos, reage como se estivesse sentindo-se "abandonado" ou desligado do seu grupo social de origem.

O sentido de estar à parte do grupo por falta de condições orgânicas para uma participação maior, traduz-se, para o po-

liqueixoso, como uma condição de marginalidade, na qual, o não contato, simboliza o "não existir social", ocasião em que esse ator passa a vivenciá-lo pela "negação da ordem".

É assim que o imaginário doente do ator adoecido determina as regras de conduta, seu grau de sociabilidade e sua capacidade interativa.

"Quando começo a chorar, pioro. Parece que vou morrer. Este NÃO É UM CHORO BOM"

Bem e Mal, Bom e Mau. Choro bom e choro ruim... Na mesma simbologia, doença boa e doença ruim para indicar o estado de comprometimento mais ou menos intenso e grave da doença instalada no sujeito, o que poderá levá-lo, com maior ou menor rapidez, à morte...

Bem ou bom, indicam sempre um quadro expressivo daquilo que se refere aos aspectos da concordância e do prazer do homem. Bem, "é tudo o que possui um valor, preço, dignidade, é o símbolo da beleza ou da dignidade ou da virtude humana ou de uma ação virtuosa particular, de um comportamento aprovável", de acordo com ABBAGNANO (1982).

O "choro bom", no quadro de referência do poliqueixoso, adotado para descrever determinada situação biológica representada pela emocional, significa estado de saúde, condição de poder, comando e ordenação... O "choro bom" simboliza, portanto, alegria e disposição para as competições naturais e salutaras do cotidiano.

O "choro ruim", denota percepção de ampliação do estilo depressivo e da perda dos valores da ação/reação substituídos pela ameaça da morte que, bem correspondendo ao "choro ruim", presagia "maus agouros".

Na distinção entre "bom e mau", temos a reação popular optando pela negação de nomes de doenças indesejadas e de situações evitáveis. Para o cumprimento do referido ritual, a população

ção procura rejeitar certas situações ou palavras, como se resistindo às suas idéias e dissimulando suas características. Adotam, para tanto, uma adjetivação complementar da palavra "doença", como se assim pudessem manter afastados os riscos e os perigos fatais de algumas delas. É o caso da atribuição da expressão "doença ruim" como forma indicativa, substitutiva e distanciadora da palavra "câncer"...

Suspeita funesta e consciência de malefícios reforçam o quadro contraditório da poliqueixa onde sintomas e sentimentos se confundem, formando um único tecido: o da falta de expectativas positivas e descrença no processo de cura e na recuperação da saúde.

...Começar a chorar leva à piora... Continuar chorando implica, possivelmente, em apressar o próprio fim...

*"Tem remédios que acertam e remédios
que deixam a gente mais doente"*

Bom diagnóstico e medicamento, têm, no geral, uma ligação estreita entre desejo e realidade para o sujeito poliqueixoso. Como é de praxe, uma miscelânea de doenças, de sentimentos, de conceitos e de frases, formam o imaginário e o ideário do ator doente. Paralelamente, a ideologia da saúde, carrega consigo o medicamento que se constitui na mercadoria patenteada da forma eficaz para evitar doenças...

O medicamento, muito fortemente, é o grande desejo do poliqueixoso. Daí a sedução, o fascínio, que impregna o medicamento: ter saúde, precavendo-se das doenças, protegendo-se através de doses e de tomadas programadas de medicamentos.

Conhecimentos e ações entram, pois, no plano de contradição. Como tudo que é contraditório e fascinante, o medicamento acaba assumindo simbolicamente, a responsabilidade por garantir saúde ao indivíduo doente, de maneira tal que, para o próprio medicamento é canalizada a responsabilidade do bem-estar (remédios milagrosos), ou do mal-estar (remédios ineficazes que não curam, mas adoecem...).

A duplicidade dos efeitos do medicamento implica em fazer crer ao poliqueixoso, que os novos sintomas e sinais não são de origem orgânica ou psíquica, mas sim do agente externo, o medicamento, que tanto quanto a própria doença, assume um papel invasor, às vezes de amigo, outras vezes de inimigo indesejado e possivelmente fatal. Portanto, cabe atribuir ao medicamento a maior parte de culpa pelos azares da sorte!

"Quando na primeira consulta com o Cardiológico eu LEVANTEI, FIQUEI DE PÉ e ANDEI, PARECIA QUE EU ESTAVA NO CéU..."

O "Milagre de Lázaro" bem corresponde à descrição metafórica do poliqueixoso que atribui à eficácia da "primeira consulta" o efeito mágico sobre seu processo de autocontrole e de forças vitais renovadas.

Ficar de pé e andar, por sua vez, apontam para a dinâmica das atividades do cotidiano e para o recuperar das ações e dos papéis sociais tornados ineficazes durante o período de doença agravado. Tal processo de adoecimento havia dificultado o processo interativo e as relações sociais gerais do poliqueixoso.

Estar ativo é estar vivo. Daí a recorrência metafórica do ESTAR NO CéU!

Céu, é simbolicamente considerado uma manifestação direta da transcendência, do poder, da perenidade, da sacralidade: aquilo que nenhum vivente da terra é capaz de alcançar... Daí, ter-se movido da inércia para a ação produziu, no poliqueixoso, a impressão de transcendente passagem que o levou a construir, metaforicamente, a tradução das suas intenções, dos seus desejos: curar-se!

"Cortaram aqui, enfiaram uns ferros ali, para ver se tapavam as veias, mas não taparam. Me arrancaram metade de um pulmão mas deixaram um PEDAÇO DA DOENÇA na outra metade"

Está avaliado pelo poliqueixoso, através da descrição dos atos sucessivos, das intervenções dinâmicas da clínica e da cirurgia, a conduta médica, segundo um critério amadorístico sobre a ação técnica e sobre o processo de agravamento do quadro adoecido.

O insucesso da cura, a continuada falta de saúde, a persistência dos sinais doentes, levaram o poliqueixoso a desempenhar seus papéis de agente passivo da ação, ao mesmo tempo em que, buscando explicações lógicas para a não saúde, justifica-se não pelo fatalismo da sorte, mas pela ação inábil do técnico e das suas técnicas...

É importante seja considerado nesse raciocínio, que a manutenção da doença fica justificada, porque "a ação dos homens, daqueles que conhecem saúde/doença" encarregaram-se da descuidada atitude de permitir que a parte adoecida do órgão submetido à intervenção permanecesse doente, mantendo o quadro agravado e, portanto, a doença "intacta no corpo do indefeso ator".

Tal atitude, sua explicação e compreensão profanas, permitem ao poliqueixoso apontar motivos que, estranhos à sua vontade e independentes do fator doença, o mantivessem doente...

Nada mais lhe resta senão continuar a peregrinação da procura pela cura, defendendo-se metaforicamente sob a proteção

da sua história das doenças...

"Durmo pouco, mas sonho muito"

Em condições normais, o sonho é visto tão necessário ao equilíbrio biológico e mental como o sono, o oxigênio e uma alimentação sadia.

O sonho é tido, ainda, como um dos melhores agentes de informação sobre o estado psíquico de quem sonha. Para Bachelard, "o sonho é o prelúdio da vida ativa".

No processo de interpretação do sonho, leva-se em consideração que o sonhador está no âmago do seu sonho e está no âmago da História, pois sonho enquanto símbolo, significa princípio de integração.

Sendo simbólico, o sonho fica relegado ao mundo da fantasia exatamente porque as situações oníricas não demarcam com acerto situações, personagens, lugares... Em "Tempestade", Ato IV, cena I, Shakespeare dizia: "Nós somos feitos da mesma substância de que os sonhos e a nossa breve vida está fechada num sonho". Sobre o mesmo tema, Calderón de la Barca em "A Vida é um sonho", Ato III, Cena X, diz: "Portanto as glórias são tão semelhantes aos sonhos que as verdadeiras são tidas na conta de falsas e as fingidas na conta de certas? Há tão pouca diferença entre umas e outras que se faz questão de saber se aquilo que se vê ou se goza é um sonho ou uma verdade?"

Negar o sonho é negar a vida! Dormir pouco e sonhar muito, significa ter perdido o discernimento entre realidade e fantasia, entre mundo da saúde e percalços da doença, entre o concreto e o abstrato, entre o real e o imaginado.

Como ocorre em toda ideologia, o sonho é nada mais que um veículo criador de símbolos e, como tal, manifesta sua natureza complexa, representativa, emotiva...

Guardado nessa concepção, "o sonhar muito e o dormir pouco" significa, para o poliqueixoso, um período maior de fuga, que permite sejam suprimidas ou reduzidas, as ordens negadas da realidade.

"Tomo uma NINHADA de remédios"

"Ninhada" - conjunto de ovos ou de avezinhas deles nascidas, que cabe num ninho... Simboliza quantidade ampliada, continuidade, pluralidade.

Sendo um verbete derivado de "ninho", abre-se, porisso, a sensação de aconchego, calor, candura, afabilidade, segurança.

"Tomar uma ninhada de remédios" é uma das situações que concorre para a diferenciação do poliqueixoso de um queixoso qualquer. Ao se declarar obrigado a uma tomada maciça de medicamentos, está o poliqueixoso atestando "ser/estar mais adoecido" que outras pessoas, enquanto vê, nessa condição, uma forma de explicação da realidade vivida frente às doenças.

Ao mesmo tempo, declarar-se "mais doente" mediante justificativa concreta do ampliado número de remédios de que faz uso, sustenta as bases do "compreender-se doente" no universo sedutor dos múltiplos remédios para variados males.

Tal sustentação acarreta, ainda, além do "compreender-se", o "explicar-se", pois na medida em que o grupo social constata e, direta ou indiretamente aprova a conduta do poliqueixoso enquanto consumidor de grande número de medicamentos, está assim assegurando e garantindo a continuidade da poliqueixa sem riscos de avaliação negativa por parte da comunidade.

"Tomo tantos remédios e não tenho nenhum remédio para tomar..."

Multiplicidade e nulidade, abundância e escassez, adequado e inadequado, desejado e não realizado, suspeitado e temido... A leitura dos aspectos contrastantes do mundo, a visão cosmogônica e ao mesmo tempo lateralizada do universo, conduz o poliqueixoso a uma narrativa extremista, sinalizada pelo "tudo e pelo nada", de tal maneira que, à primeira vista, suspeita-se estar sendo efetuada uma descrição do vazio...

Havendo tanto, não haverá nenhum? Tradução metafórica da inadequação, do desserviço, da impotência do medicamento frente às exigências das necessidades que se fazem urgentes.

A apontada contradição revela o caráter dialético das relações estabelecidas entre o poliqueixoso e o grupo externo, o grupo familiar e consigo mesmo. Enquanto condição necessária ao processo dialético, o exercício da negação, da contraposição e em seguida o da argumentação e conclusão, fazem-se adequados.

Como avaliar os movimentos de negação e de síntese admitidos pela lógica do poliqueixoso, se seu estado de crise é continuado e persiste além dos limites do tolerável?

Possuir variadas chances de cura, através do uso de medicamentos, para um indivíduo que se reconhece "despossuído", significa ao mesmo tempo nada possuir, pois essa é a regra fundamental da ausência de saúde.

Considerando a história da doença do poliqueixoso, os motivos e explicações que ele apresenta como causas e efeitos do seu desconforto, admite-se que o número de perdas por ele aponta-

do é maior que o das conquistas...

Observando tal processo em sua retrospectiva, seu caminhar tem sido de continuadas respostas insatisfatórias e insuficientes para o alcance dos seus objetivos: recuperar a saúde perdida.

Caminhar pela multiplicidade de medicamentos é, por outro lado, não chegar a lugar algum...

"Se meus filhos falam em se casar, tenho recaída e vou pra cima de uma cama... Se se casam, 'saem da minha vida' e eu não quero que eles saiam..."

Casamento se inclui entre os ritos de Sacralização de vida. É o símbolo da união amorosa entre dois seres e da conciliação do inconsciente na análise junguiana.

Embora toda simbologia de união, na sua interpretação ambivalente significa desenlace, pois, frente ao casamento, cada um dos seres deverá desenlaçar-se do grupo de origem para cumprir o ritual do início de um novo grupo, que constituirá o par social e, via de regra, reproduzirá e ampliará, extensivamente, através da prole, a própria sociedade.

Adoecer, mediante possibilidade de casamento dos filhos, representa a intensidade do estado de solidão em que se encontra o poliqueixoso. Esse ator doente que já se reconhece inevitavelmente "o único" personagem destinado ao cumprimento das regras e dos rituais da própria doença, ritualiza, por outro lado, sua condição de solidão.

Obrigar-se à submissão do sofrimento físico, ao isolamento individualizado da condição de ator social doente, somado à ameaça de perda da companhia efetiva dos filhos, assevera as condições de insegurança e faz florescer o medo de estar ainda mais só.

A saída dos filhos da casa paterna reforça o sentimento de perda e desestabiliza o equilíbrio emocional do poliqueixoso que, na verdade, além da negação da ausência do outro, nega tam-

bém a possibilidade de perda da presença-estímulo daqueles que o rodeiam e que, mesmo de maneira indireta, compartilham com ele do mundo da doença...

Perder os filhos pelo casamento ou perder a platéia que assiste ao ritual da doença, que aplaude melhoras, reprova piores, comunga esperanças?

Vivenciando o ritual, os filhos estão reforçando os mitos que envolvem as doenças e o comportamento do poliqueixoso, dividindo emoções e, por essa razão, reforçando a manutenção da trajetória da poliqueixa.

Ator sem público?

Estando garantida a platéia, estará garantida a continuidade da poliqueixa e do jogo social aí gerado, garantindo, assim, a estabilidade das doenças instaladas, fato que permite ao poliqueixoso preservar-se e exercitar suas crises livremente, dividindo responsabilidades como o alter.

Sem a presença da platéia, o ator perderia sua função.

"Desde que me lembro que mundo é mundo, existia uma doença comigo, que dá até vergonha de falar"

A existência da doença, inimiga, invasora, revela, no contexto geral da frase, certa familiaridade do poliqueixoso com ela, fazendo dos seus traços característicos, pontos comuns, sem conotações nefastas, devido a duração temporal do evento.

Afinal, por mais agressiva e negativa que possa ser a idéia, o simbolismo e a realidade da doença, o ter convivido com ela desde "todo o sempre", metaforicamente referido no "desde que o mundo é mundo", elimina o sentido de novidade, de estranheza ou de desconhecimento do fato.

Quanto tempo significa "desde que o mundo é mundo"? A eternidade, o infinito, o imensurável, o "perder de vista", de alfa e ômega... enfim, o tempo do próprio cotidiano! Se o poliqueixoso toma o tempo-vida como referência do conhecimento, está traduzindo que conhece porque vivencia, ao mesmo tempo em que vivencia o que conhece...

Qual sua fonte de conhecimentos? A rotina da própria doença e dos mecanismos doentes, os quais fazem com que se torne o poliqueixoso um "expert" no tema: doença. Ser/estar doente, pois, não guarda nenhum mistério...

Qual o sentido, então, do "até ter vergonha de falar"? Falar desse conhecimento, dessa intimidade com a doença, parece significar, para o poliqueixoso, demonstração de fragilidade frente a uma história de vida monotemática que, por seu lado, faz alusão, conseqüentemente, a essa mesma histórica, também monocro-

mática e monótona.

Por temer ser considerado segundo a descrita invariabilidade, o poliqueixoso manifesta seu tempo de conhecimento habitual com doença, refugiando-se na defesa da "vergonha de falar sobre"...

"A morte pode vir tão rápida quanto um ladrão entrando numa casa..."

A frase aqui referida está tão intensamente representando o estado de adoecimento psicossomático do ator doente, que merece seja subdividida em partes, para que possa assim ser mais profundamente compreendida.

Os ensinamentos da simbologia da linguagem apontam que "a morte designa o fim absoluto de qualquer coisa de positivo: um ser humano, um animal, uma planta, uma amizade, uma aliança, a paz, uma época... Não se fala na morte de uma tempestade, mas na morte de um dia belo". (CHEVALIER & GUEERBRANT, 1990, p.621)

Enquanto símbolo, a morte é o aspecto perecível e destrutível da existência. Ela indica aquilo que desaparece na evolução irreversível das coisas: está ligada ao simbolismo da terra, mas é a introdutora aos mundos desconhecidos dos Infernos ou dos Paraísos. Ela é revelação e introdução. Ela tem um valor psicológico: ela liberta das forças negativas e regressivas, ela desmaterializa e libera as forças de ascensão do espírito.

O mistério da morte é tradicionalmente sentido como o angustiante e figurado com traços assustadores. A morte tem inúmeras significações: libertadora das penas e preocupações, ela não é um fim em si; se ela abre o acesso ao reino do espírito à vida verdadeira.

Mesmo sendo a única certeza que a vida detém, a morte é, para a cultura ocidental, sempre considerada uma surpresa! O medo da surpresa conduz a imaginação do homem a estar preparado mais para a morte do que para a própria vida. Doença, por sua

vez, estando ligada ao conceito de destruição, de fim, de ameaça, de término, é vista como um arauto da própria morte.

Mesmo sendo suspeitável que a morte possa estar enviando avisos de sua chegada através das doenças que acometem o organismo, o homem, no geral, ainda guarda para a primeira, a conotação da surpresa!

Nesse relacionar metafórico, a figura do ladrão bem representa a personagem invasora, ameaçadora, que de sobressalto invadiria a casa... O ladrão está aí representado numa figura vil e sem escrúpulos, mensageiro da má notícia da propriedade do corpo invadida, destinado não apenas a roubar objetos materiais, mas desencadeador de uma "nova ordem das coisas".

A casa, como o templo, está simbolicamente no centro do mundo, no centro do universo. A casa significa o ser interior, segundo Bachelard; seus andares, seu porão e sótão simbolizam diversos estados de alma. A casa significa o corpo, os órgãos vitais que ao serem invadidos, provocam desarticulação e destroem a vida.

Fim da vida, morte! Rapidez e agilidade tão hábeis que fogem ao controle das forças conscientes, reduzindo o homem às suas impossibilidades.

Nessa condição ameaçadora, o poliqueixoso procura se convencer da ineficiência e impotência da sua vontade frente ao "anjo mau" que estabeleceria o final da trajetória da doença pela forma menos desejada: a morte.

"Se fosse juntar toda água que já chorou, daria UH MAR..."

Na concepção geral da cultura ocidental, chorar tem sido apontado, na maioria das vezes, como um ato de lamentar, queixar-se, exprimir com medo a tristeza ou dor. Nessas condições, o choro vem acompanhado de gemidos, lamúrias, soluços, vozes e, necessariamente, de lágrimas.

A lágrima, por sua vez, tem sido considerada a representação concreta do choro, em cujo conceito se torna difícil justificar uma coisa sem a outra.

É natural, pois, que o choro venha acompanhado de lágrimas!

Tomando tais conceitos como válidos e aceitos pela cultura das sociedades, verifica-se que essa mesma cultura estabelece ainda, para o considerado ato normal e justificado do choro, um provável tempo de duração.

Dessa forma, avaliando segundo uma escala de riscos, perigos, dores, perdas, frente à ameaça que atinge aquele que chora, será então admitida e prevista certa duração, maior ou menor, compatível ao referido ato...

Em continuidade ao mesmo ritual, o próprio grupo social torna-se elemento encarregado tanto em atribuir "tempo adequado" para o choro e a "quantidade" de lágrimas a serem aí dispensadas, quanto à verificação da reação do indivíduo que chora. Este sujeito será julgado segundo suas condições emocionais e classificado como "adequado ou inadequado", de acordo com o que o grupo havia culturalmente decidido como "cabível e correto" para a rea-

ção sentimental daquele que deve ou não chorar. Nessa mesma direção, no recorte "machista" da cultura latinoamericana, o processo educativo de que, frente às condições arrevesadas de vida e mesmo frente às doenças, "homem não chora"... "mulheres choram mais..." , "crianças choram à vontade", etc.

Estando constantemente julgado pelo grupo exterior, o poliqueixoso torna-se convencido de que para melhor representar sua multiplicidade de queixas e seu perfil adoecido no mundo controvvertido das doenças, deve chorar em maior quantidade que o apontado como normal...

Buscando bem traduzir ao mundo o cotidiano do qual é a exclusiva vítima, diariamente penalizado pelo desconforto da doença, o poliqueixoso constrói metáforas que apresentam duas finalidades complementares e compreensíveis: a de compreender-se e a de explicar-se, chorando...

Para tanto, constrói orações subordinadas com função subjetiva, imprimindo ao substantivo uma conotação transcendental, cuja metaforização incita à sensação de abundância pelo excesso de sofrimento a que se vê submetido.

Acima de tudo, imprimindo certo movimento à imagem metaforizada, o mar, tanto quanto as lágrimas, têm um componente fundamental comum: ambos são "salgados" e simbolicamente guardam os mesmos mistérios e suas incógnitas...

4.4. Outras características enriquecedoras das metáforas:

Efeitos os mais diversos poderão acompanhar as construções metafóricas. Desde que consideradas as metáforas pronunciadas pelos poliqueixosos uma tentativa de imprimir maior intensidade explicativa aos fatos ou estados julgados importantes de serem comunicados, as frases produzidas, no geral, não se reduzem a pensamentos restritos e sim, deixam sempre impressão extensiva...

Continuidade, novas idéias, outros arremessos, reconstrução, "querer dizer", são situações sutilmente apontadas e suspeitadas mediante o processo da enunciação poliqueixosa.

Buscando permitir que os efeitos extensivos tenham alcance real e que produzam no interlocutor efeito de suspensão, a frase metafórica construída pelo poliqueixoso poderá ainda vir acompanhada (impregnada) de "reforço metafórico", para o que o ator doente insinua continuidade e intensidade. .

Assim sendo, cromatização e onomatopéia, são recursos que puderam ser detectados artifícios presentes através do processo de entrevistadas e, portanto, estão aqui referidos:

4.4.1. Efeitos Cromáticos:

A narrativa dos poliqueixosos carrega aqui a "força da visualidade" provinda do "uso das cores" para traduzir sensações. Através desse mecanismo de atribuição de cores, as metáforas se tornam mais intensas, bem como as sensações e emoções mais evidentes. Eis alguns exemplos:

- *"Doença me deixa sombrio, cinza..."*

- *"... é como se eu estivesse num buraco azul-marinho, quase preto..."*

A certificação do uso cromatizado das palavras permite uma perspectiva ampliada de leitura e compreensão do que o poliqueixoso pretende informar, o que não necessariamente caracteriza uma "cor real" dos objetos que descreve, pois estes se referem a sentimentos e emoções, subjetivos e logicamente desprovidos de colorido.

A cromatização tem por meta reforçar simbolicamente o lado subjetivo (o da depressão) dos fatos, na intenção que o lado objetivo (o da doença) seja mais intensamente compreendido.

O poliqueixoso, mesmo sem conhecimento técnico dos recursos gramaticais, permite-se cromatizar de forma arbitrária e metafórica, buscando além da própria narrativa, a tradução de "um lamento".

Atribuindo cor a uma coisa abstrata, o grau de irrealidade e de subjetivismo estão fortemente presentes, dado o processo de "autonomização das cores" que representam um grau mais

avanzado do procedimento metafórico que consiste em atribuir ao objeto ou sentimento, uma cor que lhe é empiricamente "estranha".

A unidade da narrativa proferida pelo poliqueixoso é assim assegurada pelas cores que qualificam os objetos, através do próprio colorido que lhes impõe. A cromatização visa, pois, a garantia para o poliqueixoso que seu "estado de alma adoecido", será compreendido...

Sombrio e cinza simbolizam a perda de luz, de brilho, de vitalidade. Se essas cores são atribuídas à doença, deduz-se que as perdas do potencial saudável estão relacionadas à energia diminuída, o que contribui para a minimização, por parte do poliqueixoso, sobre seu próprio estado depressivo.

Cinza, sombra, depressão, refletem o cromatismo psicossocial em que se encontra o poliqueixoso... Azul-marinho quase preto, tonaliza o próprio "buraco" descrito pelo ator social doente, simbolizando ainda estreitamento, perda dos pontos de apoio, insegurança, insatisfação, melancolia e proximidade do fim.

Nota-se, ainda, que as cores utilizadas são carregadas de tons escuros e lembram sempre uma situação deprimente, assemelhada às descrições do estado de doença continuado. Esse quadro de sentimentos e de predisposição negativa para os fatos, reduz as possibilidades de novos contatos sociais e indisposição para as relações interativas. Esta situação é particularmente uma constatação da já desfechada "morte para o social" que acomete o poliqueixoso...

4.4.2. Efeitos Onomatopaicos:

Não só a cromatização é uma virtude na narrativa do poliqueixoso, como também a sonoridade que as metáforas assumem. Há aí uma verdadeira "visualidade das imagens" num processo de exploração das relações som/sentido integradas nas metáforas. Som, cor e movimento fazem parte da montagem metafórica a que o poliqueixoso recorre na tentativa de fazer representar verdadeira "onomatopéia dos órgãos" para os quais está voltada sua atenção.

Na criação imaginativa da esfera da doença, o poliqueixoso toma um dos órgãos, considerado o mais prejudicado, num determinado estágio da doença, atribuindo-lhe força e vigor necessários ao processo vida, se não em condição saudável, pelo menos em "estado de alerta".

Supõe-se então os possíveis sons que deveriam produzir durante seu processo funcional e, pra atestá-los atuantes e capazes de sobreviver, pronunciando, imitativamente, o som que seria natural à coisa significada. Eis alguns depoimentos:

= "Faz uma barulheira por dentro:
vumpt, vumpt, vumpt... Parece que tenho uma bomba que vai já explodir:
bumm!"

= "Meu coração dança valsa e samba...
Batuca doidão: prom, prom, prom..."

= "Fico nervoso e meu testículos somem: puff!"

Em assim sendo, o "vumpt, vumpt, vumpt", bem imita o bombear do coração que, taquicárdico pelo estado aflitivo, parece já explodir: bummm!

Para o outro depoimento, mais ameno em relação á agressividade externalizada, o coração não ameaça explodir frente à taquicardia, mas dança ritmos desencontrados e não sequentes: de valsa, de samba e de batuque...

Puff! É essa onomatopéia simbolizada pelo poliqueixoso para o supreendente desaparecimento dos seus testículos! Para onde sumiram? Para algum lugar desconhecido? Não. Simplesmente se recolheram timidamente para o interior/inferior do abdômen como se defendendo-se das agressões externas. Tais testículos, por certo, estejam simbolizando o mesmo processo de fuga em que se encontra seu proprietário que tem buscado, nas formas de recato e resguardo, as não aventuras sociais, numa atitude de possível defesa, de dúvida, de reserva.

A não participação nas relações sociais, temendo expor-se ao público, ao assédio, preferindo esconder seus sintomas, leva o poliqueixoso a esconder-se neles, esquivando-se, consequentemente, das situações interativas.

5. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

"... Sou, não sendo. É que quando penso 'eu sou', não sou eu quem pensa. A dissociação leva-me a assistir à eclosão do pensamento: eu o olho, eu o escuto. Quem sou eu, que atuo sobre ele, que interfiro, que o animo? Eu é um Outro, é aquele que vê, eu é o 'voyeurur, o visionário que busca o desconhecido no desregramento dos sentidos, na louca aceleração da desarmonia entre corpo e mente".

Láymert Garcia dos Santos

"Já tentei tratamentos caseiros mas não me senti bem... Fico esquisita... Não sei se deito, se levanto, se converso. Não tenho disposição... Alopattia deixa a gente mais tranquila..."
(Mulher, 53 anos)

"Dilema" parece ser a palavra que melhor se encaixa como "moral da história" das "histórias narradas" pelos poliqueixosos. Contudo, a intenção deste trabalho não se resume em um "clichê" esquematizado de interesses voltados para uma leitura ampla de um dos processos frequentemente presente no cenário da Saúde pública: o da poliqueixa.

"Ir além" das narrativas poliqueixosas foi um dos propósitos firmados no desenrolar das considerações teóricas e das abordagens práticas realizadas nessa investigação. Para que tal se tornasse possível, foram sistematicamente observadas as metáforas construídas pelos poliqueixosos, aquelas que se referiam às suas constatações, afirmações, incertezas, a respeito das condições de saúde e existência.

E quais as metáforas construídas por eles? Aquelas que traduziam suspeitas, desconhecimento, supostas "sabedorias", esperanças, estupefação frente à tecnologia denominada "indústria da doença", dos continuados "não" recebidos, dos frequentes "não estar com a razão", enfim, dilema e desilusão culminados pela continuada falta de saúde.

Poderia, então, a conclusão de um trabalho assim proposto estar justificada pelo mero reducionismo de que o poliquei-

xoso, o poliqueixar-se e a poliqueixa seriam resultantes da fatalidade, do não compreender-se, das limitações intelectuais, emocionais, ou até mesmo devido à ineficácia do Sistema de atendimento médico ou dos Serviços de saúde? Simples poder e supervalorização dos médicos numa sociedade de doentes?

Conforme já tivemos oportunidade de considerar, os fatos não se reduzem aos simples fatos quando a questão discutida é o binômio saúde/doença na Saúde pública. O problema é muito mais amplo e obedece a uma ordenação encadeada do processo sócio-histórico e da ideologia que o caracteriza.

Concretamente, e aí está um dos impasses da Saúde pública, o poliqueixoso é um indivíduo doente, embora não confirmado diagnósticos positivos por parte da Ciência médica. Entretanto, apresenta esse ator social, variada gama de sintomas que não encontram correspondência nos compêndios de Semiologia Médica. Consequentemente, além dos referidos sintomas continuarem sem solução e os tratamentos permanecerem ineficientes, outros novos sintomas surgem no decorrer do processo da poliqueixa e são, forçosamente, somados aos anteriores. Montado está um ciclo que instala um estado de morbidez duradoura e, porque não, estável, considerada a sequência das condições de desconforto e de insalubridade para o poliqueixoso.

Quais as manifestações concretas mais imediatamente palpáveis que são apresentadas pelos poliqueixosos como fatos sugestivos para diagnóstico na clínica médica? Forte desejo de atendimento pelo ato da consulta médica, pelos exames clínicos de rotina, com direito a todos os detalhes que a anamnese possa oferecer (tais como apalpação, ausculta, aferições da Pressão Arte-

ria, dos batimentos cardíacos, da dinâmica pulmonar, ... contar trinta e três", "inspirar e expirar", "mostrar a língua", "ter as pálpebras inferiores movidas para baixo" ... ainda são ações consagradas pela mística do ritual da consulta médica...). Esse fascínio faz acreditar no processo de sedução, de amorização e atenção que o poliqueixoso deseja estar existindo por parte do médico consultante. Não cumprir tal ritual é, sem dúvida, não ter sido examinado e... conseqüentemente, não ter sido amado...

O nível de exigências de um poliqueixoso não se resume, no entanto, apenas aos atos concretos da consulta médica ou ao seu conseqüente ritual. Vão além. Este ator doente se faz exuberante, dada a necessidade que tem de "explicar-se", certamente com a intenção de "compreender-se", já que não compreende a própria complexidade das doenças que o cercam (*).

E o que explica o poliqueixoso? A fantástica aventura de um cotidiano sustentado pelo imaginado, no qual é o personagem central no universo da doença. E do que fala? Dos seus sintomas e sinais que constroem suas representações. E quem o ouve? Médicos, pessoal técnico em saúde, familiares, grupos próximos e até mesmo grupos eventuais que vierem a estar ao seu alcance na trajetória e na monotonia do dia-a-dia. E o que dizem aqueles que o ouvem? Nada que corresponda aos anseios do narrador-locutor? Qual o resultado desse processo comunicativo? Mensagens distorcidas, linguagens inadequadas, mídia ineficaz, códigos não decodificados,

(*) Junta-se a tais fatores, a expectativa do receituário médico que virá materializar e justificar sua trajetória em busca pela cura. Há necessidade de que seja medicalizado, em qualquer instância: hipocondria! Poliqueixoso é um hipocôndrico? Não só! Afirmar tal relação, seria, mais uma vez, mero reducionismo dos fatos e uma visão lateralizada do processo da poliqueixa...

idéias e conceitos imperfeitos... continuidade das doenças...

Assim sendo, do desejo à frustração, houve um só passo e os agentes interativos se mantiveram, todos, não recompensados...

O que narra um poliqueixoso quando lhe é facultada a palavra? Não muito além de situações que lhe são corriqueiras e, reconhecendo-se "não ouvido", não compreendido, recorre a artifícios da fala, "metaforizando o que teria a dizer"... O que terá a narrar, por sua vez, aquele que o ouviu? No geral, frases/sentenças/ordenações que assumem, para o poliqueixoso, caráter condenatório: "Você não está com a razão"... ou "Você disse por dizer..."

"Sinto uma dor e os médicos falam: 'Aí não tem dor! Eu conto uma história e eles dizem que eu não tenho nada, que é 'pensamento' da minha cabeça, mas é doença mesmo, no duro! Quanto mais falam que eu não tenho nada, mais sem paciência eu fico..." (Mulher, 51 anos)

Cabe então questionar: qual a razão do poliqueixoso narrar, insistir, argumentar, metaforizar e não ser compreendido? O que o médico "ouve" através da narrativa metaforizada do poliqueixoso? A grande habilidade e arte da Medicina parecem não estar centralizadas no "ouvir" e sim no "olhar", o que bem encaminharia a discussão para as interessantes e valiosas opiniões e

posições de NOVAES (1987) ou de SCLIAR (1987)... Na busca de correlações necessárias ao questionamento e conclusão aqui propostas, em uma de suas considerações sobre o mesmo tema, CHIOZZA (1987) indaga: "Por que adoecemos?..."

Sob um outro prisma desse tema, nos ensina LEPARGNEUR (1987, p. 93) que "num sentido negativo e atenuado, a satisfação na doença significa o prazer de receber atenção, atenções não costumeiras, de mandar sem esforço nem resistência, em vez de executar ordens alheias (de ficar isento), de receber visitas, de se ver ouvido, atendido, poupado, mimado, nunca contradito (...). A doença pode servir de título a inesperado reconhecimento comunitário ou social". E continua descrevendo o autor, um sem-número de trabalhos literários e "diários de doenças" que bem correspondem à sua afirmação sobre "doentes tradicionais", os quais enfrentaram a alienação da moléstia, abdicando a livre autonomia do ser humano nas mãos da Medicina, com total confiança nos seus poderes. Dentre tais trabalhos, foram destacados os de Michel Leiris "L'âge d'Homme", 1973 e o de Simone de Beauvoir "Une mort très douce", 1980.

Temos a considerar, no entanto, conforme pudemos observar, que o poliqueixoso não reage segundo a apontada descrição de LEPARGNEUR, não devendo, conseqüentemente, ser enquadrado na condição de um doente "tradicional". Mediante as discussões estabelecidas no decorrer deste trabalho, pode-se mesmo afirmar que, nem poliqueixoso nem os próprios médicos vêem esse ator social como um "doente tradicional", pois, no conjunto das suas reações, ele não se revela submisso, não abdicando sua livre autonomia nas mãos da Medicina com total confiança... é um rebelde que insiste

na trajetória da busca pela cura, ritualizando suas próprias doenças, conforme pudemos observar através dos depoimentos coletados. O poliqueixoso não se dá por vencido diante do insucesso das primeiras investidas, mas cria e recria condições, supostamente esclarecedoras, que pudessem apontar para o desejado resgate de saúde.

Como reage a Medicina frente a apontada "rebeldia", somada ao "dilema" resultante da trajetória da poliqueixa?

A Medicina, enquanto Ciência da Saúde, apoia-se numa ideologia que é endereçada para uma visão "macro" da realidade, convergindo para a conceituação das doenças que acometem a humanidade em geral. Nela se fundamenta ao dirigir sua leitura para o "microcosmo" onde está inserido o doente, que é observado à luz de regras gerais de acometimento, adoecimento, diagnóstico, tratamento, cura ou morte. Assim, tendo a Medicina como "pano de fundo" uma visão "macro" que orienta sua leitura ao "micro", por decorrência, currículos e programas do curso de formação de médicos, transferem-lhes a mesma visão e... ação.

O poliqueixoso, por sua vez, situado do lado "micro" da realidade, constrói uma visão de mundo voltada para o próprio corpo, para esperanças calçadas no caráter técnico-científico da Ciência médica, auferindo-lhe, até, numa concepção distorcida, verdadeira "aura mágica", que é imediatamente transferida ao seu representante, o médico.

No mesmo sentido, tendo o poliqueixoso como "pano de fundo" uma visão e vivência "microcósmicas" com nítidos limites, manifesta-se egocêntrico e egoísta (já que se identifica como carente de atenção, de cuidados e soluções para seus males...), es-

tranhando-se, assim, resumido às suas expectativas frustradas, favorecidas pela contradição das visões "macro" e "micro" que o envolvem.

Pergunta-se, então: Qual o alvo da atenção médica? Os doentes ou as doenças? Qual o alvo do poliqueixoso? Atenção médica ou alcance da cura?

Revelando-se contraditórias as circunstâncias do cotidiano do poliqueixoso, temos a considerar ainda, outras situações circundantes às doenças, que corroboram o perfil desse ator social doente. Aprendemos em "Análise da Educação Médica na América Latina" (NUNES, org. 1989) que deve ser entendido por Educação Médica, o processo de produção de médicos e que tal educação "não é um processo isolado, já que se acha subordinada à estrutura econômica predominante na sociedade em que se desenvolve" e que "a análise desta influência é realizada quando são tratados cada um dos elementos que integram o processo estudado..." (p. 171-2).

Apontando para as variações históricas da relação entre a educação e o trabalho médico, NUNES (1989) afirma, em dado momento, que "o modo como se formam médicos engendra formas particulares de organização. Em outras palavras, as características da ordem institucional da educação emergem do processo de produção de médicos" (p. 173-4), distinguindo, para tanto, dois níveis: a) o modo de formação do médico e b) a ordem institucional, que consideram, por sua vez, o processo de ensino e os agentes de ensino.

No decorrer do presente trabalho temos discutido facetas, as mais diversas, que se passam com os poliqueixosos, cabendo-nos agora questionar: como são formados os médicos que estão

diretamente relacionados àqueles atores sociais, os quais, frente o universo da doença "confiam, desconfiando" e "esperam, desacreditando"? E ainda, na formação que recebem os médicos, qual a ideologia que o pensamento universitário lhes transfere, transformando-os em trabalhadores da saúde conscientes da supervalorização atribuídas às suas tarefas e representações sociais, numa sociedade onde a doença é um dos temas mais marcantes da desigualdade social?

O processo de transformação de um estudante em médico, segundo NUNES (1989), se faz através de atividades, meios, objetos de ensino, agentes de ensino e de aprendizado, proporcionados pela universidade, que veio, no percorrer da história, estabelecendo questionamentos sobre os princípios da educação médica, transformando práticas e reformulando teorias sobre a formação do profissional em medicina.

A história da formação universitária do médico aponta para diversas concepções, passando pelas tendências positivista, fenomenologista, marxista, tanto pelas intenções eficazes, quanto ineficácia de seus resultados, sugerindo, além disso, que : "a construção de um marco conceitual sobre a educação médica deveria partir do esclarecimento de certas teses gerais que tratam com a contradição principal e as contradições secundárias na sociedade". (NUNES, 1989, p.185)

Os apontamentos construídos pelo autor (id. ibid.) sinalizam, ainda, após exposição de teses caracterizadas como "Marco Conceitual para a Formação do Médico", que tal "... não constitui um processo isolado, mas que forma parte de uma prática universitária e que a universidade aparece na sociedade atual co-

mo um espaço onde se concentram as atividades intelectuais e o universitário se apresenta como o intelectual da sociedade em seu conjunto" (BOJALIL & GARCIA, 1981, Apud NUNES, 1989, p.186).

Esclarecendo essa posição, são apontadas ainda, cinco considerações sobre a prática universitária na formação do médico, encaminhadas para a seguinte direção: "a prestação de serviços de saúde deve ser ponto importante da prática universitária, pois a julgamos como uma ação que satisfaz uma necessidade, a qual, para realizar-se adequadamente, necessita da análise dessas necessidades e de seus determinantes. A participação da universidade na prestação de serviços deveria vincular-se com a investigação e dar lugar a proposições de novas práticas profissionais que satisfaçam coletivamente as necessidades da população". (NUNES, 1989, p.187-8) (grifo pessoal)

Apontando para a mesma direção e preocupações sobre a prestação do trabalho profissional em saúde, visando alcançar satisfação das necessidades da população, encontramos a produção científica de UNGLERT (1986, 1990 e 1991), dentre eles os que tratam do "Enfoque da Acessibilidade no Planejamento de localização e Dimensão dos Serviços de Saúde", identificando os desafios apresentados ao planejamento no setor saúde, assim assinalando: "se é fato que a tomada de decisão se faz quase sempre exclusivamente em nível político, quando se incursiona nas técnicas do planejamento propostas, acaba-se defrontando com modelos teóricos que nem sempre podem se apresentar como adequados a distintas realidades locais" (UNGLERT, 1990, p.445).

Essa discussão aponta, como questões fundamentais, para a Equidade e para o Acesso à saúde. Equidade, é compreendida como

"a igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito de todo o cidadão", enquanto Acesso à saúde "envolve aspectos que extrapolam a assistência à saúde. Neles atuam fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura do país" (UNGLERT, 1990, p.445).

Complementando o conjunto de medidas que compõe o citado desafio, acena UNGLERT para a Acessibilidade em saúde, a qual "deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação de normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população". (op.cit. p.445)

Dando conformidade e direção ao processo de Acessibilidade à saúde, UNGLERT (1990) revê as competências atribuídas ao Planejamento em saúde, apontando o seguinte: "... essa decisão deverá, sempre, ser tomada com ativa participação da população, que é quem vai usufruir desses novos serviços" (p.450-1) - (grifo pessoal).

Sendo o usuário dos serviços de saúde o alvo e centro das atenções, foram abordadas duas importantes discussões: Por um lado, a dos recortes ideológicos proporcionados pela universidade (NUNES, 1989) e por outro, o Planejamento em saúde, metodologicamente proposto numa "visão ascendente", estimulando a identificação de "pistas", de "áreas de abrangência", de "áreas de influência" (UNGLERT, 1991). Ambas empenham-se preocupadas com uma mesma

questão: a do atendimento às necessidades básicas da população considerada alvo da atenção médica e da prestação dos serviços à saúde.

No outro lado dessa mesma questão (e na condição de objeto da presente investigação), está uma parcela da população acima referida (a dos poliqueixosos), que, justificada ou injustificadamente, tem sido penalizada, segundo as regras adotadas pelas Políticas de saúde e os critérios admitidos pelo consenso geral da Medicina e dos médicos.

Retomando o tema, buscando melhor compreendê-lo, admitimos estarmos vivendo, às vésperas do século XXI, os aperfeiçoamentos da "era das comunicações", dos recursos eletrônicos e da linguagem computadorizada, continuando, mesmo assim, assumindo, tão desgastadamente, um verdadeiro "mundo de silêncios"...

Quem silencia? Por que se calam, se humanidade grita tentando expor seus direitos, desejos, ansiedades, dores, certezas... os homens ouvem, mas permanecem calados... Por não saber ou por não ter nada a dizer?

Emitir e não ser decodificado parece ter sido uma "ordem geral" nos últimos tempos. Estariam "surdos", todos? Não sabem o que dizem, outros? São "mudos", alguns?

"Sensação de impotência" foi uma das situações mais frequentemente retratadas no decorrer do presente trabalho, tanto por parte dos poliqueixosos - que descreveram sintomas por eles considerados reais e verdadeiros, para os quais obtinham como resposta "a dor que você descreve não existe" -, quanto por parte dos médicos - que não identificando clinicamente o que pudesse corresponder aos sintomas descritos e aos sinais pretendidos pelo

poliqueixoso, assumiam a conduta de medicalizaá-los, via de regra, em cumprimento ao desejo de medicamento que o sujeito doente aguarda como fecho do ritual da consulta médica, muitas vezes encaminhando-os a outras especialidades clínicas e cirúrgicas, quem sabe mais eficientes...

Qual "amordaçados", não obtendo respostas e condutas eficazes para seus males, tanto mais os poliqueixosos se sentiam incapacitados a relatar, mais recorriam às metáforas e... permaneciam desatendidos. Na verdade, desassistidos... A ansiedade tomava o lugar das esperanças, ampliando os horizontes da descrença, conduzindo-os ao extremo de temerem "a própria loucura"...

Loucura ou o limiar incongruente de informações desconstruídas, de expectativas frustradas, de múltiplas direções incompreendidas da afirmação e da negação?... total situação ilógica, que lógica nenhuma pudesse esclarecer ou explicar... E assim foi permanecendo inexplorado o mundo da poliqueixa no cotidiano do ator social adoecido. Inconformismo e rebeldia passam a ser, então, as principais reações do poliqueixoso... "Ele precisa e quer continuar sendo doente", segundo o depoimento de um dos médicos entrevistados...

A posição dos médicos perante insondável clamor poliqueixoso torna-se verdadeira situação crítica. Não há como recorrer a Compêndios de Medicina, a medicamentos ou a disciplina acadêmica específica que possa auxiliá-los a diagnosticar, cuidar, tratar, daqueles indivíduos que não apresentam clinicamente algum sinal que pudesse justificar, do ponto de vista orgânico, os sintomas por eles relatados.

Tudo em vão! Maior ou menor quantidade de atenção que pudesse ser dispensada ao poliqueixoso, condescendência em conduzi-lo a uma "cirurgia exploratória" para que sua necessidade de "ser operado" fosse satisfeita, medicamentos provocadores dos mais diferentes efeitos, atitudes de complascência para com as múltiplas condições do seu estado adoecido, nenhuma dessas atitudes constituem recursos esperados pelo poliqueixoso no seu resgate de saúde. Por outro lado, o próprio depoimento de um cardiologista evidencia outro aspecto da mesma questão: "Deixar o poliqueixoso 'feliz', receitando, conversando, aconselhando ou operando, não o cura..."

Enquanto questão de equilíbrio do desequilíbrio, a estupefação e a insatisfação vão se acentuando para os médicos, ao mesmo tempo em que a rebeldia e a revolta vão se aperfeiçoando para os poliqueixosos conduzindo ambos a um processo de limitação e "enclausuramento" provocados pelos caracteres desconhecidos do universo das doenças.

O ator social doente passa assim a ser considerado um personagem desinteressante e, conseqüentemente colocado em estado de isolamento social por parte da comunidade com a qual convive. O grupo familiar adoecido com ele (às vezes até, adoecido como ele), vivencia os detalhes das manifestações doentes, passando a dividir um cotidiano adoecido; o grupo eventual, passa a evitar até o corriqueiro "como vai?", já por saber, antecipadamente, que adviria como resposta, um verdadeiro "rosário de lágrimas"; o pessoal técnico em saúde, passa a identificá-lo como o personagem de constantes reclamos, atribuindo-lhe, por isso, um "lugar comum". Fica assim demarcado o perfil da poliqueixa, garantindo ao

poliqueixoso o status de ator doente e, com isso, o vivenciar de uma situação onde as doenças são de sua exclusividade... A partir daí, o conseqüente aperfeiçoamento do isolamento social.

Por que, diante da situação descrita, o poliqueixoso resiste e volta a insistir, como se negando abandonar-se à própria sorte? Porque na sequência do processo adoecido, frente à insatisfação, incompreensão, dúvidas, potencial hipocôndrico do poliqueixoso, é juntada a hiponcondria do próprio Sistema de saúde que, impotente em atendê-lo, estimula seu retorno. Solidificam-se assim, as condições e a trajetória da poliqueixa.

O poliqueixoso, a continuar insistindo, rebelde ou revoltadamente contra a estrutura dos Serviços de saúde que não o satisfaz, conduzirá seus dias e noites através do monotema das doenças que o acometem. Há de se considerar, aqui, que o culminar da trajetória e da história da poliqueixa conduzirá esse ator, mesmo que não comprovado clinicamente doente, à morte.

Mal qual sua condição de morrer, para um viver tão atribulado e desencontrado? Conforme os ensinamentos dos Compêndios das Ciências da vida, costuma-se pensar a morte como um findar biológico e, sequencialmente, o psicológico e o social. No entanto, com a evolução e aperfeiçoamento do hábito com as doenças, o poliqueixoso vai, gradualmente, embora relutante, afastando-se do convívio e da dinâmica interativa, vivenciando, cada vez mais, exclusivamente, a leitura do seu corpo adoecido e suas conseqüentes faltas de solução satisfatória.

Diante dessa situação, sua morte dá-se pelo inverso: suas condições de existência e de participações não correspondidas, permitem-lhe, em primeiro lugar, "morrer socialmente", fren-

te às condições de isolamento e de afastamento que vão se impondo. Mediante o estágio descrito, seu estado emocional deprimido, sua alta insatisfação e baixo nível de auto-estima, permitem-lhe, então, "morrer psicologicamente" e, ... já não tendo mais significado os aspectos sócio-psicológicos, nada lhe resta, senão, "morrer biologicamente"...

Embora toda estranheza que a situação possa fazer suspeitar, dada a trajetória e o ritual vivenciados na poliqueixa, via de regra, grande parte do "tempo de vida" do ator social poliqueixoso, seus níveis de ansiedade, desejo e frustrações, encimados pela rebeldia, pela negação da ordem e pelos infundáveis dilemas da não recuperação da saúde, contribuem diretamente para o "morrer pelo inverso", já que, tomando por base seus próprios depoimentos, o poliqueixoso não viveu, mas consumiu o tempo de vida que lhe cabia, "espreitando a própria morte"...

São considerados, assim, pelo menos três enfoques distintos sobre "formas de olhar o mundo": a do poliqueixoso, a do médico e a do Sistema de saúde. Citadas "formas do olhar" são, por sua vez, multidirecionadas: para dentro, para fora, para o todo, de acordo com o processo de construção dos diversos enfoques, verdadeiras "aberturas" sobre o desregrado encadeamento da vida, algumas vezes amparado pela lucidez e esperança, outras, impedido o obscurecido por verdadeira estupidez e desilusão...

Questionamentos céleres, urgentes, nos levem a continuadas indagações, cujas respostas intermediam explicações sobre o inevitável, através de inexplicáveis "porquês"... "porque cremos que a visão se faz em nós pelo fora e, simultaneamente, se faz de nós para fora, olhar é, ao mesmo tempo, sair de si e tra-

zer o mundo para dentro de si. Porque estamos certos de que a visão depende de nós e se origina em nossos olhos, expondo nosso interior ao exterior, falamos em janelas da alma..." (CHAUÍ, 1988, p.33).

Dentre as distintas formas de "olhar o mundo", o olhar do poliqueixoso acaba se voltando cada vez mais para si mesmo. A convivência com as doenças, com a rotinização do processo da procura pela cura, garantem ao sujeito que se poliqueixa ostentar "uma mente adoecida num corpo doente", contrariando o pensamento clássico "mente sã em corpo são"... Frente ao sonho e a impotência que enfrenta e aperfeiçoa a cada investida/insatisfação através do Sistema de atendimento médico, quem "fala" agora, é o corpo, na condição de único instrumento disponível ao poliqueixoso, já que a linguagem articulada e seus múltiplos recursos vieram se mostrando mais e mais ineficazes...

Qual a competência da Saúde Pública frente a tais condições de desigualdade e de contradições? Enquanto sistema propício que pudesse se tornar adequado para alcançar respostas eficazes à saúde da população que se poliqueixa, contrariamente, facilita o multifacetamento da narrativa, sobrecarregando o corpo do poliqueixoso; enquanto promotora de tomada de medidas técnicas e científicas que viessem amparar ou auxiliar Medicina e médicos na segurança de diagnósticos e tratamentos, dificulta a oferta das necessárias respostas para a saúde daqueles que se poliqueixam; enquanto processo de tomada de decisão pelo Planejamento do setor saúde, "esta se faz, quase sempre, exclusivamente, em nível político e (...) acaba-se defrontando com modelos teóricos que nem sempre podem se apresentar como adequados a distintas realidades

locais... (UNGLERT, 1990, p.445).

Assim sendo, a competência da Saúde pública e das ações do sanitarista, restringem-se limitadas aos interesses políticos, atuando em nível de superestrutura, sem considerar a formação da infraestrutura ou sua assegurada manutenção. Pergunta-se: qual então o significado do sanitarista numa Saúde pública assim descrita?

Situações são apontadas como de difícil solução por parte do poliqueixoso que, por sua vez, culpabiliza Medicina, médicos e Serviços de saúde como impotentes em atendê-lo. Ao mesmo tempo, médicos apontam como dificuldades, a hipocondria e a fantasia do poliqueixoso, além dos estreitos raios de ação e poder que lhes são atribuídos enquanto trabalhadores dos Serviços locais de saúde. Igualmente, os planejadores de saúde apontam a incompetência dos trabalhadores do setor aliada à da população "considerada deseducada e despreparada para a saúde" (MINAYO, 1986). Cada segmento, pois, responsabilizando o outro, nenhuma situação viável, continuismo da (in)consciência e da política fragmentada... O que propor?

Estando as visões e interesses de cada um dos segmentos da sociedade voltados para alvos que não os almejados, de que forma, então, propor o fim da poliqueixa, sua definitiva erradicação ou até o ansiado processo educacional que possibilitasse a integração cultural capaz de fomentar desenvolvimento, adaptação e regulação biopsicossocial da população que deveria ter o direito de usufruir dos Serviços que o Sistema de saúde oferece, com equidade e acessibilidade adequados?

De acordo com informações e dados coletados no decorrer da pesquisa, o número de médicos consultantes nos Serviços de saúde tem sido mantidos ou até mesmo diminuído, enquanto o número de poliqueixosos, ao contrário, vem aumentando e provocando saturação dos referidos serviços, que são considerados inadequados e planejados sem o auxílio da opinião da população que por eles deveria ser servida. As atividades médicas, mesmo estando cada vez mais especializadas, não conseguem alcançar satisfatoriamente o alvo da poliqueixa, mantendo a demanda reprimida. Tal fato, faz parecer ao poliqueixoso, que quanto mais a Medicina se especializa, maior sua tendência em "ouvir apenas o orgânico".

No entanto, o objetivo da Saúde pública, da Medicina e dos médicos, continua sendo o de diminuir a poliqueixa. Tal façanha, porém, significa apenas livrar os poliqueixosos dos males que os ameaçam? encontrar soluções adequadas para os problemas que apontam? aperfeiçoar especialidades médicas no sentido de alcançar, teórica e praticamente, medidas que possam apontar soluções e diminuir a sensação de impotência? ou... significa possibilitar uma nova estruturação profissional que configure uma nova dimensão e atuação do Sistema de saúde?

Tal possibilidade implica, em primeiro lugar, permitir reformulações fundamentadas no processo de descentralização do poder de decisão, até agora praticamente concentrado nas mãos de planejadores que fazem desse poder não mais que pequenos arranjos, os quais não alcançam a população-alvo interessada. Em segundo lugar, em caráter prático, deve-se possibilitar sejam os pacientes poliqueixosos assistidos por uma equipe multiprofissional, ao invés de ficarem, erroneamente, sob a tutela exclusiva do

médico consultante.

Conforme afirmações discutidas no decorrer deste trabalho, o poliqueixoso, apesar de não diagnosticado como organicamente adoecido, é um sujeito doente. Embora não haja identificação de sintomas clinicamente justificáveis, este fato não descaracteriza a necessidade que a população poliqueixosa continua tendo de atenção e de cuidados à saúde.

Considerando ainda a área de Infraestrutura de Sistemas de saúde e o processo de distritalização que ocorre atualmente no Brasil, o processo de territorialização em saúde (UNGLERT, 1991), diante das dificuldades e resultados contraditórios que compõem o cenário da Saúde pública, faz-se urgente sejam levados em conta a Acessibilidade, o Acesso, a Equidade, o Espaço local, as áreas de Influência e de Abrangência, organizados segundo a metodologia do Planejamento Ascendente, da forma como proposto por UNGLERT, no sentido de facilitar a identificação de "pistas" que venham possibilitar o processo de apropriação do "território", considerando-se as barreiras geográficas, o bairro, a participação do nível local e dos setores sensíveis.

Identificação da realidade local enquanto parte importante do processo de descentralização e consequente desconcentração, permitindo sejam considerados os citados enfoques (geográfico, econômico, cultural e funcional), possibilita maior conhecimento sobre a realidade local e a população que nela desempenha seus papéis interativos, fato que deverá ser levado em consideração no Planejamento das políticas e das medidas a serem adotadas no setor saúde. Para que a referida identificação possa ser executada, a participação direta dos usuários dos Serviços de saúde

faz-se imprescindível, tornando mais próximas da realidade, suas condições concretas de vida e saúde.

A participação da população, no sentido da sua identificação enquanto agentes sociais ativos e seu potencial de atuação histórica, deverá ocorrer com o auxílio dos conhecimentos teóricos e práticos de profissionais especializados no reconhecimento e tratamento dos processos e das dinâmicas sociais. Tal identificação visa permitir que as ações sejam facilitadas de modo que o imaginário e ideário da população encontrem correspondência com as formas de representação social desempenhadas pela população poliqueixosa, possibilitando assim, alicerçar as tomadas de decisão e as ações técnicas pró-saúde dos usuários dos Serviços.

Para que a realidade sócio-cultural possa ser reconhecida, requer seja identificada a própria população que a compõe e, através dela, o caráter histórico, as visões de mundo, as contradições, o saber não-elaborado, esperando possa ser facilitado o necessário processo do "diálogo" entre aqueles que planejarão as políticas de saúde e aqueles que farão uso delas.

Implicaria, o referido diálogo, no processo de participação apenas por parte da população, no geral considerada "ignorante e pouco participativa" e que "deverá aprender a ouvir e a falar" ou mesmo agir destrutivamente sobre as condições do passado, negando-o, como se assim estivesse construindo o presente e lutando pela conquista da suspeitada cidadania? Planejadores e trabalhadores da saúde são igualmente partes desse processo e também deverão "aprender a ouvir e a falar", guardados os diferentes níveis de conhecimento e de ação. Faz-se necessário seja

essa uma proposta "faça comigo" e não, autoritária e poderosamente, "faça o que eu digo"!

Se considerarmos que, na atualidade, mesmo frente às novas direções e interesses apontados a partir da Reforma Sanitária e 8 Conferência Nacional de Saúde, 1986, caminhos teóricos foram apontados, ações práticas planejadas, a população convocada, as intenções voltadas para a construção de novas metas e, mesmo assim, os resultados permanecem insatisfatórios e a saúde em continuada crise.

Embora participação popular tenha sido a primeira das exigências apontadas pelo idealizado processo da mudança, faz-se necessário considerar que sem as contribuições advindas dos conhecimentos de profissionais sobre sociedade e saúde, as articulações para a esperada mudança continuam arriscadas, mais uma vez, a não passarem de mera ilusão...

Conhecimento teórico e habilidade de caráter técnico são aqui apontados como elementos facilitadores do mecanismo estimulador da participação da população no processo global de saúde, o qual ultrapassa os limites da descrição da mera somatória de doenças, buscando possibilitar a confluência construtiva do diálogo entre usuários, planejadores de saúde e médicos. O diálogo, espera-se seja elemento contributivo para que ocorra o tão desejado e necessário "processo educativo global", visando a saúde biopsicossocial da população.

Saúde da população é sinônimo de Sistema de saúde saudável?

Em tendo sido identificado o processo de territorialização, apoiado nos recursos técnico-científicos das Ciências da

saúde e da sociedade, planejadores dos serviços locais deverão utilizar-se de tais informações como pré-requisito para as ações a serem adotadas. Tais informações, proporcionarão, ainda, a estruturação e instalação da equipe multiprofissional em caráter multidisciplinar, para atendimento dos usuários dos serviços de saúde, de modo a instalar a necessária descentralização de decisões e ações, ampliando horizontes e enfoques sobre doenças e doentes, culminando no consenso de divisão de responsabilidades.

Divisão de responsabilidades, por sua vez, não significa criação de um sistema de "distribuição de doentes" como se numa simples tentativa de provocar um esvaziamento dos Serviços, mas uma ação de multiresponsabilidade convergentes para um mesmo interesse: o resgate da saúde da população, de tal modo que cada profissional que componha a equipe tenha conhecimento dos papéis a serem desempenhados pelo outro, constituindo, todo o grupo, um "espírito de equipe", buscando, com isso, principalmente a eliminação da poliqueixa.

A ação de multiresponsabilidade, resultante do trabalho da equipe multiprofissional em saúde, deverá estar atenta para aqueles indicadores fornecidos pelos próprios usuários dos Serviços de saúde sobre seu modo de vida, sua leitura sobre corpo/adoecimento/cura, possibilidade e extensão de ação, fatores esses que deverão contribuir para a compreensão do binômio saúde/doença não apenas como um processo biologizado, mas como indicadores da realidade sócio-histórica da qual a população é parte decisiva.

Tendo como questão fundamental o processo cooperativo da equipe multiprofissional, os trabalhadores de saúde contarão,

além dos conhecimentos técnicos e científicos próprios da sua formação universitária, com uma multidisciplinaridade de conhecimentos sobre os quais deverão atuar. Não seria esse um indicador para que a universidade pudesse também diversificar disciplinas que viessem amparar a visão médica sobre o processo de instalação, manutenção e diversificação de doenças x modo de vida?

As reflexões e discussões do presente trabalho nos levam a propor, então, que, ao serem recebidos pelos Serviços de saúde, os poliqueixosos tenham suas condições de adoecimento, estágio das doenças, nível de queixas, condições orgânicas, histórias clínica e cirúrgica, particularismos, tempo de demanda, sucessos e insucessos por ela apontados, pluralidade de sintomas, avaliados pelos médicos que fazem parte da equipe multiprofissional. Mediante as avaliações e diagnósticos, serão os poliqueixosos encaminhados a outros membros da equipe multiprofissional, no sentido de melhor atendê-los em suas necessidades reais, sejam elas de caráter biológico, psicológico, social, funcional ou cultural.

Salientando uma vez mais, a proposta do trabalho multiprofissional não tem por objetivo o mero esvaziamento da população poliqueixosa, nem tampouco sua pulverização, ou, pior, a simples transferência continuada do problema de especialidade para especialidade, mas um trabalho cooperativo e consciente da equipe em relação ao sujeitos doentes, considerando ser aquela, conhecedora dos papéis desempenhados pelos diferentes membros da própria equipe, da história biopsicossocial dos poliqueixosos e das características sócio-históricas que constroem seu cotidiano.

Dessa forma, especialistas das áreas médica, psicológica e social, formarão uma equipe multidisciplinar necessária ao trabalho da reconquista de saúde em caráter global e resgate dos sujeitos adoecidos de modo a atendê-los na sua multiplicidade de queixas, na busca de interpretação adequada dos sintomas e sinais por eles apontados, fundamentados nos conhecimentos técnico-científicos dos médicos a nível das suas competências e especialidades, estendendo os cuidados que se fizerem necessários a outros profissionais que não exclusivamente os da Medicina.

Referido consenso facultará seja desconcentrado e desmistificado o "poder de cura" e a "aura mágica" atribuídos aos médicos, vistos como únicos responsáveis pelo sucesso ou insucesso na retomada da saúde dos poliqueixosos, não no sentido de diminuir seu poder de resolatividade ou esfera de ação, mas na intenção de buscar compreender e atender aos reclamos dos atores sociais adoecidos, vistos agora como sujeitos envolvidos numa multiplicidade interativa.

Vale ressaltar: esta proposta não deve parecer, em nenhuma hipótese, um sistema de trabalho ou de ações isoladas, mas um processo cooperativo capaz de cumprir e configurar as intenções e objetivos de uma equipe multiprofissional apta a promover o usuário dos Serviços de saúde, enquanto um ator social, na conquista da cidadania, reinserindo-o num processo amplo de participação e construção do necessário espírito comunitário, tornando-se, acima de tudo, um verdadeiro processo educativo.

A partir daí, estaria sendo instalado o processo de vigilância de saúde e, com isso, instaurada e revista a função do Sanitarista junto das oportunidades previstas por uma Saúde pú-

blica deveras eficaz.

Poderia, todavia, um sistema de atendimento assim estruturado prever ações que generalizassem doentes, doenças ou poliqueixas que pudessem, ou até mesmo provocassem um aperfeiçoamento dos sujeitos adoecidos, gerando uma nova "doença da doença"? Não, desde que equipe multiprofissional e usuários dos Serviços de saúde mantenham eticamente as regras do diálogo como condição básica fundamental do processo de construção histórico-social, no qual o elemento humano e seu processo de conscientização sejam levados em consideração.

Simplificado demais tal raciocínio? Difícil cumpri-lo? Compreende-se até, que em assim sendo, as regras de ação e tomadas de conduta, vistas pela metodologia de planejamento idealizada de forma ascendente, tornem-se facilitadores do processo de procura pela cura...

Resta apenas coragem para execução, mantidas as intenções de que, ao invés das doenças, sejam promovidos os homens doentes...

6. BIBLIOGRAFIA CITADA

- ABBAGNANO, Nicola. 1982. *Dicionário de filosofia*. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou.
- ANDOLFI, Maurizio et.al. 1984. *Por trás da máscara familiar*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- s.d., *A terapia familiar*. Lisboa, Vega.
- BAKHTIN, Mikail, 1988. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo, HUCITEC.
- BALANDIER, Georges, 1987. *Images, images, images*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXXII.
- BARBOSA, João Alexandre. 1974. *A metáfora crítica*. São Paulo, Perspectiva (Debates, 105)
- BARTHES, R., 1971. *Elementos de semiologia*. São Paulo, Cultrix.
- BAUDRILLARD, Jean. 1991. *Da sedução*. Campinas, Papirus.
- BERTHELOT, Jean-Michel, 1983. *Corps et société*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXIV.
- BERTRAND, M., 1989. "O homem clivado - a crença e o imaginário". In: SILVEIRA & DORAY (Org.) *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo, Vértice, cap.1.
- BOLTANSKI, Luc., 1979. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Graal.
- BROWN, Richard, 1977. *Métaphore et méthode: de la logique et de la découverte en Sociologie*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXII.
- CALDERELLI, Paulo. 1972. *Dicionário Enciclopédico de Psicologia Geral*. São Paulo, Formar, 3 volumes.
- CARONE NETTO, Modesto. 1974. *Metáfora e linguagem*. São Paulo, Perspectiva (Debates, 102).

- CASSIRER, Ernst. 1972. *Linguagem e mito*. São Paulo, Perspectiva (Debates, 50).
- CHAMMÉ, S.J., 1986. *Falta de saúde ou falhas na educação?* Marília, UNESP, FFC (Relatório Trienal RDIDP).
- CHAUÍ, M., 1989. *Cultura e democracia*. 4.ed. São Paulo, Cortez.
- , 1988. "Janelas da alma, Espelho do Mundo" In: NOVAES, Adauto (org.) *O olhar*. São Paulo, Companhia das Letras.
- CHEVALIER, Jean & GHEERBRANT, Alain. 1990. *Dicionário de símbolos*. 3.ed. Rio de Janeiro, J. Olympio.
- CHIOZZA, Luís. 1987. *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. Campinas, Papirus.
- COUTINHO, Carlos Nelson. 1990. *Cultura e sociedade no Brasil*. Belo Horizonte, Oficina de Livros.
- CRESPI, Franco, 1978. *Esistenza e simbolica*. Milano, Feltrinelli.
- , 1983. *Le risque du quotidien*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXIV.
- DASCAL, Marcelo (org.) 1989. *Conhecimento, linguagem, ideologia*. São Paulo, Perspectiva (Debates, 213)
- DELEUZE, Gilles. 1991. *Foucault*. 2.ed. São Paulo, Brasiliense.
- DUFLOS-PRIOT, M. Th., 1976. *Paraître et vouloir paraître*. In: *Ethnologie française*, nº 3/4.
- , 1981. *L'apparence individuelle et la représentation de la réalité humaine et des classes sociales*. In: *Cahiers Internationaux de Sociologie*, Vol. LXXXII.
- ELIAS, N., 1973. *La civilisation des mœurs*. Paris, PUF.
- ENCICLOPÉDIA MÉRITO, 1957, São Paulo, Mérito, v.13.

- ÉPINAY, M.L. d'., 1988. *Groddack: a doença como linguagem*. Campinas, Papirus.
- FAIVRE, J., 1976. *Autoplastie de l'apparence, ou enquête sur la chirurgie esthétique*. In: *Ethnologie française*, nº 3/4.
- FISH, Jefferson M. 1988. *Placebo Terapia: a fé no processo de cura*. Campinas, Papirus.
- FOUCAULT, Michel., 1968. *As palavras e as coisas; uma arqueologia das ciências humanas*. Lisboa, Portugalia.
- GEERTZ, C., 1978. *As interpretações da cultura*. Rio de Janeiro, Zahar.
- GOFFMAN, E., 1975. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, Vozes.
- HEGEL, F., 1970. *Précis de l'Encyclopédie des Sciences Philosophiques - Logique*. Paris, Ed. Vrin.
- HENRI, Paul, 1958. *Les aveugles et la société*. Paris, PUF.
- HERZLICH & PIERRET, 1988. *De ayer a hoy: construcción social del enfermo*. Cuadernos Médico-Sociales, 43:21-30.
- JAVEAU, Claude, 1980. *Vie quotidienne et Sociologie*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXVIII.
- LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J-B. 1979. *Vocabulário da psicanálise*. 5.ed. São Paulo, Martins Fontes.
- LE BRETON, D., 1982. *Corps et symbolique sociale*. Paris, Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXXIII.
- _____, 1984. *L'effacement ritualisé du corps*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXVII.
- LEDROUT, Raymond., 1987. *Société réelle et société imaginaire*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXXII.

- LE GOFF & NORA, 1976. *História: novos objetos*. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- LEPARGNEUR, H., 1987. *O doente, a doença e a morte*. Campinas, Papirus.
- MAISONNEUVE, J., 1976. *Le corps et le corporéisme d'aujourd'hui*. *Revue Française de Sociologie*, nº4.
- MARCUSCHI, Luiz A. 1986. *Análise da conversação*. São Paulo, Ática (Princípios, 82)
- MINAYO, M.C.S. (org.) 1986. *A saúde em estado de choque*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo/FASE.
- NEIVA Jr., Eduardo. 1986. *A imagem*. São Paulo, Ática. (Princípios, 87)
- NOVAES, Adauto (org.), 1988. *O olhar*. São Paulo, Companhia das Letras.
- NOVAES, M.H.D., 1987. *Diagnosticar e classificar: o limite do olhar*. São Paulo, FMUSP/Departamento de Medicina Preventiva (Tese de Doutorado), 286p.
- NUNES, Everardo D. (org.) 1989. *Juan César García: Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo, Cortez.
- _____. 1989. Relación médico-paciente y sus determinaciones sociales. *Cuadernos Médico-Sociales*, 48:29-38.
- NUSDEO, F., 1975. *Desenvolvimento e ecologia*. São Paulo, Sarai-va.
- ORTIZ, Renato, 1980. *A consciência fragmentada*. Rio de Janeiro, Paz e Terra.
- PINTO, Álvaro V. 1969. *Ciência e existência*. Rio de Janeiro, Zahar.

- QUÉAU, Philippe., 1987. *Du langage à l'image*. Cahiers Internationaux de Sociologie, vol. LXXXII.
- QUÉRÉ, L., 1982. *Des miroirs équivoques, aux origines de la communication moderne*. Paris, Aublier.
- RICOEUR, P., 1969. *Le conflit des interprétations*. Paris, Ed. du Seuil.
- SARTRE, Jean-Paul, 1960. *L'Imaginaire; Psychologie phénoménologique de l'imagination*. Paris, Gallimard.
- _____, 1943. *L'être et le néant*. Paris, Gallimard.
- SAUSSURE, Ferdinand de., 1971. *Curso de linguística geral*. São Paulo, Cultrix.
- SCLIAR, Moacyr., 1987. *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública*. São Paulo, L&PM.
- SIQUEIRA, J.E., s.d. *Coração: do simbolismo à doença*. Rio de Janeiro, Galenus/Merck, vol.1,nº1.
- SOUZA, Paulo C. (org.) 1990. *Sigmund Freud & o Gabinete do Dr. Lacan*. 2.ed., São Paulo, Brasiliense.
- STEIN, Conrad, 1972. *L'immaginario: strutture psicoanalitiche*. Milano, Feltrinelli.
- TEIXEIRA, Sonia F. (org.) 1989. *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo, Cortez.
- TEMPORÃO, J.G. 1986. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro, Graal.
- UNGLERT, Carmen V.S. 1986. *Contribuição para o estudo da localização de serviços de saúde: uma abordagem de Geografia em Saúde Pública*. São Paulo, FSP/USP, (Tese de Doutorado).
- _____. 1990. *O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde*. São Paulo, Revis-

ta de Saúde Pública, 24(6):445-52.

-----, 1991. *O processo da territorialização na implantação do Sistema Único de Saúde*. Ipatinga, Reunião Técnica sobre Distritos Sanitários, (mimeografado).

VIGARELLO, G., 1978. *Le corps redressé*. Paris. PUF.

7. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ALBUQUERQUE, J.A.C. *Metáforas da desordem. O contexto social da doença mental.* Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1978.
- AUGÉ, M. & HERZLICH, C. *Le sens du mal.* Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris, éditions des Archives Contemporaines, s.d.
- BARBIDRON, Ch. *Aspects psycho-sociaux et sociologiques dans une décision publique.* Paris, M.E.F., 1970.
- BASZANGER, I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Rév. Franç. Sociol.*, Paris, édition du CNRS, XXVII (1):03-27, 1986.
- BAUDRILLARD, J. *O sistema dos objetos.* São Paulo, Perspectiva, 1973 (Debates, 70).
- BERLINGUER, G. *Medicina e política.* São Paulo, CEBES, HUCITEC, 1983.
- BLOOR, M.J. & HOROBIN, G.W. *Conflict and conflict resolution in doctor/patient interactions.* In: COX & MEAD (org.). "A sociology of medical practice". London, Collier-Mac Millan, 1975. p.271-84.
- BOURDIEU, P. *A economia das trocas simbólicas.* São Paulo, Perspectiva, 1974 (Estudos, 20).
- BORGES, D.R. *Socialização da medicina.* São Paulo, Civilização Brasileira, 1943.
- BOURGUIGNON, A. *Le drame de la médecine.* Paris, La Nef, 1969.
- BRACHET-MARQUEZ, V. et.al. *Santé et politique en Amérique Latine.* Sciences Sociales et Santé, Toulouse, éditions Érès, III (1):09-68, 1985.
- CANGUILHEN, G. *O normal e o patológico.* Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982.

- BRAGA, J.C. & PAULA, S.G. *Saúde e previdência: estudos de política social*. Rio de Janeiro, CEPES/HUCITEC, 1981.
- CAMPOS, M.S. *Poder, saúde e gosto: um estudo antropológico acerca dos cuidados possíveis com a alimentação e o corpo*. São Paulo, Cortez, 1982.
- CASTRO, A.M. & DIAS, E.F. *Introdução ao pensamento sociológico*. Rio de Janeiro, Eldorado, 1976.
- CHAMMÉ, S.J. *Sociologie de la santé*. Grenoble, GERAT, (compte-rendu), mimeo, 1983.
- CHAMMÉ, S.J. et. al. *Abordagem geográfica do planejamento em saúde*. São Paulo, FSP/USP (Trabalho apresentado à disciplina HSM-702, curso de pós-graduação), mimeografado, 1989.
- CHAUVENET, A. *Médecines aux choix, médecine de classes*. Paris, PUF, 1978.
- CHOMBART-DE-LAWE, P.H. *Por une sociologie des aspirations*. Paris, Denoel, 1979.
- CLEMENT, H. *La révolution médico-sociale : analyse et prévision*. Grenoble, PUG, VIII : 657-64, 1969.
- COHN, G. *Sociologia : para ler os clássicos*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1977.
- COLLARES, C.a.L. & M.A.A. *Educação ou saúde? Educação x saúde, Educação e saúde*. São Paulo, Cortez, 1984. *Cadernos CEDES*, 15:07-16.
- CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal, 1980.
- *Empresas médicas*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- COSTA, N.R. *Estado, educação e saúde : a higiene da vida cotidiana*. São Paulo, Cortez, *Cadernos do CEDES*, 4.

- COSTA, J.F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- DAVIS, F. *Passage through crisis*. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1963.
- DEMO, P. *Introdução à metodologia da ciência*. São Paulo, Atlas, 1985.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Duas Cidades, 1979.
- DUBOS, R. *L'homme et l'adaptation au milieu*. Paris, Payot, 1973.
- DUPUY, J.P. & KARSENTY, S. *L'invasion pharmaceutique*. Paris, Seuil, 1974.
- DUPUY, J.P. et.al. *La consommation de médicaments: approche psycho-socio-économique*. Paris, CEREBE, 1971.
- . Les problèmes de la décision en matière de santé. In: *MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, économie et Santé*, 3, 1973.
- ERIKSON, K.T. *Notes on the sociology of deviance*. In: SCHEFF, T. (org.) "Mental illness and social processes". New York, Harper an Row, 1967.
- FERNANDES, F. *Educação e sociedade no Brasil*. São Paulo, EDUSP, 1968.
- . *Sociedade de classes e subdesenvolvimento*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
- FORACCHI & MARTINS. *Sociologia e sociedade*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1981.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1974.

- . *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.
- FREITAG, B. *Escola, estado e sociedade*. São Paulo, EDART, 1978.
- GERHARDT, Uta. The sociological image of medicine and the patient. *Soc. Sci. Med.* Vol.29, nº 6, pp.721-8, 1989.
- GILBERT, F. & LETROURMY, A. *Santé, environnement, consommations médicales: un modèle et son estimation à partir de données de mortalité*. Paris, CEREBE, Juin. 1974.
- GOFFMAN, E. *Estigma*. Rio de Janeiro, Zahar, 1974.
- . *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo, Perspectiva, 1974.
- GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
- . *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1982.
- GUIMARÃES, R. (org.) *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
- HEATH, C. *Pain Talk : the expression of suffering in the medical consultation*. *Social Psychology Quarterly*, 52 (2):113-25.
- HERZLICH, C. *Médecine, maladie et société*. Paris, Mouton, 1970.
- . *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, éditions de l'EHESS, 1984.
- HERZLICH, C & PIERRET, J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui; de la mort collective au devoir de guérison*. Paris, Payot, 1984.
- IANNI, O. *Estado e capitalismo*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1965.

- . *Teorias da estratificação social*. São Paulo, Nacional, 1978.
- . *Revolução e cultura*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1983.
- . (org.) *Karl Marx*. São Paulo, Ática, 1980. (Grandes Cientistas Sociais, 10).
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.
- IRIBARNE, Ph. d'. *À la recherche de politiques rationnelles de santé et de sécurité sociale*. Analyse et Prévision, VIII (6):425-46, Dec. 69.
- KOSMINSKY, E.V. Pesquisa qualitativa - a utilização da técnica de histórias de vida e de depoimentos pessoais em Sociologia. *Rev. Ciência e Cultura*. 38(1):30-6, jan./86.
- KRAUZ, R. Os desafios da urbanização para educação e saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo (5):285-9, 71.
- KUCINSKI & LEDOGAR. *Fome de lucros*. Rio de Janeiro, Brasilien-se, 1975.
- LAKATOS, E.M. & MARCONI, M.A. *Fundamentos da metodologia científica*. São Paulo, Atlas, 1985.
- LAPLANTINE, F. *Anthropologie de la maladie*. Paris, Payot, 1986.
- LEMERT, E. *Social pathology*. New York, Mac-Graw-Hill, 1951.
- LENNIE, I. *Do Health departments promote health? If not, what do they do?* Community Healty Studies, vol. XII, nº 4, 1988, p.400-7.
- LETOURMY, A. *Note de synthèse bibliographique en économie de la santé: les modèles de consommation, la logique de fonctionnement des institutions*. Paris, CEREBE, 1973 (mimeo).

- LESSING, D. *Memorias de una superviviente*. Madrid, Ultramar Editores, 1983.
- LIMA, L.C. *O controle do imaginário: razão e imaginação no ocidente*. São Paulo, Brasiliense, 1984.
- LOBO, E. A pesquisa e a metodologia de educação para a saúde. São Paulo, Cortez, 1984. *Cadernos CEDES*, 4, p.54-61.
- LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia da hegemonia*. Rio de Janeiro, Graal, 1979 (Saúde e Sociedade, 4).
- MACEDO, C.C. *A reprodução da desigualdade*. São Paulo, HUCITEC, 1979.
- MARCUSE, H. *Razão e revolução*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.
- MARX, K. & ENGELS, F. *A ideologia alemã e outros escritos*. Rio de Janeiro, Zahar, 1965.
- MELO, J.A.C. Educação sanitária, uma visão crítica. São Paulo, Cortez, 1984, *Caderno CEDES*, 4, p.28-43.
- MERCER, Hugo. La medicina social en debate. *Cuadernos Médico-Sociales*, 42:05-13, Dec. 1987.
- MICHEL, C. *La consommation médicale des français*. Grenoble, PUC, 1969 (mimeo).
- MOREIRA, R.J. A história de vida na pesquisa sociológica. São Paulo, *Rev. Sociologia*, Escola de Sociologia e Política, v.XV, 1, mar. 1953.
- NAVARRO, V. The arguments against a national health program : Science or Ideology? *International Journal of Health Services*, Vol. 18, n°2, 1988.

- OGIEN, R. L'ordre de la désignation; les habitudes dans les services hospitaliers. Paris, *Revue Française de Sociologie*, Editions du CNRS, XXVII (1) : 24-46, jan/mar. 1986.
- . *Théories ordinaires de la pauvreté*. Paris, PUF, 1983.
- PAILLARD, M. Les boutiques de santé. Montreal, Université de Montreal, *Revue Internationale d'Action Communautaire*, Printemps, 1979.
- PEREIRA, J.C. Problema social e problema de saúde pública. *Rev. Medicina*. HCFMRP/USP e CARL, 12(2):75-87, 1986.
- PEREIRA DE QUEIROZ, M.I. História de vida e depoimentos pessoais. São Paulo, *Rev. Sociologia*, Escola de Sociologia e Política, vol. XV, 1, mar/1953.
- . Relatos orais : do "indizível" ao "dizível". *Rev. Ciência e Cultura*, 39(3):272-86, mar. 1987.
- PERESTRELLO, D. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1974.
- PERROT, Ph. La verité des apparences ou le drame du corps bourgeois. Paris, PUF, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXXVI: 185-99, jan/juin. 1984.
- POUVOIRVILLE, G. de. Differences in the approaches of the Doctor, Manager, Politician and Social Scientist in Health Care Controversies - Hospital Case-Mix management methods: an illustration of the Manager's approach in Health Case Controversies. *Soc.Sci.Med.* vol.29, n°3, pp.341-9, 1989.
- RASHID, A. et.al. Consultations in general practice : a comparison of patients 'and doctors' satisfaction, *BMJ*, vol. 299(6706), oct. 1989.

- RICHARSON, R.J. *Pesquisa social, métodos e técnicas*. São Paulo, Atlas, 1985.
- ROGERS, R.G. & WOFFORD, S. Life expectancy in less developed countries : socioeconomic development or public health? *Journal Bios. Sci.* 21:245-52.
- SANTOS, W.G. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro, Campus, 1979.
- SELLTIZ et.al. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo, HERDER, 1965.
- SCOTT, P. (org.) *Sistema de cura : as alternativas do povo*. Recife, UFPe, 1986.
- SENDRAIL, M. *Histoire culturelle de la maladie*. Toulouse, Privat, 1981.
- SERANGE-FONTERNE, R. *Les disparités sociales de consommation médicale*. Paris, Economica, 1983.
- SHORTER, E. Les désordres "hystériques" sont-ils psychosomatiques? Paris, PUF, *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXXVI : 201-24, jan/juin 1984.
- SONTAG, S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal, 1984.
- *AIDS e suas metáforas*. São Paulo, Schwarcz, 1989.
- SPAIN, D.H. Taboo our Not Taboo : is that the question? *American Anthropological Association/ETOS*, 16(3):285-301, sept. 1988.
- STEFFEN, M. La prise en charge communautaire de la santé. Montreal, Université de Montreal, *Revue Internationale d'Action Communautaire*, Printemps, 1979.
- STEWART, M.J. Social support : diverse theoretical perspectives. *Soc. Sci. Med.* vol. 28, nº 12, pp.1275-82, 1989.

TEIXEIRA, S.M.F. *Reforma sanitária, a utopia inadiável*. Rio de Janeiro, Caetés, 1986 (Presença, 8).

VALLA, V.V. & STOTZ, E.N. *Participação popular em saúde*. Petrópolis, CDDH/CEPEL, 1989.

8 - ANEXOS

8.1. ANEXO 1

ROTEIRO PARA OS DEPOIMENTOS PESSOAIS (POLIQUEIXOSOS)

8.1.1. Dados-controle do poliqueixoso:

- Idade
- Sexo
- Tipo de ocupação
- Grau de instrução

8.1.2. Temas abordados:

- Concepção sobre Saúde e Doença
- Concepção sobre Médico, Medicina, Medicamentos e Serviços de Saúde
- Tempo de queixas
- Especialidades procuradas
- Especialidade(s) apontada(s) como a(s) de maior resolutividade em relação às queixas apresentadas
- Significado da procura por tratamento de saúde
- Concepção sobre Diagnóstico
- Níveis de satisfação alcançados
- Sentido entre informações técnicas e ordenações recebidas/cumpridas
- Consulta médica: Relato/Comunicação/Interação social
- Sintomas x Códigos comunicativos
- As metáforas e "o outro"
- Temores e Esperanças

- Concepções sobre o próprio corpo
- Representação social enquanto poliqueixoso
- A Poliqueixa: conteúdo, ato e expectativa

8.2. ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (MÉDICOS)

8.2.1. Dados-controle do entrevistado:

- Idade
- Sexo
- Categoria Funcional
- Especialidade
- Tempo de serviço na área

8.2.2. TEMAS ABORDADOS:

- Concepção sobre doente
- Concepção sobre saúde x doença x Serviços de saúde
- Concepção sobre Medicamento, Medicina e Resolutividade
- Relação médico x paciente
- Consulta médica x Tratamento x Eficácia
- Medicina/Doentes (Relações Necessárias)
- Diferentes tipos de queixosos / Distintos níveis de queixas
- Fatores que mais interferem nas queixas
- O discurso do poliqueixoso
- Preferências por certas especialidades médicas
- Dificuldades/Facilidades para formulação do diagnóstico
- A "repetição das queixas"

- "Leitura do corpo" pelo poliqueixoso x metáforas x "concepções profanas"
- Tradução dos sintomas / Códigos comunicativos
- Hipocondria/Metáforas/Hipocondria...
- Satisfação x Frustração enquanto médico
- Representação social enquanto médico