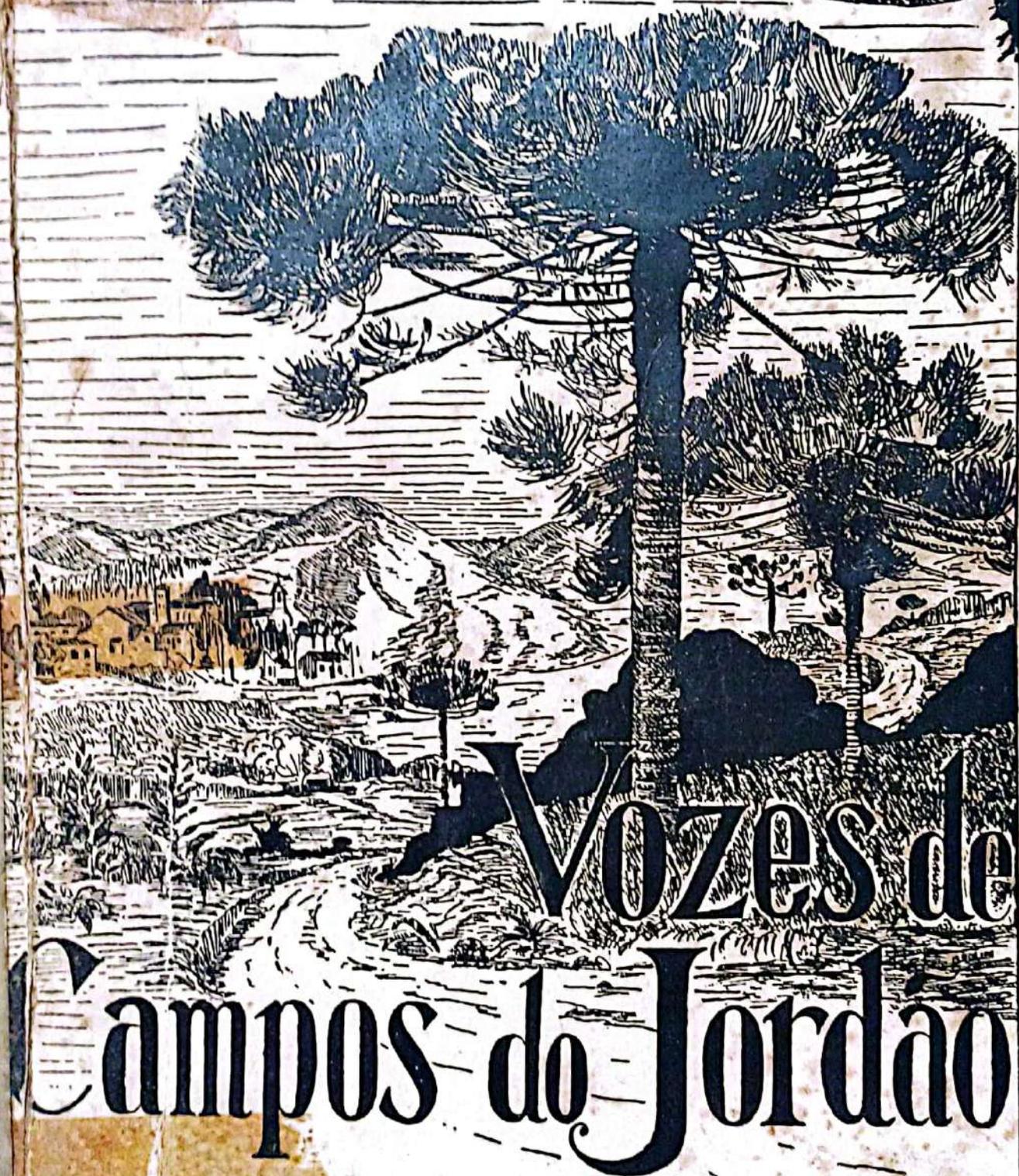


ORACY NOGUEIRA



94/ Experiências Sociais e Psíquicas do
Tuberculoso Pulmonar no Est. de S. Paulo

estrangeiro, mesmo que fôsse mais caro”, pois o haviam informado de que “o pneu estrangeiro era mais eficiente”. Havia, também, num estabelecimento visitado pelo pesquisador, um enfermo que se destacava pelo receio que tinha dos companheiros. Assim, no refeitório, êle puxava a cadeira de sob a mesa com os cotovelos, para não contaminar as mãos; para usar o telefone, punha entre os dedos um pedaço de papel higiênico e assim por diante. Os companheiros “vin-gavam-se”, por exemplo, amarrando a cadeira sob a mesa, de modo a pô-lo em situação embaraçosa e ridícula, quando, disfarçadamente, procurava puxá-la da maneira descrita.

Assim, por meio de expectativas e sanções satíricas, o grupo impele o doente a disfarçar suas verdadeiras atitudes e a êle se acomodar. Quando o doente une sua voz às reclamações e reivindicações dos companheiros, mostrando que compartilha das atitudes, sentimentos e aspirações do grupo, é que, provavelmente, já está integrado neste. Aliás, mesmo a êste respeito, é notória a pressão do grupo: nos estabelecimentos onde a “onda de agressividade” se instalou, quase todo o doente, depois de certo tempo, é levado a aderir às reivindicações de seus predecessores, pois a insinuação comum de que “quem não reclama é porque está acostumado a passar mal”, espicaça-lhe o amor-próprio, induzindo-o a atitudes que provem o contrário. Afirmou, certa vez, um funcionário de sanatório, em Campos do Jordão: — “Nós temos aqui, indigentes que, antes de ingressar no sanatório, comiam e dormiam nas condições mais precárias possíveis; no entanto, quinze ou vinte dias depois de chegar, quase todos êles reclamam enérgica-mente contra a alimentação, contra a cama, contra tudo, enfim!” (1)

(1) Afirmações semelhantes nem sempre podem ser tomadas “ao pé da letra”, principalmente quando partem de funcionários de estabelecimentos gratuitos, dada a tendência de não se reconhecer aos indigentes o direito de reclamação, bem como a de se fazer tábua rasa dos argumentos que acompanham as reclamações feitas por tuberculosos, em vista da pressuposição corrente de que êstes reclamam devido ao “nervosismo” ou à “agressividade” de que se acham acometidos em consequência direta da própria doença. E’ possível que certos funcionários encontrem, aqui, uma base para a racionalização de sua própria negligência.

3. O “REGIME” NOS SANATÓRIOS E PENSÕES

Já foi indicado que o número de tuberculosos em tratamento, em Campos do Jordão, em 1944, ascendia a cerca de 2.000, dos quais mais ou menos a metade vivia em sanatórios, distribuindo-se a outra metade pelas pensões e casas particulares.

Os sanatórios são internatos onde a disciplina é mais ou menos rígida; não podendo o doente entrar e sair a qualquer hora, a seu bel prazer, estando, além disso, sujeito ao horário de refeições e repouso adotado no estabelecimento, bem como às medidas gerais e especiais do regime higieno-dietético prescrito pelo respectivo corpo clínico.

O regime disciplinar das pensões varia muito. Algumas se tornam famosas porque seus proprietários são rigorosos e obrigam os doentes a seguirem as prescrições médicas. Outras, ao contrário, tornam-se conhecidas porque seus dirigentes dão “tôda a liberdade” aos pensionistas, proclamando, de antemão, o princípio de não interferir em sua vida íntima. Entre êsses dois tipos extremos, há tôda uma gama de tipos intermediários, sendo cada qual, no que toca à disciplina, preferido por determinado tipo de clientela. Há, ainda, as chamadas “repúblicas”, masculinas, femininas ou mistas, que são casas montadas por grupos de doentes que compartilham das despesas e responsabilidades da organização.

Alguns doentes, especialmente quando dispõem de recursos econômicos suficientes, preferem montar casa, na localidade, onde passam a residir, com pessoas da família ou empregados. Alguns admitem um número reduzido de pensionistas — quatro ou cinco, no máximo — cujos pagamentos concorrem para a manutenção da casa. Evidentemente, os doentes que residem em casas particulares gozam de maior liberdade em seu regime de vida.

O regime higieno-dietético que, naturalmente, os médicos prescrevem tanto aos internados em sanatórios quanto aos doentes resi-

dentes em pensões ou casas particulares, embora sua execução fique sujeita ao critério quer dos administradores dos primeiros quer dos dirigentes de pensões e dos próprios pacientes, implica a seguinte divisão do tempo, que é a geralmente adotada, com ligeiras variações quanto às horas de início ou separação dos diversos períodos: às 7 horas, levantar; às 7,30, primeira refeição; das 8 às 9 horas, passeio; das 9 às 11 horas, repouso (cadeira ou cama); às 11 horas, preparativos para o almoço; às 11,30, almoço; das 12,30 às 15 horas, repouso absoluto (na cama); às 15 horas, preparativos para o lanche; às 15,30, lanche; das 16 às 17 horas, passeio; das 17 às 18 horas, repouso (cadeira ou cama); às 18 horas, preparativos para o jantar; às 18,30, jantar; às 20,30 horas, preparativos para deitar; às 21 horas, silêncio. Esse regime está sujeito a ligeiras alterações, com supressão dos passeios e repouso em cadeiras e da ordem para levantar-se, mesmo para as refeições, conforme a gravidade dos casos, e com o prolongamento dos períodos de passeio e recreação, para os convalescentes.

A rigidez da disciplina e os aborrecimentos da reclusão fazem com que muitos dos doentes que iniciam o tratamento em sanatórios mudem posteriormente para pensões ou casas particulares.

a) *A vida nos sanatórios* — Os sanatórios de Campos do Jordão são casas de cura, quase sempre exclusivamente masculinas ou femininas, raramente mistas. Mesmo nos sanatórios mistos, geralmente há uma rígida segregação espacial e disciplinar entre doentes dos dois sexos.

Em todo o sanatório, há pelo menos, um médico — o diretor-clínico — coadjuvado por enfermeiros e, quase sempre, por vários colegas. A administração geral e disciplinar está a cargo de um gerente ou administrador (homem ou mulher) prático, à testa de um corpo maior ou menor de empregados, conforme a capacidade e os recursos do estabelecimento. Em algumas casas, as atividades de administração e, mais comumente, as de enfermagem, estão afetas a funcionárias religiosas, quase sempre católicas.

O regime instituído pelos médicos e sancionado pelos regulamentos sanatoriais é, em linhas gerais, o mencionado na parte anterior deste capítulo. O horário é quase sempre rigidamente seguido, especialmente no que diz respeito às refeições e ao repouso absoluto após o almoço e à noite.

Os regulamentos, afixados nas paredes ou distribuídos pessoalmente aos doentes, além do horário e dos preços, contém disposições minuciosas como as seguintes:

Regulamento Interno

1.º — Todo doente é obrigado a obedecer fielmente os regulamentos do sanatório. Aquêles que não se sujeitarem aos mesmos serão convidados a se retirar.

2.º — Os doentes gratuitos, desde que o seu estado de saúde o permita deverão prestar os serviços que lhes forem estabelecidos pela Administração, a critério do Diretor-Clinico.

3.º — O doente que danificar, inutilizar ou extraviar qualquer objeto do sanatório será obrigado a indenizá-lo.

4.º — Os doentes deverão trazer roupas de agasalho, roupão, saco para roupa suja, e os pagantes, mais a roupa de cama.

5.º — A Administração só se responsabilizará pelos objetos e valores que lhe forem confiados diretamente, pelos quais passará recibo.

E' expressamente proibido:

1.º — Escarrar fora das escarradeiras, nos jardins, dependências do prédio ou nos lençóis.

2.º — Trazer ou conservar em seu poder armas de qualquer espécie.

3.º — Fazer uso de bebidas alcoólicas, jogar a dinheiro ou em voz alta, dançar e correr.

4.º — Perturbar o silêncio absoluto que deve reinar durante o repouso das 12,30 às 15 horas, bem como depois das 21 horas.

5.º — Permanecer em trajés íntimos (pijamas) fora de seu próprio quarto.

6.º — Entrar em quartos de doentes de sexo diferente.

7.º — Passear sem ordem do médico ou de quem for por êle autorizado.

8.º — Passear fora dos terrenos do Sanatório sem ordem expressa da Administração ou do médico.

9.º — Passear sem horário pré-fixado. Quanto à secção feminina, além das exigências anteriores, a cada doente sómente é permitido sair acompanhada de mais uma pessoa, pelo menos.

10.º — Entrar em locais de serviço, dependências da administração, consultório médico, gabinete de raio X, laboratório, etc., sem o devido consentimento.

11.º — Passear no perímetro da casa dos hóspedes.

12.º — Utilizar-se, para casos particulares, dos empregados e do material do Sanatório, salvo quando absolutamente necessário e com a devida autorização.

- 13.º) — Atirar pontas de cigarro, papéis, cascas de frutas ou outros objetos nas dependências do Sanatório ou suas adjacências.
- 14.º) — Conservar as luzes dos quartos, banheiros, etc., acesas, desde que não haja necessidade.

Banhos

- 1.º) — O Sanatório fornece um banho para cada internado, por semana, caso o médico o permita.
- 2.º) — O dia e a hora serão previamente combinados.
- 3.º) — Perderá o direito ao banho quem não estiver no banheiro à hora determinada.

Condições para internação

- 1.º) — O Sanatório aceita a tratamento apenas doentes julgados em condições de cura e maiores de 12 anos.
- 2.º) — Ao Diretor-Clinico caberá julgar os casos que deverão ser internados e a permanência dos mesmos no Estabelecimento.
- 3.º) — Só será permitido ao internado pagante deixar o Estabelecimento, temporariamente, com licença do Diretor-Clinico, não ficando, com isto, isento do pagamento no período da licença. (O tratamento para melhor resultado, não deverá ser interrompido).
- 4.º) — O internado que desejar retirar-se do Sanatório, definitivamente, poderá fazê-lo quando lhe aprouver, com aviso prévio de 8 dias, por escrito.
- 5.º) — A Administração assiste o direito de pedir que se retire do Estabelecimento todo aquêle que derespitar o presente regulamento ou cuja permanência seja julgada inconveniente à ordem, disciplina e moralidade do Sanatório.
- 6.º) — Ao ingressar no Sanatório o doente pagará a taxa de Cr\$.
- 7.º) — Todos os internados devem assumir o compromisso de cumprir o regulamento do Sanatório.

Disposições gerais

- 1.º) — Toda a atitude ou conversa entre pensionistas de qualquer sexo, julgada inconveniente à boa ordem ou à moral do estabelecimento, será motivo para admoestação por parte da Administração e, em caso de reincidência, de expulsão. (Esta penalidade será igualmente aplicada àqueles que fizerem uso de linguagem ou termos inconvenientes ou atentatórios à boa moral).
- 2.º) — Todo doente que tiver permissão médica para tomar refeição na sala de jantar e desejar fazê-lo no quarto pagará uma taxa de Cr\$. em cada refeição.

Passeios

- 1.º) — A hora e o lugar dos passeios serão determinados pelo médico e o cumprimento desta ordem será fiscalizado pelo enfermeiro.
- 2.º) — Os passeios devem ser feitos a passos lentos, evitando o sol.

Visitas

- 1.º) — Das 16 às 17 horas.
- 2.º) — As visitas que pernitem no Sanatório pagarão uma diária de acôrdo com a tabela, sujeitando-se aos regulamentos do Estabelecimento. (1)

Em geral, a disciplina é bastante rigorosa, principalmente no que diz respeito à saída de doentes e às visitas. Por exemplo, num dos estabelecimentos onde o autor fez observações, um doente foi eliminado porque, embora tivesse permissão do diretor-clínico para ir a uma sessão cinematográfica diurna, tendo esta terminado mais tarde que de costume, regressou depois da hora combinada.

Quase todo sanatório mantém serviço religioso interno ou, a critério do médico, facilita aos seus internados o acesso às cerimônias do seu credo fora do recinto sanatorial.

Quanto à parte recreativa, além das conversas nos períodos de passeio, refeições e repouso em cadeiras, e da leitura, também são geralmente permitidos (sempre, é claro, a critério do médico), certos jogos de salão, principalmente no intervalo compreendido entre o jantar e o silêncio noturno. São promovidas, ocasionalmente, festas comemorativas e, num ou noutro sanatório, os doentes dispõem de biblioteca. Em alguns estabelecimentos existem, ainda, grêmios recreativos e literários de que os enfermos participam, mais ou menos ativamente.

Num dos estabelecimentos visitados pelo autor, o grêmio, além de manter uma biblioteca com cerca de 2.000 obras, promovia competições internas de jogos de salão (dama, xadrez, dominó, sueca); mantinha um salão-auditório para irradiações, projeções cinematográficas, conferências e representações teatrais, aonde alguns doentes diariamente compareciam a fim de ouvir irradiações esportivas e outras; punha, à disposição dos doentes, jornais e revistas de vários pontos do

(1) — Reprodução textual do Regulamento de um Sanatório de Campos do Jordão.

13.º) — Atirar pontas de cigarro, papéis, cascas de frutas ou outros objetos nas dependências do Sanatório ou suas adjacências.

14.º) — Conservar as luzes dos quartos, banheiros, etc., acesas, desde que não haja necessidade.

Banhos

1.º) — O Sanatório fornece um banho para cada internado, por semana, caso o médico o permita.

2.º) — O dia e a hora serão previamente combinados.

3.º) — Perderá o direito ao banho quem não estiver no banheiro à hora determinada.

Condições para internação

1.º) — O Sanatório aceita a tratamento apenas doentes julgados em condições de cura e maiores de 12 anos.

2.º) — Ao Diretor-Clinico caberá julgar os casos que deverão ser internados e a permanência dos mesmos no Estabelecimento.

3.º) — Só será permitido ao internado pagante deixar o Estabelecimento, temporariamente, com licença do Diretor-Clinico, não ficando, com isto, isento do pagamento no período da licença. (O tratamento para melhor resultado, não deverá ser interrompido).

4.º) — O internado que desejar retirar-se do Sanatório, definitivamente, poderá fazê-lo quando lhe aprover, com aviso prévio de 8 dias, por escrito.

5.º) — A Administração assiste o direito de pedir que se retire do Estabelecimento todo aquêle que derrespeitar o presente regulamento ou cuja permanência seja julgada inconveniente à ordem, disciplina e moralidade do Sanatório.

6.º) — Ao ingressar no Sanatório o doente pagará a taxa de Cr\$.

7.º) — Todos os internados devem assumir o compromisso de cumprir o regulamento do Sanatório.

Disposições gerais

1.º) — Toda a atitude ou conversa entre pensionistas de qualquer sexo, julgada inconveniente à boa ordem ou à moral do estabelecimento, será motivo para admoestação por parte da Administração e, em caso de reincidência, de expulsão. (Esta penalidade será igualmente aplicada àqueles que fizerem uso de linguagem ou termos inconvenientes ou atentatórios à boa moral).

2.º) — Todo doente que tiver permissão médica para tomar refeição na sala de jantar e desejar fazê-lo no quarto pagará uma taxa de Cr\$. em cada refeição.

Passeios

1.º) — A hora e o lugar dos passeios serão determinados pelo médico e o cumprimento desta ordem será fiscalizado pelo enfermeiro.

2.º) — Os passeios devem ser feitos a passos lentos, evitando o sol.

Visitas

1.º) — Das 16 às 17 horas.

2.º) — As visitas que pernitem no Sanatório pagarão uma diária de acôrdo com a tabela, sujeitando-se aos regulamentos do Estabelecimento. (1)

Em geral, a disciplina é bastante rigorosa, principalmente no que diz respeito à saída de doentes e às visitas. Por exemplo, num dos estabelecimentos onde o autor fez observações, um doente foi eliminado porque, embora tivesse permissão do diretor-clínico para ir a uma sessão cinematográfica diurna, tendo esta terminado mais tarde que de costume, regressou depois da hora combinada.

Quase todo sanatório mantém serviço religioso interno ou, a critério do médico, facilita aos seus internados o acesso às cerimônias do seu credo fora do recinto sanatorial.

Quanto à parte recreativa, além das conversas nos períodos de passeio, refeições e repouso em cadeiras, e da leitura, também são geralmente permitidos (sempre, é claro, a critério do médico), certos jogos de salão, principalmente no intervalo compreendido entre o jantar e o silêncio noturno. São promovidas, ocasionalmente, festas comemorativas e, num ou noutro sanatório, os doentes dispõem de biblioteca. Em alguns estabelecimentos existem, ainda, grêmios recreativos e literários de que os enfermos participam, mais ou menos ativamente.

Num dos estabelecimentos visitados pelo autor, o grêmio, além de manter uma biblioteca com cerca de 2.000 obras, promovia competições internas de jogos de salão (dama, xadrez, dominó, sueca); mantinha um salão-auditório para irradiações, projeções cinematográficas, conferências e representações teatrais, aonde alguns doentes diariamente compareciam a fim de ouvir irradiações esportivas e outras; punha, à disposição dos doentes, jornais e revistas de vários pontos do

(1) — Reprodução textual do Regulamento de um Sanatório de Campos do Jordão.

QUADRO 2

Obras da Biblioteca Interna Retiradas pelos Tuberculosos de um Sanatório, Campos do Jordão, 2.º semestre, 1943 — 1.º semestre, 1944.

A S S U N T O (*)	2.º semestre — 1943						1.º semestre — 1944						Total
	ju- lho	agos- to	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	março	abril	maio	junho	
Obras gerais	295	331	233	251	273	254	367	389	418	371	365	409	3.956
Filosofia	2	3	1	1	3	6	3	3	4	2	4	3	35
Religião e Teologia	4	13	13	3	1	—	3	4	12	5	10	3	71
Ciências Sociais	7	9	7	7	9	17	9	10	9	9	18	10	121
Ciências Aplicadas	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	—	2	7
Literatura	7	11	7	7	2	4	4	6	9	6	14	6	83
História e Geografia	10	17	20	11	10	6	4	9	16	9	9	7	128
TOTAL	325	384	281	280	298	287	390	422	469	405	420	440	4.401

(*) Foi conservada a classificação adotada, no estabelecimento

país; mantinha, ainda, uma discoteca e microfone para irradiação pelas alas de repouso.

No segundo semestre de 1943 e primeiro de 1944, a estatística da biblioteca desse sanatório mencionou as retiradas de livros constantes do Quadro 2. (1).

Existindo na referida biblioteca, cerca de 2.000 obras, daí resulta que, em média, houve durante o período de um ano, mais de duas retiradas por obra. Havendo no estabelecimento cerca de 180 internados, elevando-se este número para 250, para abranger as substituições de doentes ocorridas durante um ano, houve, pois, em média, aproximadamente 17 retiradas para cada internado, durante o ano, resultado bastante significativo, uma vez que se tratava de sanatório destinado quase exclusivamente a doentes gratuitos ou sob pagamentos módicos (bem abaixo das possibilidades de lucro), incluindo em sua maior parte pequenos empregados de comércio, artífices e operários, com menos de 5% de pessoas com instrução superior, e pelo menos 10% de analfabetos. Acresce, ainda, que não foram, evidentemente, computadas as obras lidas não pertencentes à biblioteca interna: livros, revistas, jornais, etc., de propriedade dos internados ou por eles obtidos em outras fontes.

O presidente do grêmio em apreço chamou a atenção do pesquisador para um fato interessante que, aliás já havia sido observado em outro estabelecimento, ou seja, a frequência com que certos doentes (masculinos) se entretêm em recortar figuras de mulheres nuas ou quase nuas, que aparecem nas revistas. O fato chegara a tal ponto que a diretoria do Grêmio tinha bastante trabalho, a-fim-de preservar a integridade de suas revistas... Ainda a respeito da biblioteca, era interessante a procura relativamente alta, por parte dos doentes, de publicações infantis como o *Gibi* e o *Globo Juvenil*.

Os doentes gratuitos gozavam das mesmas regalias que os demais sócios do grêmio. Este ensaiava, conforme o autor teve oportunidade de verificar, um movimento de "reabilitação" dos enfermos pelo trabalho, já tendo mesmo promovido uma exposição de trabalhos manuais, executados pelos internados.

O órgão oficial do Grêmio, pequeno jornal escrito a mão, deixara de circular, devido à morte de seu criador e diretor. O autor folheou a

(1) O estabelecimento abrigava cerca de 180 doentes, todos masculinos.

coleção de cinco números, publicados do segundo semestre de 1942 ao primeiro de 1943. Era, principalmente, um jornal de pretensões humorísticas, contendo referências chistosas aos internados, aos médicos, enfermeiros e outros funcionários do estabelecimento. Apresentava bastante semelhança com certos jornais do interior, com os quais, aliás, tinha de comum o fato de servir e refletir os interesses de um grupo primário (1). O que de mais especial continha, porém, eram as referências, ora veladas, ora explícitas à doença, mesmo em tópicos cuja intenção patente era a de provocar riso. Por exemplo:

Vendem-se escarradeiras de mão com cheques e figurinhas. Informações na enfermaria de cima, 2.^a ala. (2)

Eis outro exemplo — alusão a um internado que, fora do sanatório, procurava “passar” por pessoa “sã”:

Você sabia?

- Quem é aquele rapaz em frente à estação?
- E' o R...
- Mas de pasta?
- E' para pensarem que ele é viajante...

Extremamente interessante era a secção intitulada “Pé de Coluna”, de intenção educativa, visando corrigir certas atitudes e hábitos dos internados. Assim, no número 1, publicado em 3 de julho de 1942, apareceu:

Não está certo.

Ninguém nega que há muita cousa aqui no Sanatório que não está certo.

Fatos que se repetem por hábitos e costumes prejudiciais à coletividade, de colegas que, por descuido ou comodidade, fecham os olhos e ouvidos aos regulamentos, conselhos e até censuras enérgicas por parte da Administração.

Pé de coluna é, pois, a secção do... (título do jornal)... que fica reservada a combater o que entre nós “não está certo”.

Começamos, hoje, colaborando na Campanha do Asseio. Com efeito, não é nada edificante o aspecto em que muitas vezes se encontram os passeios e gramados que circundam o Sanatório, apesar da limpeza diária que se processa.

(1) Vide Charles H. Cooley, *Social Organization* (New York, 1929); Donald Pierson, *Teoria e Pesquisa em Sociologia*, Companhia Melhoramentos de São Paulo, 1945.

(2) Alusão a um internado, cujo apelido era “Figurinha”.

Cascas de frutas, papéis servidos, pontas de cigarros e escarros de tôdas as espécies são atirados sem o menor escrúpulo ao chão, oferecendo aos olhos dos visitantes um aspecto que lhes provoca má impressão de nós mesmos, e depõe contra o bom nome do Sanatório.

Percamos, pois, colegas, este péssimo costume.

Sejamos cada um fiscal de si mesmo. Si a zelosa Administração do Sanatório se esforça para nos dar um ambiente de asseio e de conforto, façamos tudo, pois, para merecê-lo.

No número 2, de 28 de julho de 1942, saiu outra advertência:

Não está certo...

Não é sem certo constrangimento que focalizamos uma das coisas que não estão certas no “Pé de Coluna”, de hoje.

Na verdade, embora o assunto seja um tanto passível de descontentamento, ele se enquadra, entretanto, perfeitamente, no grupo das coisas erradas que nós nos comprometemos a combater.

Embora sejamos os primeiros a conhecer e louvar o interesse pelo bem coletivo e o cuidado que muitos têm em se acomodar, sem, contudo, incomodar o seu vizinho, é com bastante pesar que se verifica ainda o comodismo displicente e a “sem-cerimônia” de alguns colegas que, quando vão à radioscopia, não se dão ao trabalho de uma ligeira observação em suas roupas internas e no estado de seu asseio corporal.

Disto resulta um mau quarto de hora que passam lá dentro daquelas quatro paredes, os que têm “estômago fraco”.

Esperamos que este simples registro alcance o nosso alvo.

Convenhamos que isto, pode parecer, mas... “não está certo”.

Si esses “distraindo” não vêm em seus colegas objeto de sua consideração, devem, pelo menos, dispensar a atenção e o respeito que, ali, a presença dos srs. Médicos nos impõe.

No número 3, de 30 de agosto de 1942, saiu o seguinte:

Não está certo...

Acontece custar a nos acostumarmos a atender a certas necessidades que nos são impostas por quem de direito, sem que isto signifique espírito de desobediência sistemática. Que isto, porém, aconteça até certo ponto, está certo; mas nos acomodarmos a tal situação irregular... não está certo! Este é o caso, por exemplo, da obrigatoriedade do uso do paletó nos salões de refeições.

Já estamos, afinal, em tempo de nos habituarmos ao cumprimento deste dispositivo do nosso regulamento, não levando-o pendurado às costas como si os ombros fôsseis cabides, mas vestindo-o

como manda a boa compostura. Temos a certeza de que os prezados colegas a quem cabe esta observação não o fazem por des-caso ou rebeldia, e até estamos inclinados a acreditar que seja por distração; todavia, não deixa de ser passível de censura como toda cousa que *não está certo*...

No número 4, de 30 de setembro de 1942, apareceu outra advertência:

Não está certo...

Dia a dia a Administração vem se esforçando no louvável empenho de melhorar as instalações sanitárias, zelando carinhosamente para que tudo ande com regularidade, de modo a dar melhor conforto a todos os internados. Em boa hora vários avisos foram afixados nos salões de refeição, instalações sanitárias e outros locais, pedindo muito elegantemente o nosso auxílio afim de conservar tudo bem limpo. Acontece, porém, alguns se esquecerem de cumprir esses pequenos princípios de higiene, daí resultando quadros deploráveis.

Inúmeras vezes notámos um certo descaso quanto ao uso das instalações sanitárias por parte de colegas que não se amoldam às exigências do meio em que vivem.

Francamente, achamos que isso *não está certo*, para nós que nos julgamos educados e civilizados; e, além disso, prejudicam os colegas limpos fazendo com que as visitas e a Administração nos julguem todos por um.

Temos certeza de que estas poucas linhas servirão de aviso aos descuidados e assim evitem que a gerência seja constrangida a sempre repetir tais observações.

Nova observação saiu no número 5, cuja data não foi possível apurar precisamente, parecendo, todavia, ser de princípios de 1943:

Não está certo...

Hoje não temos "Pé de Coluna". E não temos por uma razão muito simples. Quando já nos dispúnhamos a redigi-lo numa crítica bem oportuna sobre maneiras e atitudes pouco recomendáveis de se conduzirem nas mesas de refeições certos colegas, recebemos a visita desses rapazes, aliás, pessoas muito estimadas em nosso meio, que foram logo nos dizendo: "Seu Colega. Sabemos do assunto que você vai tratar no próximo "Pé de Coluna"; e como não só nos sentimos diretamente atingidos pelo "esculacho", como somos os primeiros a reconhecer que "não está certo" emporcarmos as toalhas ou deixarmos cair restos de comida ao

chão, como se embaixo das mesas houvesse um gato de estimação, vimos lhe propôr o seguinte: O "Pé de Coluna" não tratará deste assunto; e nós prometemos mais cuidado no futuro". E o acôrdo foi feito. Eis porque caros leitores, hoje não teve "Pé de Coluna"!

"... Mas não teve... hein!"

Nesse último número a administração do estabelecimento fez publicar o seguinte aviso:

Zelando pela boa ordem:

A Gerência do Sanatório, zelosa pela boa e fiel conservação do que está sob a sua guarda, e premida pela necessidade de coibir abusos, fez afixar em todas as dependências da casa avisos estabelecendo responsabilidades aos internados que sem motivo justificável venham dar "sumiço", ou danificar tudo aquilo que estiver à sua disposição ou lhes for confiado.

Esta providência que a princípio, como inovação em nosso meio, pode parecer medida drástica, tem no entanto as suas razões de ordem disciplinar bem aceitáveis, não constituindo nenhuma exceção deste estabelecimento, uma vez que iguais responsabilidades são previstas no regimento interno de qualquer organização hospitalar congênere.

E o jornal conclui o aviso com a seguinte nota:

Da nossa parte, obedecendo à orientação que traçamos de colaborar pela boa ordem e disciplina, numa colaboração espontânea com a esforçada Administração desta casa, sentimo-nos perfeitamente à vontade ao fazer este registro, pedindo e esperando o bom acolhimento de todos os colegas.

No que diz respeito à solidariedade entre os internados, o diretor do referido Grêmio informou ao autor que, três ou quatro vezes por mês, os doentes organizavam listas espontâneas de contribuições para custear viagens, compra de roupas, promoção de ofícios religiosos póstumos, etc., de companheiros. Como grande parte dos enfermos se constituía de internados gratuitos, muitos dos quais não tinham sequer uma pequena mesada para cigarros, pasta de dentes e outras pequenas compras, o Grêmio estava cuidando da fundação de uma "caixa beneficente" para fornecimento desses objetos aos mais necessitados. A solidariedade também se manifesta nos serviços espon-

tâneos de enfermagem que os mais fortes prestam aos de estado mais precário.

O Grêmio mantinha contrato com uma agência de filmes cinematográficos para exibição de suas produções no auditório do estabelecimento, o que se fazia uma ou duas vezes por semana (1).

Noutro estabelecimento (misto), também havia um grêmio literário e recreativo, fundado por iniciativa do diretor-clínico. Este grêmio mantinha, para cerca de 50 internados, uma biblioteca de mais ou menos 500 exemplares. Seu objetivo principal — de acordo com informações do presidente — era promover a cooperação entre os doentes e a administração do sanatório. “Tôda e qualquer iniciativa — declarou — é controlada pelo diretor-clínico, presidente honorário obrigatório” (sic). O Grêmio promove concursos literários, festas comemorativas, representações teatrais, torneios de jogos de salão (xadrez, dominó, “bridge oriental”, etc.), dependendo de aprovação prévia do médico a participação em qualquer dessas atividades; possibilita, ainda, aos internados, a leitura de jornais e revistas, especialmente de São Paulo, Rio de Janeiro e Santos. “Os cargos — informou, ainda, o presidente — são de confiança da administração do Sanatório, não só para evitar atritos com a Administração como também para que não se fomente rivalidade entre os doentes”. De fato, em outro estabelecimento (masculino) onde a diretoria do grêmio era eleita pelos próprios internados, o pesquisador observou que a rivalidade entre estes era bastante acentuada, principalmente entre os que pleiteavam postos na diretoria, atingindo o climax por ocasião das eleições.

(1) A seguinte relação dos filmes exibidos no primeiro semestre de 1944 mostra que os programas muito se assemelhavam aos da maioria dos cinemas tanto do interior como da capital do Estado: “A Mulher que eu deixei”, com Betty Rhodes e D. Drake; “Boxe na ordem do dia” (short); “Marrocos”, com Gary Cooper, Marlene Dietrich e Adolphe Menjou; “Bombardeiro Humano”, desenho de Popeye; “Meu filho não se vende”, com Richard Carlson, Martha O’Driscoll, Cecil Kellaway e F. Gifford; “Ciência Popular” n.º 6; “Clarejo no Horizonte”, com Fred MacMurray, Paulette Goddard, Susan Hayward e Lynne Overmann; “Ciência Popular” n.º 2; “Espíões do Eixo”, com John Barrymore e Frances Farmer; “Aventuras Aquáticas” (Short); “O Segrêdo do Professor” com Richard Carlson e Nancy Kelly; “Ciência Popular” n.º 3; “Proa ao Perigo”, com Richard Arlen e Jean Parker; “Ciência Popular” n.º 1; “Mulher de Verdade” com Claudette Colbert e Joel Mc Creia; “Paraquedistas Atletas” (Short); “As Covas do Egito”, com Erich Von Stroheim, Akim Tamirof, Franchot Tone e Anne Baxter; “Faltante Protetor”, bonecos animados; “Mulher, Marido e Cia.”, com Ray Milland e Patricia Morrison; “Pesca de Alto Bordo” (Short); “Alma Torturada” com Veronica Lake e Allan Ladd; “Papai no pau de sebo”, desenho de Popeye; “Letra Acusadora”, com Eddie Bracken; “Ciência Popular”; “Sedução de Marrocos”, com Dorothy Lamour, Bob Hope e Bing Crosby; “No país das melancias”, bonecos animados; “Duas semanas de prazer”, com Fred Astaire e Bing Crosby; “Ao fundo os japoneses” (Short); “Minha loura favorita”, com Bob Hope e Madeleine Carroll; “Esquadra Australiana”, (Short); “Doutor Broadway”, com J. Carrol Nash; “Trio de má sorte”, desenho animado; “Ela e o Secretário”, com Rosalind Russel e Fred MacMurray; e “Rapsódia Panamericana” (Short). Foram reprisados vários desses filmes.

Não obstante os exemplos citados, pode-se afirmar, sem exagero, que, em geral, quase nada há, de sistemático, nos sanatórios, no que diz respeito à recreação. Os dois meios de “matar o tempo”, de que os doentes mais comumente dispõem, são os jogos de salão e a leitura.

A convivência cotidiana tende a desenvolver, entre os doentes do mesmo sanatório, relações íntimas, pessoais, diretas, emocionais, o que aumenta a receptividade de cada um às sugestões dos demais, a tal ponto que, seria difícil, se não mesmo impossível, um doente manter-se à margem, sem participar de certas atitudes, emoções e sentimentos que “percorrem”, por assim dizer, todo o grupo.

Não raro, o ambiente está “carregado” de reclamações contra a alimentação, contra os serviços de enfermagem, contra os administradores, enfermeiros, e os próprios médicos; e quase todo o doente novato, algum tempo após sua chegada, acaba sendo arrastado pela onda de atitudes predominantes no grupo.

Outro fato que parece ser indício da natureza primária do grupo é o extenso uso de “apelidos” que se observa em tais estabelecimentos. Qualquer pretexto pode dar margem ao aparecimento de um apelido que, assim, surge, às vezes, nas mais imprevistas circunstâncias. Por exemplo, num sanatório de doentes masculinos, havia um paciente cujo apelido era “Beleléo”, termo que, na expressão, “ir para o beleléo”, significa, vulgarmente, “morrer”. A alcunha surgiu do seguinte modo: o doente, com mais de vinte anos de idade, apareceu no estabelecimento acompanhado da mãe, que aí o internou. A mulher, incapaz, em sua simplicidade, de disfarçar o excesso de zelo pelo filho, ao despedir-se, advertiu-o, na presença de companheiros: — “Olhe, meu filho, siga direitinho o que o médico mandar porque, se não, você vai pro beleléo!” Dentre os “apelidos” coligidos em dois sanatórios masculinos, em Campos do Jordão, alguns eram alusivos à procedência do apelidado (por exemplo, “Araraquara”, “Baiano”) ou à profissão (por exemplo, “José da Garage”) parecendo ter função especialmente mnemônica; outros referiam-se a traços fisionômicos ou a defeitos físicos (por exemplo “Galo Cego”, aplicado a um miope; “Patrício”, a um internado com traços fisionômicos de sírio; “Big”, a um indivíduo gordo, de aparência robusta; “Gerico”, a um indivíduo de estatura abaixo da média); o terceiro grupo era constituído de “apelidos” alusivos a certos hábitos ou inclinações (por

exemplo, "Marcha Lenta", aplicado a um internado excessivamente cuidadoso, que fazia seus passeios "com a maior morosidade possível"; "Sete Pratos" e "Prato Fundo", aplicados a dois gastrônomos; "Dr. Telefone", a um internado que fazia uso constante dêste aparelho; "Fagundes Varela", a um internado que fazia versos); outro grupo era alusivo a certos traços de caráter (por exemplo, "Mãe de Sarampo", aplicado a um indivíduo "implicante"; "Moralista", a outro que se arrogava o direito de dar conselhos aos companheiros; "Perú", aplicado a um indivíduo curioso e indiscreto, "que vivia procurando novidades"; "Dr. Cavidade", aplicado a um doente que tinha o hábito de "diagnosticar", atribuindo sempre "cavidades" aos companheiros); outro grupo era de "apelidos" alusivos a incidentes ou episódios singulares ocorridos na vida dos apelidados, após sua chegada (por exemplo, o "apelido" "Beleléo", já referido acima; "Consolo" aplicado a um doente que, ao chegar, embora estivesse em estado grave, dizia ter vindo para fazer "consolidação"; "São Sebastião", aplicado a um doente que havia sofrido uma série de operações, punções, etc.).

A análise dos vários grupos de "apelidos" coligidos mostra: 1. que cada membro do grupo tem sua vida inteiramente devassada pelos demais, sendo seus hábitos, atitudes e outros traços individuais amplamente conhecidos por todos os outros, de modo que se torna difícil ocultar, por exemplo, qualquer ato estranho ou não convencional, o que dá ao grupo um forte poder de controle informal sobre seus membros; 2. o grupo faz uso intensivo das sanções satíricas, sendo o "apelido", na maior parte dos casos, uma sanção permanente dêste tipo, aplicável a atos ou traços pessoais considerados estranhos ou indesejáveis.

O uso intensivo de sanções satíricas parece comum aos grupos cujos membros não estão aptos a aplicar, entre si, outros tipos de sanção. Os indivíduos usam, então, as sanções satíricas, não apenas uns em relação aos outros, mas também em relação às pessoas que têm o poder de aplicar a todos êles, indiscriminadamente, e sem reciprocidade, outras formas de sanções: no caso em estudo, os médicos, os enfermeiros, os administradores de sanatórios, etc.

Um dos passatempos comuns entre internados masculinos de sanatórios (1), conforme foi observado, consiste na narração de anedotas

(1) Segundo informação obtida pelo autor, os núcleos de doentes femininos não estão isentos dessa tendência.

e na formação de trocadilhos e "pegadas" (pulhas) pornográficos. Num estabelecimento que o autor visitou com certa assiduidade, em Campos do Jordão, senhores de cinquenta anos e mais, alguns com diploma de curso superior, participavam de brincadeiras dêste tipo, ao lado de rapazes de vinte anos e menos. Com efeito, as relações que se estabelecem entre os doentes são tais que as barreiras de idade, diferenças de profissão, nível educacional e outras, se tornam muito menos efetivas que na vida comum.

*
* *

Um dos acontecimentos marcantes da vida dos sanatórios é a visita médica cotidiana, seja do diretor-clínico, seja de seus assistentes. À hora prefixada, todo o internado aguarda, com vivo interesse, o visitante quase sempre bem vindo, para assaltá-lo com um sem número de perguntas quer sobre suas dificuldades e dúvidas relativas à enfermidade quer sobre os mais diversos e intrincados problemas pessoais. E' o momento ansiosamente esperado, de pedir autorização para passeios, viagens, saídas para compras, e para lembrar ao médico a possibilidade de atenuar esta ou aquela exigência do regime, ou de reconsiderar os prognósticos menos satisfatórios de altas mais ou menos remotas... Através de registro feito na ocasião pelo autor (1), pode-se acompanhar, retrospectivamente, uma das visitas cotidianas do diretor-clínico de um estabelecimento aos seus cinquenta internados, todos do sexo masculino:

Às 19,30 horas, mais ou menos, acompanhei a visita do Dr..... aos doentes do Sanatório. Percorremos todos os alojamentos. O médico ouvia as queixas dos internados, ora retrucando com um gracejo, ora dando um conselho ou fazendo uma repreensão. Num quarto, cinco ou seis doentes executavam músicas populares, com violões, cavacos e uma gaita. O que tocava êste último instrumento foi advertido pelo médico. Noutro quarto, aguardava-o um doente novato. O doutor me explicou que lhe havia "instalado" o "pneu" naquele dia; e perguntou ao enfermo como se sentia, ao que êste respondeu estar passando bem.

(1) 27-6-1944.

— "Você é forte!" — disse o médico, ameiando a voz. — "E o primeiro é sempre o pior! De modo que você vai ver como isso é "canja"..."

— "O senhor acha que em agosto eu poderei "descer", Doutor?"

— "Eu sei, você quer ir ver sua senhora dar à luz, não é?"

— "Sim, Doutor!"

— "Mas em agosto, daqui a dois meses é muito cedo, meu amigo. Se o seu "pneu" pegar você poderá "descer" daqui a seis meses".

Numa pequena sala, alguns doentes jogavam baralho, xadrez e dama, enquanto outros espivavam. O médico caçoou com um deles:

— "Então, seu escarro deu um bacilo no último campo, hein? Você precisa fazer logo outro exame, para dar negativo".

— "Ora, Doutor, eu acho que o enfermeiro espirrou enquanto preparava a lâmina..." (O enfermeiro tinha sido doente).

Noutro quarto, um doente queixou-se de cansaço e dores no tórax.

— "Você está, mas é com "derrame". — disse o médico.

— "Mas isso, às vezes é bom. Quase todo o "pneu" dá derrame".

— "Mas o melhor é não ter, não Doutor?" — retorquiu o paciente.

— "Nem sempre. Às vezes é bom..."

— "Mas sempre é melhor não ter, não Doutor?" — insistiu o doente, num tom de ironia mais acentuado.

Noutro quarto, um rapaz loiro, de pouco mais de vinte anos, descansava, sob as cobertas.

— "Como vai?" — insistiu o clínico, várias vezes, sem obter resposta. Então, abaixou-se sobre o enfermo, afagando-lhe o rosto, e interpelou-o em tom carinhoso:

— "Que é que você tem? Me diga o que é que você tem. Você é um dos mais eufóricos, um dos mais alegres daqui, e, justamente hoje, que eu acho que você está melhor, você está triste? Que é que você tem? E' saudade?"

O doente prorrrompeu em soluços. Constrangido, afastei-me por alguns instantes. Pouco depois, tornei a me aproximar, e vi o enfermo sorrir para o médico, que lhe passava a mão pela cabeça, enquanto, com palavras amistosas, procurava reanimá-lo.

b) *A vida nas pensões* — Em geral, as pensões de doentes, em Campos do Jordão, com poucas exceções (principalmente das dirigidas por irmãs religiosas, onde a vida é bastante semelhante à dos

sanatórios) são mistas, quase não havendo separação, mesmo disciplinar, entre pensionistas dos dois sexos.

No que diz respeito ao regime de repouso, a variação é grande, indo desde o rigor disciplinar que, em geral, caracteriza os sanatórios, até o máximo possível de liberdade. A fama adquirida pelas diversas casas deriva de sua situação a este respeito; e os próprios doentes as escolhem, até certo ponto, de acordo com o tipo de vida que desejam levar. Apesar de toda essa variação, e não obstante a maior ou menor liberdade de conduta de que gozam os doentes, nos vários tipos de pensão, o repouso absoluto, feito na cama, após o almoço, quase sempre é respeitado ou, pelo menos, os pensionistas que não o fazem são solicitados a não incomodar os que desejam fazê-lo. Uma senhora, residente numa pensão onde o regime disciplinar era dos mais suaves, certa vez declarou:

— "Depois do almoço, até às 3 horas, mais ou menos, eu não atendo nem meu pai! Esse repouso é sagrado!"

Além do convívio mais íntimo entre pessoas dos dois sexos, também caracteriza as pensões a maior mobilidade dos pensionistas, comparada com a dos internados em sanatórios. O autor conheceu, por exemplo, doentes que percorreram três ou quatro pensões, no espaço de apenas quatro ou cinco meses. Vários fatores concorrem para este fato, destacando-se os seguintes: 1) a natureza comercial mais ou menos indisfarçada das pensões, comparada com a finalidade de caráter filantrópico da maior parte dos sanatórios, de modo que ao doente de pensão ocorre com mais facilidade a impressão de estar sendo ludibriado ou preterido nos seus direitos; 2) a maior facilidade de mudar de pensão sem mudar de médico, enquanto que a mudança de sanatório implica em passar aos cuidados do corpo clínico do estabelecimento para onde o doente vai; 3) maior facilidade de obter vaga nas pensões do que nos sanatórios.

A disciplina menos rígida e os preços mais módicos tendem a atrair para as pensões, especialmente os enfermos "veteranos", já impacientes, e desejosos de maior liberdade, além dos menos providos de recursos econômicos, tanto antigos como novatos. Tomados em conjunto, os doentes de pensão constituem, pois, um grupo bastante heterogêneo, mesmo a respeito do regime de vida, havendo desde

doentes que levam existência tão metódica quanto a dos internados dos mais disciplinados sanatórios, até os que vivem na mais desenfreada boêmia.

O chamado "erotismo do tuberculoso", em geral, tem sido estudado pelos médicos, sob um ponto de vista quase exclusivamente fisiológico. Contudo, as pesquisas, sobre o efeito afrodisíaco das toxinas do bacilo de Koch, por exemplo, têm sido inconcludentes, se não conditórias, em seus resultados. Outra hipótese que, aliás, tem logrado menor aceitação, é a de que o doente, com febre constante e relativamente baixa, estaria sujeito a uma excitabilidade geral do organismo, inclusive dos órgãos genitais.

Sem querer alongar-se em considerações sobre pontos de vista alheios ao seu campo, o autor aproveita o ensejo para sugerir uma abordagem diferente ao problema, baseada em pontos de vista próprios das ciências sociais — sociologia (inclusive psicologia social) e antropologia social — pois, mesmo que uma das hipóteses anteriormente mencionadas lograsse comprovação, o fenômeno fisiológico envolvido teria de ser aceito como um *concomitante* insuficiente, por si só, para transformar em *tábua rasa* as influências da cultura (no sentido sociológico e antropológico do termo), assim como as formas socialmente determinadas, de manifestação dos impulsos que decorreriam do fenômeno fisiológico em aprêço.

No estudo do problema, ao que parece, não têm sido levados na devida conta os fatos seguintes: 1) sendo a tuberculose enfermidade tão frequente, é de se esperar que, entre os doentes, apareçam todos os tipos possíveis de temperamento e personalidade, com as suas mais variadas manifestações (1); 2) a condição de ociosidade da maior parte dos doentes; 3) a convivência íntima, a quase todo o instante, e às vezes, até em trajas de dormitório, de pessoas jovens dos dois sexos colocadas fora do âmbito de contróle moral direto de parentes e, especialmente, dos pais; 4) o desespero e o conseqüente desapego por outros valores, principalmente de ordem moral, de consecução menos imediata, impelindo o doente aos prazeres mais materiais e

(1) Esta consideração, sugerida por Fishberg, é válida em relação à maior parte dos problemas envolvidos na chamada "Psicologia do Tuberculoso". Em relação às psicoses, por exemplo, afirma esse autor que as "psicoses encontradas entre tuberculosos podem ser consideradas principalmente como coincidências". Vide o artigo de João B. de Souza Soares, "Tuberculose e Psychismo", *Revista da Associação Paulista de Medicina*, volume XVI, N.º 3 (Março, 1940) pags. 190-209

fáceis, como os de ordem sexual; 5) a existência relativamente frequente, nas estações de cura, de personalidades a que as vicissitudes da doença transformaram em "personalidades individualizadas" que vivem quase exclusivamente no presente, abominando o passado e desiludidas quanto ao futuro e, por isso mesmo, até certo ponto, amoralizadas.

Como nos sanatórios, também nas pensões, o convívio diuturno tende a desenvolver relações primárias (pessoais, diretas, íntimas, informais, espontâneas, emocionais), entre os doentes. Dentro de cada pensão, como dentro de cada sanatório, os enfermos tendem a se subdividir em "cliques", na base de interesses comuns mais restritos — jogos, leitura, assuntos prediletos, etc... Dada a maior possibilidade de troca de visitas e de encontros fora do estabelecimento, como seria de esperar, as relações não se confinam apenas aos doentes da mesma pensão, ao contrário do que geralmente acontece com os internados de sanatórios.

A maior facilidade de acesso de que gozam os pensionistas em relação aos centros de diversão da comunidade — cinema, festas públicas, etc. — bem como a maior liberdade de conduta que se lhes propicia, em geral, compensam até certo ponto, a maior pobreza de meios recreativos organizados — biblioteca, cinema interno, equipamento para jogos de salão, etc. — das pensões, quando comparadas aos sanatórios. O próprio comparecimento periódico ao consultório, ou ambulatório, proporciona, aos doentes de pensão, oportunidade de passeios, mais ou menos frequentes, pelas vias públicas. Mas a própria estrutura da comunidade impõe uma restrição à liberdade de locomoção e conduta do doente, mesmo quando não haja, na pensão ou em casa, quem exerça influência disciplinadora sobre êle: dada a reduzida proporção da área urbana e o número relativamente pequeno de habitantes da comunidade, o doente que sai à rua sem prévio conhecimento de seu médico, pode facilmente ser visto por êste ou por alguém que o ponha a par do ocorrido, seja casual ou intencionalmente; e na próxima visita que fizer ao consultório ou ambulatório, o médico provavelmente o repreenderá. Quantas vezes, nas ruas de Campos do Jordão, o autor viu doentes se esquivarem a fim de que seus médicos não os vissem! Certa vez, interpelado sobre semelhante conduta, um doente respondeu:

— “Eu me escondo, porque, se o Dr. A. me visse, mais tarde, quando eu lhe fizesse uma queixa sobre meu estado, responderia: — “Quem mandou você sair sem minha ordem!”

Eis, pois, como, nas pequenas estações de cura, a frequência dos contatos fornece, aos médicos, um valioso elemento de controle sobre a conduta do doente; tal controle lhe é praticamente inacessível, nos grandes centros, onde os contatos, em geral, são esporádicos.

4. ALGUMAS MANIFESTAÇÕES PSICOLÓGICAS DOS DOENTES

a) A “intocabilidade do tuberculoso”

No período que se segue imediatamente à descoberta da enfermidade, o doente quase sempre se vê, por assim dizer, suspenso entre dois grupos que tendem a se excluir mutuamente: 1) o dos “sãos” (não tuberculosos), a que ele deixou de pertencer, evidentemente, contra a vontade, e 2) o dos doentes, em relação ao qual sua atitude é de oposição ou aversão.

Sendo portador de um estereótipo deprimente, em relação à tuberculose e ao tuberculoso, o novo doente quase sempre reluta em aceitar a identificação de sua doença como tuberculose pulmonar. De outro lado, continua a olhar os companheiros de enfermidade do ponto de vista das pessoas “sãs”, receiando-os e evitando o seu contacto.

Durante esta primeira fase da nova vida, quase todo o doente se deixa arrebatado por uma verdadeira “impressão de intocabilidade” que, na maior parte dos casos, tende a persistir, embora em grau atenuado, mesmo em indivíduos clinicamente curados. Assim, ao ingressar no “ambiente tuberculoso”, seja no consultório particular, no ambulatório, ou na estação de cura, quase todo o doente evita tocar em objetos de uso comum ou pertencentes a outros enfermos. Alguns receiam, mesmo, sentar-se nos móveis dos consultórios, ambulatórios ou sanatórios. Um doente informou que, ao chegar a Campos do Jordão, quando um companheiro lhe pedia um objeto de empréstimo, preferia dá-lo definitivamente a fim de não lhe ter de tocar de novo, ao lhe ser devolvido. Na mesma estação de cura, o administrador de um sanatório mencionou que, nas horas de refeições, visitando-se os aposentos dos internados, encontravam-se muitas torneiras abertas, pois os mesmos, depois de lavarem as mãos, evitavam tocá-las, pois “estavam cheias de micróbios”. Num dos corredores do estabelecimento, havia uma porta de “vai-e-vem”, que teve de ser retirada, pois os doentes

geralmente a empurravam com os pés. No mesmo estabelecimento havia um internado, cujo caso já foi mencionado, que não podia, de modo algum, disfarçar seu receio dos companheiros e, pode-se dizer, de si mesmo: no refeitório, puxava a cadeira de sob a mesa, com os cotovelos; para telefonar, punha um pedaço de papel higiênico entre os dedos, a fim de não ter contato direto com o aparelho; e assim por diante.

A impressão de "intocabilidade" não envolve apenas a noção de perigo para si mesmo, mas também, a de ser perigoso para outrem. Ciente da natureza contagiosa de sua doença, o enfermo adota uma série de precauções — algumas fundamentadas em considerações de ordem científica, outras apenas simbólicas — a fim de evitar que o seu contato prejudique às pessoas "sãs", especialmente aos parentes e amigos. Tais precauções consistem, por exemplo, em medidas higiênicas como a separação de objetos de mesa e outros de uso pessoal; em desviar o rosto, ao falar com pessoa "sã", a pequena distância; em desinfetar a pena antes de escrever uma carta; em colocar ao sol os objetos de uso pessoal, antes de regressar da estação de cura para o lar, etc.. Algumas dessas precauções, segundo foi observado eram extensamente adotadas, e outras (como a de desinfetar a pena) o eram apenas esporadicamente. Embora baseadas, ao menos até certo ponto, em conhecimentos de microbiologia, contudo, tais medidas eram, muitas vezes, de eficiência bastante discutível, pelas circunstâncias e pela forma em que se efetuavam. Conheceu o autor, por exemplo, um doente, médico, que, para falar com a filhinha, de dois ou três anos de idade, colocava, na boca, u'a máscara de pano; ao mesmo tempo, permitia que a criança brincasse à vontade pelo chão, dentro e fora da casa... Parece, pois, que tais precauções têm, em grande parte, um caráter simbólico, ritual, tal como os atos de certos neuróticos.

Em sua conhecida obra, *The Golden Bough* (1), James G. Frazer considera o *tabu* como uma subdivisão da magia, consistindo esta numa aplicação errônea do princípio de causalidade, através das leis de associação de idéias por similaridade e por contiguidade em espaço e tempo. Assim, Frazer estabelece um paralelo entre magia e ciência, dizendo que, na primeira, há uma falsa aplicação do princípio de causalidade,

(1) James George Frazer, *The Golden Bough*, edição resumida, New York, The Macmillan Company, 1927.

enquanto que, na última, uma aplicação adequada do mesmo princípio. Mais tarde, retomando o assunto sobre o *tabu*, Freud (1), baseando-se em grande parte nos dados de Frazer, comparou o mecanismo pelo qual esse elemento cultural atua no indivíduo com o do comportamento do neurótico compulsivo.

E' interessante notar como, no caso do tuberculoso, encontra-se o mecanismo da neurose e do *tabu*, aliado a uma aplicação adequada (dentro de certos limites) do princípio de causalidade: o doente sabe-se portador de um bacilo que é o agente específico de sua doença e, ao mesmo tempo, que pode ser disseminado, de modo a constituir um perigo para as demais pessoas. Este estado de perigo para si mesmo e para as demais pessoas torna a situação do tuberculoso extremamente similar à da pessoa influenciada pelo *tabu*. Em ambos os casos, vemos a eficácia do condicionamento entre noções provenientes da cultura e certos estados psíquicos — ansiedade, apreensão, etc. — que se tornam, assim, os mecanismos pelos quais as referidas noções persistem. No caso da tuberculose, é evidente que o elemento cultural — a noção do micróbio — antecede ao elemento psíquico propriamente dito — o estado de alarme, inquietação, ou ansiedade. No caso do *tabu* ou, mais genericamente, da magia e da religião, não poderia acontecer o mesmo? Isto é, mitigam as concepções mágicas e religiosas e os respectivos preceitos a ansiedade que em certas circunstâncias se apodera do espírito humano, ou tal ansiedade é suscitada justamente pelas concepções mágicas e religiosas? Apresenta-se aqui o mesmo problema que A.R. Radcliffe-Brown enunciou da seguinte forma:

Ha uma teoria... baseada numa hipótese que diz respeito à função psicológica de uma classe de ritos. A teoria diz que, em determinadas circunstâncias, o indivíduo humano fica ansioso devido à ocorrência de algum acontecimento ou atividade, porque esta depende, até certo ponto, de condições que não pode controlar por nenhum meio técnico. Assim, êle observa algum ritual que, uma vez acredite assegurar felicidade, sirva para tranquilizá-lo. Assim, um aeronauta leva consigo, no avião, a mascote que crê protegê-lo contra acidentes e, dêsse modo, executa confiante o seu vôo.

A teoria tem uma antiguidade respeitável. Estava talvez implícita no "Primus in orbe deos fecit timor" de Petronius e Sta-

(1) Sigmund Freud, *Totem and Taboo*, tradução inglesa resumida, coleção "Pelican Books". Original alemão de 1913, Viena.

tius. Tomou várias formas desde a explicação de religião de Hume à explicação de magia. Tobriand, de Malinowski. Pode ser tornada tão plausível por uma seleção conveniente de ilustrações, que é necessário examiná-la com cuidado particular e tratá-la com ceticismo razoável. Pois sempre há o perigo de que possamos ser levados pela plausibilidade de uma teoria que finalmente é errônea.

Penso que, para certos ritos, seria fácil manter com igual plausibilidade uma teoria exatamente contrária, a saber que, se não fôsse pela existência do rito e crenças a ele associadas, o indivíduo não sentiria ansiedade e que o efeito psicológico do rito é criar nele um senso de insegurança e perigo. Parece muito improvável que um ilhéu andamanês supusesse ser perigoso comer "dugong", carne de porco ou tartaruga, se não fôsse pela existência de um corpo específico de ritual cujo propósito ostensivo é protegê-lo daqueles perigos. Muitas centenas de exemplos similares poderiam ser mencionados, de tôdas as partes do mundo.

Assim, enquanto uma teoria antropológica diz que magia e religião dão aos homens confiança, conforto e um senso de segurança, poderia igualmente ser discutível que dessem aos homens receios e ansiedades de que, de outro modo, estariam livres — o medo da magia negra ou de espíritos, o medo de Deus, do Demônio, do Inferno.

Realmente, em nossos receios e ansiedades, como também em nossas esperanças, estamos condicionados (tal como significa a frase) pela comunidade na qual vivemos... (1)

O autor aponta o problema, sem se propôr a resolvê-lo.

A identidade do mecanismo de comportamento quer no neurótico compulsivo, quer no indivíduo sujeito aos tabus e às práticas rituais positivas, quer no tuberculoso, especialmente no tuberculoso letrado, imbuído das idéias da microbiologia, vem reforçar a ênfase que atualmente se dá ao condicionamento social do comportamento humano através da "cultura" ou "herança social", com os seus símbolos e significados, com suas expectativas de comportamento, com o seu lastro de modos de pensar, sentir e agir subentendidos como "naturais", "lógicos", "evidentes", "corretos", "sensatos" e, por isso, que se impõem por si mesmos. A consciência do indivíduo, com os seus imperativos, é em grande parte, um reflexo, uma "interiorização", dos padrões e expectativas do grupo.

(1) A. R. Radcliffe-Brown, *Taboo*, Cambridge University Press, 1939 páginas 38, 40.

b) Tendência à dramatização

A tuberculose, impondo, aos que dela sofrem, certas experiências desconhecidas pela maior parte das pessoas "sãs" (não tuberculosas) e, ao mesmo tempo, tornando-os objeto de receio e de consequente evitação por parte das últimas, levanta verdadeiras barreiras à interação entre tuberculosos e não tuberculosos. Aos doentes — que, geralmente, já tiveram o seu período de saúde (entre eles se encontram até ex-campeões de esporte) — é relativamente fácil imaginarem-se no papel de um indivíduo "são", nas mais variadas situações possíveis, inclusive na de um "são" em presença de um tuberculoso e, assim, calcular até certo ponto, as idéias e atitudes que, em determinadas circunstâncias, provavelmente ocorrerão àquele. A lembrança de como eles próprios pensavam, sentiam e agiam, quando "sãos", nas mesmas circunstâncias, torna-os aptos a se colocarem no papel das pessoas "sãs" e a verem o mundo e a si próprios do ponto de vista delas. Isso os torna excepcionalmente auto-críticos e, ao mesmo tempo, hábeis em perceber as atitudes das outras pessoas, mesmo quando estas se esforçam para disfarçá-las; e, conseqüentemente, os torna extremamente suscetíveis. De outro lado, aos "sãos" que, em geral, não passaram pelas mesmas experiências, é muito difícil colocarem-se adequadamente no papel do doente e, assim, calcularem, até certo ponto, as idéias e atitudes que, em determinadas situações, provavelmente, lhe ocorrerão. Mesmo parentes e amigos íntimos e dedicados, às vezes magoam o doente, por exemplo, quando o aconselham a ter cuidado com os companheiros, a fim de não se contaminar mais ainda. Para o doente já integrado no "ambiente tuberculoso", receiar os companheiros é mais do que ridículo; e a advertência apenas lhe vem lembrar a distância que o separa dos amigos e parentes. Enfim, de um lado, a maior versatilidade do doente em assumir o papel alheio e, de outro, a dificuldade que o "são" quase sempre tem em assumir o papel do doente, tornam frequentes as ocasiões em que o último se vê em situação de constrangimento, exacerbando-lhe cada vez mais o senso de que é "incompreendido" e criando-lhe a tendência a assumir frequentemente o papel de "vítima" ou de "herói sofredor".

E' raro o doente que não se compraz em narrar, com as mais insignificantes minúcias, tôda a história do seu "caso", desde os episódios mais remotos de sua vida de "são" até a descoberta da molés-

tia, com as subseqüentes peripécias do tratamento. Os episódios considerados mais dramáticos, mais "impressionantes" — hemoptises, operações, peripécias surgidas nas relações com pessoas "sãs" — são em geral, os que recebem mais minuciosa descrição.

Super-avaliando a própria experiência, quase todo o doente considera sua vida como um tema digno de uma composição literária. Certa vez, estando num bar, em Campos do Jordão, em companhia de alguns doentes, o pesquisador ouviu um deles, de 21 anos de idade, ex-estudante de curso secundário do Rio de Janeiro, exclamar:

— Se um romancista viesse a Campos do Jordão, êle poderia escrever muitos livros de 500 páginas, pois cada tuberculoso daqui tem o seu drama!

Uma senhora doente, de cerca de 25 anos de idade, que havia deixado a filhinha no Rio de Janeiro, certa vez, declarou:

— Eu faço o meu diário porque, mais tarde, quero que minha filha veja tudo por que passou sua mãe!

A pergunta "V. S. já pensou alguma vez em escrever um livro sobre sua vida?", de 26 internados masculinos de sanatórios, em Campos do Jordão, 12 responderam "sim", 12 "não" e 2 não responderam. Alguns dos que responderam negativamente procuraram justificar-se, alegando incapacidade, dizendo, por exemplo: — "Meu estudo não dá para isso".

À mesma pergunta, de 26 doentes masculinos, residentes em pensões e casas particulares, em Campos do Jordão, 13 responderam "sim", 12, "não" e 1 não respondeu. Dos que responderam negativamente, alguns alegaram incapacidade.

À mesma pergunta, de 26 mulheres internadas em sanatórios, 11 responderam "sim", 13, "não", 2 não responderam. Das que responderam negativamente, algumas alegaram incapacidade. Uma delas respondeu textualmente: — "Nunca pensei, mas tinha tanta coisa a contar, se escrevesse!" Outra deu a seguinte resposta: — "Não. Já pensei que minha vida poderia dar um romance. Mas não pensei em escrever".

À mesma pergunta, de 26 mulheres residentes em pensões e casas particulares, em Campos do Jordão, 8 responderam "sim", 14, "não" e 4 não responderam. Entre as respostas negativas estavam as seguintes:

"Matéria teria de sobra. Mas para que divulgar coisas que só a nós pertencem?"

"Não. Mas gosto bem de contar minha vida". (Dois casos).

"A idade ainda não permite". (16 anos).

"Não. Ainda não vivi". (24 anos).

"Não interessa pensar no passado. Procuo esquecê-lo!"

Quase todos os documentos íntimos — cartas, diários, histórias de vida — de doentes, que o pesquisador examinou, revelam a mesma tendência. Trata-se, evidentemente, de uma tendência humana geral que, no caso do tuberculoso, é exacerbada pelas circunstâncias. Sua função parece ser a de capacitar as outras pessoas a se colocarem mais adequadamente no papel da pessoa que dramatiza e, assim, a corresponderem mais apropriadamente a suas expectativas. No caso particular do tuberculoso, essa função consiste em capacitar o "são" a se colocar em seu papel e, assim, a corresponder mais adequadamente às suas expectativas. Dramatizando, o tuberculoso provê, inconscientemente, certa compensação para o isolamento psíquico que a moléstia tende a estabelecer entre êle e o não-tuberculoso.

c) Individualização

A longa separação dos amigos e parentes, acompanhada quase sempre, de ressentimento em relação às pessoas "sãs", tende a produzir, nos tuberculosos, especialmente naquêles cujos casos são relativamente estacionários, de evolução lenta, uma "individualização" cada vez mais pronunciada. Em outras palavras, à medida em que se acomoda ao novo meio, substituindo o antigo sistema de hábitos e atitudes pelo novo, que as novas circunstâncias lhe impõem, e à medida em que vai reformulando sua filosofia e seus planos de vida, o doente se vê cada vez mais distanciado de seu antigo círculo de relações primárias, pela divergência de experiências e de perspectivas de vida e, conseqüentemente, de atitudes e valores. Nas raras vèzes em que retorna ao lar ou ao antigo meio, a título de visita, aí se sente

pouco à vontade, como se fôsse um estranho. Está quase sempre auto-consciente, isto é, preocupado com o que os outros estarão pensando a seu respeito, tendendo, assim, a inibir-se e a retrair-se por excessiva autocritica e, ao mesmo tempo, a permanecer numa constante atitude de suspeita e prevenção, ante as demais pessoas. Em qualquer referência a seu aspecto físico, tende a ver uma alusão à doença; a mais leve demonstração de escrúpulo o constrange e mortifica. Uma jovem de 25 anos, procedente do Rio de Janeiro, e que desde os 15 anos se encontrava em tratamento, em Campos do Jordão, mencionou como se sentia constrangida, em casa dos pais, nas poucas vezes em que os visitava. Irmãos que haviam deixado pequenos, frequentando o jardim de infância ou o curso primário, estavam, então, cursando escolas secundárias e superiores. Tratavam-na com cerimônia desusada entre irmãos, e ela lhes retribuía com tratamento idêntico. Enfim, não se havia desenvolvido, entre ela e os irmãos, o tipo de relações que, em nossa cultura, costuma caracterizar o grupo doméstico.

Assim, nas estações climatéricas, como Campos do Jordão e São José dos Campos, encontram-se pessoas adoecidas há cinco, dez e mais anos, e cujos laços com a família se desfizeram mais ou menos completamente, em parte devido à longa separação imposta pela enfermidade, em parte porque, devido à precariedade de seus recursos econômicos, a família acabou internando o doente numa instituição gratuita, ou abandonando-o, simplesmente, ao léu da própria sorte. Vivendo de sanatório em sanatório, de pensão em pensão, de estância em estância, e, mesmo, fora destas, de donativos e favores de quem se prontifica a socorrê-los, de recursos obtidos no jôgo ou por qualquer outro "expediente", ressentidos contra os parentes e amigos; abominando o passado, a cuja lembrança está intimamente associada a imagem dessas pessoas; e, ao mesmo tempo, desesperados quanto ao futuro, dada a consciência da própria incurabilidade e conseqüente inexequibilidade de planos de alcance remoto, tais doentes vivem quase exclusivamente no presente, relativamente insensíveis ao contrôle moral das relações primárias. Crônicos, "fibrosos", vivendo como êles próprios dizem, "em simbiose com o bacilo de Koch", podendo viver ainda longos anos, porém, sujeitos, ao mesmo tempo, a sucumbir, duma hora para outra, numa imprevista "hemoptise fulminante", êles testemunham constantemente a chegada de novos companheiros, bem como a cura e a partida de tantos outros, quase sem lograr oportunidade para o estabelecimento

de relações sólidas e duradouras. Tornam-se, pois, relativamente insensíveis, ante a inutilidade ou inexequibilidade de um profundo apêgo às pessoas, ao mesmo tempo em que as necessidades vitais mais elementares os levam a desenvolver acentuada habilidade e desusada paciência, no tratamento das pessoas. Suas amizades são, na expressão pitoresca de um dêles, "amizades de presença", sem grandes apêgos ou lealdades intensas. Não obstante constituírem minoria, são êstes tipos extremos que, pela peculiaridade de seu caráter e por suas inesperadas atitudes, mais atraem a atenção de quantos — leigos ou não — observam o ambiente das estações de cura. E' possível que certas manifestações como, por exemplo, o chamado "desespêro amoroso" dos tuberculosos, tantas vezes atribuídas à atuação das toxinas do bacilo de Koch sôbre o organismo, estejam relacionadas com êste fenômeno da individualização, e com o conseqüente enfraquecimento do contrôle social que, através de suas expectativas, os grupos primários exercem sôbre os indivíduos.

d) *Misticismo*

Como é natural, a acentuada consciência de insegurança produzida pela moléstia, bem como as longas horas de inatividade, propícias à meditação, levam o paciente a debater, em seu espírito, questões de ordem religiosa e filosófica, na ânsia de se definir perante tais problemas e de encontrar o lugar e o papel do homem na ordem das coisas.

Evidentemente, a preocupação mística, como, aliás, tôdas as tendências manifestadas pelos tuberculosos, está sujeita à influência de grande número de variáveis — antecedentes culturais, temperamento, idade, estado orgânico geral e pulmonar e, possivelmente, o próprio sexo. Sempre é possível, porém, encontrar a tendência geral, predominante, mesmo que se concorde ser impossível prever o sentido da redefinição de crenças de qualquer paciente, ainda que se conheça a maior parte dos elementos mencionados: há os que passam da indiferença ou mesmo do negativismo à adesão incondicional a determinado credo religioso ou doutrina filosófica, assim como também há os casos inversos, de pessoas que passam de uma fervorosa crença em determinado sistema religioso ou filosófico, a um intransigente negativismo. Além disso, tanto se encontram pacientes que se apegam à religião nos momentos de crise e conseqüente desespêro, voltando a uma relativa indiferença nos períodos de melhora, como outros que, ao contrário,

blasfemam nos períodos de crise e rendem graças aos entes sobrenaturais, quando se sentem bem. E' certo, porém, que, para a maior parte dos pacientes, a religião constitue um lenitivo, nas fases agudas e letais da doença; daí as relativamente frequentes oscilações do apêgo às práticas e preceitos religiosos, em doentes cuja "linha de cura" também é oscilante e prolongada, e das conversões *in extremis*. Nas mudanças de credo, ou conversões verificadas entre os doentes, convém assinalar também a influência do prosselitismo, exercido pelos representantes das diferentes organizações religiosas e por doentes interessados em tais atividades.

Respondendo à pergunta "*Quais as modificações que V. S. tem sentido em si mesmo, desde que ficou doente? (Pessimismo, otimismo, decepções, esperanças, tristezas, alegrias, perda ou aumento de crença religiosa, etc.)*", de 26 internados masculinos de sanatórios, em Campos do Jordão, 17 revelaram preocupações que puderam ser classificadas como de ordem mística, dos quais 9 afirmaram terem sentido aumentar sua crença nas religiões que professavam, enquanto outros 2 sentiram-na diminuir, 2 mostraram-na oscilante, e outros 4 teceram considerações mais ou menos complexas sobre problemas religiosos ou filosóficos.

Segue-se o caso de um doente que "apela para Santa Bárbara, quando há tempestade". Trata-se de um ex-vendedor de automóveis, procedente do Rio de Janeiro:

Em princípio da doença eu me achava sem esperanças de cura, pois não me podia movimentar sem que sentisse muito cansaço e então pedia a Deus e a todos os Santos que me valessem e rezava muito e assistia à Santa Missa com toda devoção, mas com os tempos, foi melhorando e ficando otimista quanto ao meu estado de saúde, deixei de rezar e de ir à missa e só procuro divertimentos como seja cinema, festas e outros.

Um jovem descendente de japoneses, ex-estudante de escola superior de São Paulo, assim se referiu ao aumento de sua convicção religiosa (Igreja Metodista):

Venho sentindo um melhor auto-aperfeiçoamento. Tenho lucrado imensamente com esta circunstância (a doença), apesar dos pesares. Acho que se há alguma coisa que o indivíduo tem a ga-

nhar nesta forma de vida (aparentemente inútil) é o desenvolvimento constante de seu próprio ego. "Nosce te ipsum" — conhece a ti mesmo — seria um dos bons lemas para compensação de nossa desdita... O indivíduo ganhará muito do "self-control" que ao homem é mister... O objetivo da religião em consolar, edificar antes de mais nada a alma humana, torna-nos simpático o seu convite, e a compreendemos melhor na época do sofrimento. Houve, assim, um aumento de fé.

Respondendo à mesma pergunta, de 26 doentes masculinos residentes em pensões e casas particulares, 10 revelaram preocupações que podiam ser interpretadas como as anteriores, sendo que 6 declararam ter aumentado sua fé, 1 que a perdeu, dando os outros 3 respostas de classificação mais difícil. Uma das respostas mais interessantes foi a seguinte, de um ex-auxiliar de escritório comercial, já praticamente curado, em período de "readaptação":

Ao iniciar o tratamento, tive a maior das decepções: além de terrível pessimismo, devido ainda mais ao tormento, que me causava minha surdez; e ajudado pela pouca fé que possuía me encontrava numa situação desesperada e mesmo sem esperança de encontrar algo que me aliviasse sequer; devido à solidão em que passava todos os dias e pelas dúvidas sobre meu estado e do tratamento que tinha a fazer do pulmão e ainda mais pela terrível zoeira que era a única coisa que ouvia o dia inteiro devido ao mal dos ouvidos, receiava mesmo ficar alucinado. Porém, como só agora sei que Deus apenas permite as suas criaturas sofrerem aquilo para que possuem forças suficientes, tenho a satisfação de ver realizado em mim um verdadeiro milagre em todo o sentido da palavra e mesmo creio que por intervenção da Providência Divina foi que me chegaram às mãos ótimos livros sobre catolicismo, pelos quais tomei grandes conhecimentos sobre a razão da existência humana e necessidade de conformidade com a Santíssima Vontade de Deus até nos maiores tormentos, o que elevou em muito minha moral, livrando-me até do desespero em que vivia; e para satisfazer minha necessidade de conhecimento sobre o meu estado e o tratamento a fazer, appareceu-me um livro que não podia ser mais útil para esclarecer-me e orientar-me no modo de cooperar quanto possível para a minha cura, o que aliás consegui em grande parte e ao qual devo o abreviamento da minha "cura", pela certeza em que fiquei das possibilidades de restabelecer-me com apenas boa vontade e pequeno sacrificio voluntário em repouso

e outras coisas indispensáveis ao tratamento segundo a teoria do livro que se intitula: "O Guia do Tuberculoso e do Predisposto".

(1) Enfim, posso resumir a meditação dos fatos principais de minha atribulada existência no seguinte: Eu era um hereje; por que apesar de católico desconhecia os fatos fundamentais da minha existência, da minha religião e do meu Creador, o que resultou tornar-me um desgraçado pela tuberculose. Encontrei-me perdido física e moralmente; sofri o que as palavras não podem exprimir e então no sofrimento encontrei a Misericórdia Divina que encorajou-me, fortaleceu-me e esclareceu meu espírito dando pela fé a paciência necessária aos tratamentos e a certeza do meu restabelecimento integral, apesar de encontrar-me em situação indescritível, e, como imaginava, incurável com relação aos ouvidos. Graças ao Bom Deus venci ou foram vencidas tôdas as dificuldades dos meus tratamentos, e, milagrosamente encontro-me forte, cheio de disposição física e perfeitamente apto para trabalhar e reabilitar minha situação: o que faz considerar-me uma criatura imensamente feliz.

Eis, agora, a resposta de um ex-comerciante, de idéias "fatalistas":

Sobre a crença religiosa, sempre fui católico, e julguei o que Deus dá estava sempre certo. (2) Cada pessoa vem ao mundo com seu destino; não sei como católico se é Deus ou outro Ser poderoso que guia as vidas, mas é impossível desviar, e ele segue seu destino bom ou mau, o que tem a fazer é instruir-se para conformar-se, nos pontos difícil reagir; eu depois de doente quasi sucumbi, mas a reação veio, e hoje conformado, disposto a enfrentar tudo, sei os passos desta doença e seus sofrimentos, e de nada tenho medo, como os outros passaram eu não sou melhor do que os outros também passarei porque no mundo ninguém é exclusivamente necessário, é uma viagem quando chega a estação, tem de descer...

Respondendo à mesma pergunta, de 26 mulheres internadas em sanatórios, 11 mostraram preocupações da mesma natureza das precedentes, sendo que 7 afirmaram haver aumentado sua fé, 2 que esta oscilava com as vicissitudes da doença, e 2 que a perderam. Uma senhora, "de prendas domésticas", assim respondeu:

(1) Livro de Jacques Stephani, tradução de Ribeiro Couto, Editora Nacional, São Paulo, 1933.

(2) O que não o impediu de pensar em suicídio no início da enfermidade, como descreve em outro trecho do questionário.

O que fiquei (depois de adoecer) foi nervosa. Mas alegre sempre fui. Mas a gente sempre fica mais triste do que era. Eu não rezava muito e agora rezo todos os dias. Vim fazer a primeira comunhão aqui no sanatório, apesar de que já era católica.

A seguinte resposta, de uma ex-bordadeira, revela seu estado de angústia, acompanhado de oscilação de crença:

Antes de ficar doente era pessimista, agora ultimamente acho que estou mais pessimista. Acho que é devido à minha própria doença, pois já fiz 3 anos que sou doente; como eu não pioro ou melhora e fico parada na mesma eu sou muito desanimada; às vezes até descrente fico de tudo da doença enfim da vida. As vezes tenho fé e às vezes não. As modificações são algumas, o sofrimento, aqui já suporto tudo tenho paciência tendo resignação e conformo-me com tudo que me acontece. Às vezes é uma piora no pulmão uma notícia da família uma contrariedade daqui mesma. Conclusão. O meu pessimismo chega ao ponto de eu ter uma impressão que não me curo mais. Não estou tão mal assim; até que sou forte, mais pela minha doença não ir para trás nem para frente por isso acho que não tenho mais cura na minha vida.

Eis, agora, a resposta angustiosa e rebelada de uma jovem de 20 anos, ex-aluna de uma escola superior católica, de São Paulo:

A moléstia infelizmente produziu em mim uma mudança radical. De extremamente alegre, tornei-me triste, profundamente triste. Desde o momento em que ouvi no consultório, em São Paulo, a bendita palavra (sic) — *fraca do pulmão* — nunca mais eu nem sequer sorri com espontaneidade, nunca mais! Sinto dentro em mim um tédio terrível, um desânimo tão grande, um acentuado mal-estar que chego a desejar mil vezes a morte à continuação deste martírio... e depois analisando meus sentimentos vejo o seguinte: A doença já é tão dolorosa! E ninguém sabe como dóe, como dilacera o coração só este pensamento: *Eu sou tuberculosa*. Sou franca, muito franca, por isso só a verdade sai de meus lábios e passa para a pena; e com toda a franqueza digo — entre a morte e a tuberculose eu escolheria a morte, e isto apesar de meu 20 anos e da falta enorme que sinto de meus estudos, apesar dos belos castelos feitos há bem pouco tempo atrás. O tuberculoso parece não ter mais direito de viver... pois a própria família não o rejeita? E a sociedade e o estado não fazem o mesmo? O tuberculoso que tiver sofrido o que venho sofrendo há um ano, e ainda conservar acêsa em seu peito a chama sagrada da Fé, e acreditar em

um Deus bom, remunerador, num Deus justo e misericordioso, ou suas faculdades mentais não estão em perfeito equilíbrio, ou é uma criatura *extraordinariamente extraordinária*. Quanto a mim em nada mais creio, e desejo ardentemente a volta para o nada de onde procedi.

Respondendo à mesma pergunta, de 26 doentes do sexo feminino, residentes em pensões e casas particulares, 11 revelaram preocupações semelhantes às anteriores sendo que 6 declararam ter aumentado sua fé, 1 que a perdeu, 1 que deixou "de ser católica para ser racionalista" (?), havendo outras 2 cujo apêgo à religião era oscilante, e 1 que ainda não se conseguira definir.

Eis uma resposta — a de uma professora normalista — que mostra oscilação de crença de acôrdo com as vicissitudes da enfermidade, com manifestações de revolta nos períodos críticos e reafirmação de fé nos períodos mais amenos:

Há momentos de pessimismo, principalmente quando sinto aumentar a tosse ou apanhar uma pleurisia. Outras vezes sinto pessimismo quando o termómetro acusa febre. Tenho otimismo quando vou ao médico e êle me diz que estou melhorando muito. Tenho decepções quando vejo uma companheira de pensão morrer ou passar mal. Algumas vezes sinto que a esperança volta e então faço mil planos para o futuro. De acôrdo com meu estado geral sinto alegrias e tristezas. Há momentos em que foge tôda a minha crença religiosa. Nos meus dias de sofrimento não sei orar, sou incapaz de fazer uma prece ao bom Deus. Quando passa o maior sofrimento então voltam-me novamente a esperança, a alegria, e a fé no Creador.

Uma ex-estudante de escola normal assim respondeu: "A crença religiosa, de muito que era, anulou-se completamente".

Neste ponto, mais que em qualquer outro, convém lembrar que o valor dos números é muito relativo. Seria mesmo irrisório pensar em introduzir medidas em semelhante esfera de experiências. Deve-se também estar prevenido em relação à precaridade dos resultados de pesquisas relativas a atitudes como as mencionadas, obtidos através de perguntas diretas. Qualquer interpelação relativa a crenças, em geral, põe imediatamente o interpelado em guarda, levando-o a esforços no sentido de confirmar suas atitudes e convicções de tal forma a eliminar, a respeito de sua posição, qualquer dúvida possível de quem o in-

terpela. Indagada sobre se sua crença tem aumentado ou diminuído, qualquer pessoa que já tenha definido sua posição em favor de certo sistema doutrinário, provavelmente responderá pela primeira das duas alternativas. Mais fecunda, para êste fim, é a técnica da "história de vida".

As principais finalidades de uma enumeração de atitudes como a apresentada são: 1) sugerir, até o ponto possível, qual a tendência predominante no grupo em questão; e 2) discriminar, até o ponto possível, as atitudes em fluxo em um grupo social onde, como era de esperar-se, cada membro está constantemente sendo influenciado pelas atitudes dos outros e, ao mesmo tempo, influenciando os outros, através das próprias atitudes. A interação consciente (simbólica) e inconsciente (não simbólica) (1) estabelece uma teia de relações entre os membros do grupo, criando expectativas mútuas de comportamento, (2) produzindo um acervo de modos peculiares de pensar, sentir e agir. Em outras palavras, a imitação (consciente) e a sugestão (inconsciente) têm um papel poucas vezes levado na devida conta, tanto em relação ao comportamento manifesto como em relação às atitudes ou comportamento implícito, encoberto, dos indivíduos que participam de um grupo como o que se está analisando. (3)

e) *Desejo de novas experiências*

Um dos desejos universais que o regime e a disciplina sanatoriais tendem a inibir ou a deixar insatisfeitos é o chamado *desejo de novas experiências*. (4). Êste desejo se manifesta, por exemplo, na impaciência com que quase tôda pessoa — doente ou não — recém-chegada a Campos do Jordão aguarda as primeiras geadas, fazendo, mesmo, "sacrifícios", como o de se levantar cedo e enfrentar o frio das manhãs de inverno, somente para assistir ao espetáculo para ela, até então, inédito. Uma vez familiarizada com o fenômeno, satisfeita a curiosi-

(1) Vide Donald Pierson, "Interação Simbólica e Não Simbólica", *Sciologia*, Vol. VI, n.º 2 (Maio, 1944), págs. 123-33.

(2) Vide Donald Pierson, "Expectativas de Comportamento", *Sociologia*, Vol. IV, n.º 4 (Outubro, 1942), págs. 369-384.

(3) Sobre os conceitos de "sugestão" e "imitação", vide Robert E. Park and Ernest W. Burgess, *Introduction to the Science of Sociology*, Chicago, 1924, 2a. ed., p. 344-346.

(4) Vide W. I. Thomas, *The Unadjusted Girl*, Boston: Little, Brown & Co., 1923, cap. I; Donald Pierson, *Teoria e Pesquisa em Sociologia*, São Paulo, Companhia Melhoramentos, 1945, cap. XVII, p. 355-356.

dade, desinteressa-se, não mais trocando o conforto da cama pelo enjeo de observá-lo.

A inibição ou insatisfação do desejo de novas experiências pode conduzir facilmente ao tédio, ao "spleen", e ao desinterêsse pela própria vida. Trata-se de uma tendência tão insistente, e de âmbito tão amplo, que às vezes se manifesta em circunstâncias as mais imprevisíveis e em relação a esferas de experiências com respeito às quais dificilmente se poderia suspeitar de sua atuação. Certa vez, um doente que havia passado dois anos numa enfermaria, em Campos do Jordão, fez os seguintes comentários: — "O senhor nem calcula como é horrível passar tanto tempo, vendo sempre as mesmas caras, convivendo quase exclusivamente com as mesmas pessoas, contemplando suas fisionomias dia e noite!"

As longas horas de inércia e a monotonia das ações uniformes, rítmicas, automatizadas, inerentes aos regimes higieno-dietético e disciplinar tendem antes a despertar que a adormecer o desejo de novas experiências. Impossibilitado de satisfazê-lo, o doente passa a reviver — a "ruminar" — constantemente os resíduos das experiências passadas, com um exagero de auto-consciência e autocrítica. Esta é, talvez, uma das fontes da tão propalada desconfiança e suscetibilidade dos tuberculosos.

O desejo de novas experiências concorre, também, para o desenvolvimento do hábito de lêr (devido, igualmente, ao aumento das horas de inatividade), além de incrementar o interêsse pelos jogos (inclusive os de azar), pela pornografia, e pelo sensualismo em geral. Tanto os jogos de azar como as práticas sensuais são fontes de prazer imediato, que se impõem por si mesmas, sempre que a energia e o tempo disponíveis não podem ser canalizados para outras atividades, para outras esferas de interêsse.

Em sua peculiar situação de inatividade e reclusão, é tão imperiosa a necessidade de um "passa-tempo" que, muitas vezes, os doentes improvisam brincadeiras originalíssimas. Em Campos do Jordão, o autor observou, certa vez, um grupo de doentes entretidos em apostas sobre a cor do próximo trem que iria chegar. Num sanatório, na mesma cidade, outro grupo de internados se divertia, graças a um trato segundo o qual aquêle que falasse em doença seria obrigado a pagar multa ao companheiro...

Apresentando a pergunta "Quantas horas por dia V. S. costuma passar lendo, atualmente? (Não responda "poucas" ou "muitas"; dê o "número de horas")", a 57 doentes masculinos, em Campos do Jordão, sendo 30 internados em sanatórios e 27 residentes em pensões e casas particulares, e compreendendo desde indivíduos que podiam lêr com dificuldade até portadores de títulos de escolas superiores, obtiveram-se os seguintes resultados (1): média, 2 horas e 30 minutos; modo, 2 horas; máximo, 6 horas; e, ao todo, 5 casos de indivíduos que não tinham o hábito de lêr.

As respostas de 44 mulheres, sendo 24 internadas em sanatórios e 20 residentes em pensões e casas particulares, à mesma pergunta, deram os seguintes resultados (2): média, 1 hora e 50 minutos; modo, 1 hora; máximo, 6 horas; não tinham o hábito de lêr, 7.

Naturalmente, êstes resultados têm significação bastante limitada, seja devido à heterogeneidade dos grupos estudados, seja por não haver dados comparáveis sobre o hábito de leitura das mesmas pessoas, no período anterior à descoberta da enfermidade, seja, ainda, pela inexistência de dados sobre o mesmo hábito entre grupos comparáveis de pessoas "sãs".

f) Tendência de Auto-afirmação

Existe, em todo o ser humano, uma tendência universal de *auto-afirmação*, (3) isto é, de sentir-se como *causa* das situações de que participa, ou como causa do próprio comportamento. Esta tendência, além de estar implícita em tôdas as demais tendências humanas fun-

(1) Quando a resposta era vaga ou compreendida entre dois limites, como por exemplo, "de 2 a 3 horas", era computado o número menor. A distribuição dêsses 57 indivíduos, quanto à profissão, era: Escriturários, 7; Operários de Indústrias, 4; Comerciantes, 3; Bancários, 3; Comerciantes, 4; Estudantes, 7 (sendo 4 de cursos secundários e 3 de cursos superiores); Agenciadores de vendas, 4; Motoristas, 4; Médicos, 3; Dentistas, 3; Jornalistas, 2; e 1 de cada uma das seguintes profissões: ajudante de despachante, administrador de fazenda, fiscal de lavoura, lapidário de diamantes, barbeiro e carregador de caminhão e 2 não declarados. Uma pergunta posterior sobre os jornais e livros lidos na última semana permitia, até certo ponto, controlar as respostas à presente questão.

(2) As ocupações dessas 44 doentes, anteriormente à doença, eram: Operárias, 3; Professoras de curso primário, 7; Estudantes, 12 (sendo 9 de cursos secundários e 3 de cursos superiores); Costureiras, 3; Empregadas Domésticas, 2; "Prendas Domésticas", 10; e 1 de cada uma das seguintes ocupações: bordadeira, aprendiz de bordadeira, datilógrafa, técnica de laboratório de análises, escriturária, bancária e telegrafista. Entre as mulheres são comuns os trabalhos de agulha, o que em parte explica a diferença entre os grupos masculino e feminino.

(3) Vide Charles H. Cooley, *Human Nature and the Social Order*, edição revista, New York, 1922. A tendência de auto-afirmação parece estar implícita em cada uma das quatro categorias fundamentais de desejos, de W. I. Thomas (vide *The Unadjusted Girl*, Cap. I, "The Wishes").

damentais, também é, muitas vezes, passível de manifestações específicas.

Ao que parece, a chamada "agressividade" dos doentes de Campos do Jordão, por exemplo, não é apenas um reflexo do conflito de interesses entre eles, de um lado, e os médicos, administradores, enfermeiros e demais profissionais, de outro. Em muitos casos, essa agressividade outra coisa não é que uma sutil maneira de satisfazer o desejo de auto-afirmação, contrariado pelas numerosas restrições inerentes aos regimes higieno-dietético e disciplinar.

O regime higieno-dietético fundamental prescrito pelos médicos aos pacientes em tratamento de tuberculose pulmonar caracteriza-se, conforme já foi visto, pela predominância das horas de inércia, com impedimento da própria locomoção, e pela monotonia das ações uniformes, rítmicas, automatizadas pela constante repetição. Os regulamentos, especialmente nos sanatórios, são rigidamente impostos, através de constante vigilância e de sanções disciplinares que vão desde a simples admoestação, nos casos considerados menos graves, até a eliminação sumária do doente, nos casos apontados como de maior gravidade. Acontece, além disso, que os estabelecimentos estão quase sempre superlotados, o que tende a aumentar a assimetria das relações entre os administradores, de um lado, e os doentes, de outro, tornando os primeiros menos tolerantes, e, em muitos casos, avessos até às mais simples e explicáveis reclamações, (1) seguros como estão da aplicabilidade praticamente irrestrita da regra expressa no dito: "Os incomodados que se mudem..."

Embora certas manifestações que surgem nas relações entre doentes, de um lado, e médicos, enfermeiros, administradores de sanatórios e pensões e demais funcionários, de outro, sejam, até certo ponto, inevitáveis, dadas as condições inerentes ao próprio regime higieno-dietético adequado, compreende-se que a imposição do regime à força de autoridade externa, sem a devida reeducação do paciente, possa concorrer para agravar as situações de conflito, suscitando, da parte dos doentes,

(1) De certos sanatórios e pensões de Campos do Jordão, poder-se-ia dizer o que, há pouco tempo, uma revista publicou a respeito de um hospital do Rio de Janeiro: "Os doentes, ali, entram com sarampo e, de lá, saem com difteria, entram com difteria e saem com sarampo, com alastrim, etc., havendo ainda muito contágio interno". ("Mortalidade e Crise de Hospitais", *O Observador Econômico e Financeiro*, Ano IX, n.º 105, Rio de Janeiro, Outubro de 1944, p. 102). Acrescente-se a isso a insuficiência do regime alimentar quase sempre em desacordo com as atuais noções de dietética; as deficiências da enfermagem, os preços nem sempre acessíveis, a natureza predominantemente comercial de certas casas, etc.

tes, certa tendência à agressividade que, em muitos casos, não é senão um meio sutil de dar expansão à inibida tendência de auto-afirmação. Qualquer pessoa que tenha visitado demoradamente certos sanatórios e pensões em Campos do Jordão, há de ter notado como a "atmosfera" está quase sempre "carregada" de manifestações de agressividade, especialmente contra os administradores, mas também, em certos casos, contra os próprios médicos. Naturalmente, a tisiophobia e a consequente prevenção de certos funcionários, em relação aos doentes, concorrem, também, para aumentar a recíproca animosidade. Eis, por exemplo, um trecho bastante expressivo duma conversa em que certo administrador (antigo motorista de caminhão) expôs o plano de regime sanatorial que idealizou, inspirado pela sua tisiophobia e pela prevenção que mantinha em relação aos doentes (1):

Essa doença (a tuberculose) dá uma certa perversidade ao indivíduo. Se o indivíduo sabe que o médico de seu sanatório é são; que o administrador de seu sanatório é são; que a senhora do administrador é são; que o filho do administrador é são; que o enfermeiro de seu sanatório é são; ele faz todo o possível para contaminá-los. Quantas vezes eu e minha senhora andamos por aí, com uma lata de formol, a desinfetar o próprio jardim, porque, não obstante os avisos que fazemos, os doentes escarram por toda a parte, sem o menor cuidado! Uma vez, chamámos um jardineiro para aparar as plantas e, quando ele foi aparar um pé de "buxinho", chamou-me para vê-lo: estava coberto de escarro como se fosse neve! Por que isso? Para mim só há uma explicação: é a perversidade, a vontade de contagiar todo o mundo, para que todo o mundo seja doente como eles!

Para mim, o regime sanatorial tinha de ser o seguinte: a pessoa que sofre desta moléstia deveria ser isolada de tudo e por tudo; tinha de ser celado (?) numa cela (?) como um cavalo de corrida. O sanatório deveria ser construído do seguinte modo: cada quarto teria, no fundo, as necessárias instalações sanitárias; mais no fundo haveria um corredor que levaria ao consultório médico. Quando chegasse, o doente entraria diretamente no consultório e, depois de examinado, passaria por esse corredor e iria para sua cela, onde ficaria completamente isolado. Na frente das celas haveria outro corredor que conduziria ao refeitório. Na hora da refeição, cada doente passaria por esse corredor, dirigindo-se para o refeitório; no corredor, duas ou três freiras estariam de vigilância, para evitar

(1) Confirmado posteriormente, em entrevista formal.

que eles se comunicassem, a fim de não haver qualquer "diz-que-diz-que"...

Não se deve — nem o médico, nem o administrador, nem o enfermeiro — dar muita confiança ao doente. Com eles (os doentes) é preciso fazer como manda um provérbio de minha terra: "dar uma pancada no cravo e duas na ferradura". Porque a pancada que se dá no cravo não dói e a que se dá na ferradura, dizem que produz uma dor horrível...

Assim, nem sempre a chamada "agressividade" dos doentes pode ser encarada como manifestação unilateral. Torna-se, pois, necessário levar em consideração as atitudes recíprocas dos doentes e das demais pessoas com as quais eles estão em relações.

A tendência de auto-afirmação é tão espontânea, tão imperiosa e insistente que, em certos casos, o próprio excesso de zelo de parentes e amigos pode contrariá-lo, como o revela o seguinte trecho, escrito por uma doente de Campos do Jordão, ex-costureira de uma fábrica de camisas, em São Paulo:

Uma pessoa moderada tanto pode viver aqui como em qualquer outro lugar. Aqui eu me sinto bem apesar de não gostar da cidade; sinto que sou igual a todos, que sou útil. Lá em baixo (em São Paulo) as coisas são diferentes pois tudo nos parece ofender (haverá coisa pior que notar que uma pessoa tem medo de nós e procura com um sorriso esconder?) Tudo que quero tenho e por isso sou cheia de caprichos. Sinto-me como se fora uma rainha cheia de escravos mas tudo isso me enfastia porque me sinto diminuída e incapaz de lutar... lutar? Para que se tudo que eu quero tenho? Não me dão o gosto de desejar uma coisa bastante tempo para depois saborear melhor a vitória... (Grijos do pesquisador).

Na maior parte dos estabelecimentos sanatoriais que o autor conhece, espera-se que os doentes se acomodem passivamente ao regime higieno-dietético e ao regulamento disciplinar, sem que se lhes proporcione ao menos a ilusão de que estão agindo por auto-determinação. Aos doentes gratuitos, então, pelo próprio fato de serem gratuitos, não se lhes reconhece o mínimo direito de reclamação; nem mesmo se tenta escusá-los a respeito das dificuldades administrativas e financeiras dos estabelecimentos, a fim de pô-los a par da inevitabilidade de certas lacunas e, assim, obter sua cooperação espontânea e consciente. Além disso, nas admoestações que lhes fazem, certos funcionários

porfiam em lembrar-lhes a condição de gratuitos, como se tal condição implicasse necessariamente em irrestrita submissão.

h) Tipos acomodativos

No presente estágio das pesquisas, seria difícil, se não mesmo impossível, dizer-se que tipo ou tipos de personalidade, ou que antecedentes de vida da fase anterior à descoberta da enfermidade, concorreriam para a aceitação, com o mínimo de relutância, por parte do doente, das novas condições e perspectivas de vida. É um problema a exigir novas pesquisas. Com base nas observações feitas, e nos dados colhidos, é possível, porém, formular algumas hipóteses:

1. Em igualdade de condições, parece que os doentes que menos relutam em aceitar as novas condições e perspectivas de vida, são aqueles aos quais a doença impõe o mínimo de alterações em atividades e hábitos favoritos anteriores; em outras palavras, aqueles para quem a fase de tratamento não deixa de apresentar um interesse intrínseco, não se tornando, como para a maioria, apenas um período de transição, um período morto da existência; enfim, parece não ser mera coincidência o fato de que os doentes mais acomodados de todos os que o autor observou, pareceram ser: a) um médico, estudioso apaixonado de biologia, a quem os recursos econômicos, a forma e o estado da doença permitiram montar casa em Campos do Jordão, transportar para aí um microscópio e outros instrumentos de pesquisa, bem como livros técnicos, e, assim, a continuar a dedicar-se às pesquisas (em drosófilas e outros insetos), aos estudos e a outras atividades que anteriormente apreciava (1); e b) uma jovem funcionária pública, ex-estudante de curso superior, tradutora de obras literárias e apreciadora entusiasta de arte — literatura, música, pintura e escultura — cujos recursos econômicos, forma e estado da enfermidade também permitiam que prosseguisse em tais atividades, sem alteração muito sensível (2).

2. Nos casos em que a descoberta da enfermidade é precedida por tisiófilia motivada por outros casos precedentes na família, pa-

(1) Vide no Apêndice, o questionário desse doente: "Masculinos, Pensões e Casas Particulares, Caso 3".

(2) Vide, no Apêndice, o questionário dessa doente: "Femininos, Pensões e Casas Particulares, Caso 7".

rece, segundo descreveram vários doentes, em suas "histórias-de-vida", que a declaração da doença, ao contrário de produzir a crise costumeira, dá ao paciente uma impressão de alívio, como o mostra, por exemplo, a seguinte "história", de um dentista que se encontrava em tratamento em Campos do Jordão:

Eu tinha três anos, quando minha mãe morreu, de tuberculose; e quando tinha nove, meu pai também morreu, da mesma doença. Fui, então, entregue aos cuidados de parentes, que me educaram com absoluta falta de tacto, a este respeito. Era só eu ter qualquer doença, qualquer dorzinha, e logo me diziam: — "É preciso ter cuidado com este menino! Os pais dele morreram tuberculosos..." Se eu não queria fazer uma refeição, era a mesma coisa. Advertiam-me: — "Você precisa comer, menino! Lembre-se de que seus pais morreram tuberculosos!". Assim, fui crescendo com pavor da doença e com um tremendo complexo de inferioridade. Ainda menino, eu passava noites sem sono, pensando na doença. Pouco a pouco, fui ficando com a convicção de que, mais cedo ou mais tarde, fatalmente, teria de ficar tuberculoso. O mais interessante é que sempre tive a impressão de que ficaria doente do pulmão esquerdo. Não podia deitar-me sobre o lado esquerdo, pois sentia umas sensações esquisitas... Evitava consultar médicos, porque tinha horror em ouvir perguntas sobre a "causa mortis" de meus pais. Não tinha coragem para confessar a verdade: mentia, sempre que possível, a este respeito. Sendo eu já homem feito, casado e com dois filhos, certa ocasião, em São Paulo, comecei a me sentir esgotado, com dores no fígado, e o peito cansado. Pensava em procurar um médico, mas receiava as clássicas perguntas sobre a morte de meus pais. Um dia, porém, ganhei algum dinheiro no jogo e, passando por certa rua, vi a placa de um conhecido especialista em moléstias dos pulmões. Criei coragem, entrei, e adquiri um cartão. Lá dentro, senti-me esfriar novamente. Pensei em pedir à enfermeira que me devolvesse o dinheiro, e ir-me embora. Cheguei a falar-lhe, e ela me respondeu que logo seria a minha vez. Então, resolvi ficar. Logo que entrei, o médico percebeu meu nervosismo, e procurou ganhar minha confiança, conversando e soltando piadas. Eu era casado e tinha dois filhos. Menti-lhe que era só no mundo e morava numa pensão e que, portanto, não adiantava ele iludir-me, pois não havia outra pessoa a quem pudesse dizer a verdade. Eu tinha receio de que ele verificasse que eu estava doente, me enganasse e, depois, avisasse minha família. Mas ele me examinou cuidadosamente e disse que eu não tinha nada, que apenas estava nervoso; e me receitou umas injeções para os nervos. Fiquei mais calmo, por algum tempo; porém, mais tarde, a cisma voltou de novo. Fiz, então, novo exame, e constatei que

estava doente, e era justamente do pulmão esquerdo. Vim, então, imediatamente para Campos do Jordão, e internei-me num sanatório. Devo dizer que, quando o médico declarou que eu estava doente, senti-me calmo, à vontade, pois senti que meu destino estava sendo cumprido. Por outro lado, o quadro que eu imaginava, de um sanatório e de uma estação de cura, era terrível. O que eu vi, e o que tenho visto, está muito aquém do que eu imaginara. Tudo isso concorreu para que eu perdesse aquele complexo de inferioridade.

3. Parece que a crise subsequente à descoberta da moléstia se atenua, quando esta oferece, ao doente, uma fuga, isto é, um pretexto para livrar-se justificadamente de compromissos anteriores, que o vinham preocupando, e dos quais desejava eximir-se (1).

Evidentemente, em qualquer das três hipóteses citadas, as subseqüentes peripécias da moléstia e da vida em geral (prolongamento da doença, agravamento do estado geral e pulmonar, transtornos econômicos, desavenças com a família, etc.), podem levar o doente à desacomodação. Em condições favoráveis, os casos que se enquadram na primeira das três hipóteses tendem a ser os mais consistentes, enquanto que as duas situações a que se referem as outras duas hipóteses, especialmente a última, tendem a ser passageiras. Em muitos casos de tuberculose precedida por tisiofobia, o alívio que se segue à descoberta da moléstia constitui apenas um adiamento da crise costumeira.

(1) Vide, no Apêndice, a parte final do questionário do já referido médico, onde este descreve a satisfação que teve em poder desfazer-se dos compromissos de lecionar História Natural a alunos que se preparavam para o curso de engenharia, e escrever um livro didático dentro de um prazo excessivamente curto, graças ao pretexto que a moléstia lhe dava de se eximir justificadamente desses encargos.

5. RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS E DOENTES

Ao chegar a Campos do Jordão, todo o doente entra logo em relações especiais com *um* determinado médico. Este lhe pode ser atribuído por mero acaso quando, por exemplo, o paciente escolhe um sanatório pelo critério dos preços ou da fama do próprio estabelecimento e, assim, é posto sob os cuidados de seu corpo clínico; ou pode ser deliberadamente escolhido pelo próprio doente, sob a orientação de um médico de fóra, ou por informações obtidas em fontes diversas. Neste caso, o paciente geralmente se fixa numa pensão ou casa particular, e procura, em seu consultório, o médico sob cujos cuidados deseja permanecer; ou, então, entra deliberadamente num sanatório de cujo corpo clínico ele faça parte. Mesmo quando procura um sanatório apenas pelo critério dos preços ou de sua fama, e ainda que haja, no estabelecimento, dois ou mais médicos, em vista da divisão de trabalho entre estes, o doente sempre entra em relações especiais com *um* deles.

As relações que se estabelecem entre o doente e o médico, naturalmente, são assimétricas, esperando-se sempre uma deferência especial do primeiro em relação ao segundo. Além de enunciar o nome do médico sempre precedido do título "Doutor", o doente, mesmo sendo mais velho, ao se dirigir a ele, emprega expressões que simbolizam respeito como, por exemplo, a expressão de cortezia "senhor". Esta distância social pode ser abolida ou atenuada em casos especiais, por iniciativa do próprio médico, em consideração a antecedentes educacionais e outros, do paciente, o que geralmente se dá, por exemplo, quando este também é médico ou estudante de medicina.

As relações entre o médico e o cliente envolvem tanto atração como separação, tanto *conjunção* como *disjunção* social (1). Por um lado, os serviços profissionais do médico representam uma necessida-

(1) Para maior esclarecimento desses conceitos, vide A. R. Radcliffe-Brown, "On Joking relationships," *Africa*, Vol. XIII, N.º 3 (Julho, 1940), págs. 195-210, Londres, Oxford University Press.

de para o doente, que nêles deposita suas esperanças de cura ou melhora; por outro lado, precisar dos cuidados do médico significa estar em to antes possível; além disso, os serviços médicos geralmente implicam em despesas forçadas para o doente; considere-se, também, que muitos pacientes já tiveram anteriormente, experiências mais ou menos frustradas, com êstes profissionais; acresce, ainda, que, uma vez posto sob os cuidados de um determinado médico, espera-se que o paciente a êle se subordine, acatando suas ordens e prescrições: é êle quem determina o regime a seguir, quem permite ou proibe, ao doente, um passeio, uma viagem, uma visita.

O médico é, pois, uma pessoa privilegiada, a quem, por um lado, o doente tende a venerar, pelo poder que lhe atribui, de contrôlê sobre as forças naturais que produzem a doença e podem fazê-la regredir ou estacionar; e em relação à qual, por outro lado, o doente mantém uma inconsciente e reprimida atitude de oposição, por estar a ela subordinado, contra a própria vontade, obrigado a lhe prestar respeito e obediência especiais.

O aprêço do doente ao médico, além de se manifestar através de sua atitude respeitosa em face dêste, também encontra expressão na consagração que cada qual tende a fazer a seu próprio médico, proclamando-o como *um* dos maiores, se não o maior expoente de sua especialidade. Os pequenos jornais internos dos estabelecimentos sanatoriais sempre publicam verdadeiros panegíricos em prosa e verso, de doentes aos seus médicos. Eis, por exemplo, o "perfil" de um médico de Campos do Jordão, traçado por um de seus clientes, e publicado num jornalzinho interno:

"PERFILANDO

"Democrata a toda a prova
Prova ser "macho" de fato.
Alegre, sempre reprova
O que julga desacato.

"Amigo do Figurinha
Tambem de todos, amigo;
Mas do Ruy, a conversinha,
Para êle é um castigo.

"Faz medicina com fé
Ganhando o seu pão honrado

Encontra bacilo até
Mesmo estando camuflado.

"Do Palestra torcedor
Por atavismo, pois sim!
Cura a T. P. com amor,
Com amor lê o...."

Frequentemente, por ocasião de festas comemorativas, um ou mais enfermos fazem discursos ou declamam versos em homenagem aos facultativos. Além disso, é difícil haver um médico, em Campos do Jordão, que não se possa orgulhar de frequentemente receber cartas amistosas e altamente elogiosas, de seus clientes. Quando o sanatório possui um grêmio, muitas vezes um dos médicos é eleito seu presidente honorário; seu nome é dado a bibliotecas, salas e pavilhões. Enfim, os enfermos procuram exprimir, por todos os meios ao seu alcance, seu alto aprêço pelos médicos.

O sentimento de simpatia e aprêço quase sempre sobrepuja a atitude de antagonismo e hostilidade. Raramente se manifesta um conflito aberto entre o cliente e o médico; e os raros casos em que se desencadeia franca hostilidade entre ambos, dão-se, mais comumente, entre doentes gratuitos, cuja subordinação ao médico é menos passível de livre escolha ou auto-deliberação. O que geralmente se nota, é uma pretensa e reprimida hostilidade, acompanhada de uma amizade real e conscientemente manifestada.

O ressentimento resultante de experiências anteriores, mais ou menos frustradas, em relação aos serviços médicos, favorece, ao menos em parte, a hostilidade, quase sempre latente, dos enfermos para com êstes profissionais. Num entrevista simultânea com o autor, alguns internados masculinos de um sanatório de Campos do Jordão espontaneamente comentaram o assunto, nos seguintes termos:

A — Em minha opinião os médicos são os maiores culpados dos casos de tuberculose. Retêm os doentes, lá em baixo, enquanto eles têm recursos econômicos e estado pulmonar satisfatório, sendo essa tarefa muito facilitada pela inexperiência e pavor do paciente em relação à tuberculose. Quando o indivíduo chega a um estado tal que não há mais jeito, eles o mandam subir. Os piores casos que aqui chegam são os de indivíduos que ficaram dois ou três anos em tratamento, lá fóra. Naturalmente, há médicos conscienciosos, que aconselham os doentes a procurarem imediatamente um sanatório

Se o médico, ao constatar a doença, seja em que localidade for, seja em que fase for, lhe recomendasse um sanatório imediatamente, a percentagem de curas seria acrescida de 75%. Fora do sanatório, a cura é muito difícil, pois a tuberculose geralmente ataca a moço, além da função clínica, devia ter outra, mais elevada, que é a de orientar o doente, cujo tratamento é longo e exige recursos, aposentadoria e pensões, aconselhando-o, ao mesmo tempo, a não se aposentar, pois que sua aposentadoria não dará resultado. Quando ocupação principal do administrador desse jornal foi de que eu pedisse demissão sem procurar saber se eu precisava ou não de amparo. Ofereceram-me dois meses de ordenado. O médico me aceitei o oferecimento, e pedi demissão...

B — Os médicos contribuem para o progresso da tuberculose. Eu fiquei três meses no Rio, com os médicos me enganando... O médico não disse que eu estava tuberculoso, de modo que eu fazia esporte, dançava, tomava sol na praia, andava a cavalo. Hoje, com a experiência adquirida no sanatório, eu teria evitado isso, e teria sarado em menos tempo... A tuberculose, atualmente, no Brasil, constitui um comércio muito forte. Os médicos, quando estão aqui em cima são favoráveis à cura de sanatório; quando descem, eles mudam completamente de opinião.

Críticas semelhantes, tanto em relação a médicos de fora como da localidade, surgiram em questionários preenchidos quer por internados de sanatórios, quer por doentes de ambos os sexos, residentes em pensões e casas particulares, em Campos do Jordão.

Assim, por um lado, o médico é alvo de confiança e veneração e, por outro, de desconfiança e hostilidade. Mesmo quando não alimentam desconfiança quanto à capacidade e honestidade de seu médico, ainda assim, muitas vezes os doentes suspeitam de que ele os esteja iludindo, com fins humanitários, a respeito de seu próprio "caso"... Além disso, convém lembrar que o paradoxo do "médico-doente", apresentado, por exemplo, por Thomas Mann, em *A Montanha Mágica*, (1) não constitui apenas uma ficção literária. O médico que se propõe a curar a seus clientes da moléstia de que ele próprio padece, e que lhes

(1) Traduzido do alemão por Otto Silveira, 2a. edição (Rio de Janeiro: Editora Pan Americana S. A., 1943).

prescreve um regime a que ele próprio não se submete, devido às imposições do trabalho, é uma autocontradição viva, sobre a qual poucos doentes terão deixado de refletir...

Outro fato que patenteia a ambivalência afetiva dos doentes para com os médicos, está na observação várias vezes efetuada em Campos do Jordão e São José dos Campos, de que, quando clientes do mesmo médico discutem, não raro o criticam, e, às vezes, até mesmo com rudeza; ao passo que, quando a discussão se trava entre clientes de dois ou mais médicos, ao menos quando se trata de médicos espontaneamente escolhidos por eles, em geral, cada doente defende e proclama as boas qualidades de seu próprio médico, ao mesmo tempo em que não titubeia em repetir tudo que haja ouvido em desabono à reputação dos rivais de seu favorito.

Evidentemente, da personalidade de cada médico depende, em grande parte, a possibilidade de prevalecer um ou outro dos impulsos envolvidos na atitude ambivalente de seus clientes.

Uma das maneiras de evitar a eclosão da hostilidade, em relações como as mencionadas, que envolvem, ao mesmo tempo, uma conjunção e uma disjunção social, consiste em manter, entre ambas as partes, um extremo respeito mútuo, com limitação do contacto pessoal direto. Em geral, em vista da própria estrutura da situação social em que se vêm envolvidos o médico e o cliente, na qual a relação é assimétrica, com subordinação do segundo ao primeiro, é este geralmente o recurso que, espontânea e inconscientemente, se põe em prática. O contacto entre o cliente e o médico se limita quase exclusivamente às situações em que se efetuam os serviços profissionais do último: às visitas do cliente ao médico, em seu consultório, e as do médico ao cliente, em seus aposentos, nas horas regulamentares ou nas ocasiões em que se faz mistér uma assistência médica especial. Assim, a distância social se mantém, ficando resguardado o respeito mútuo e, especialmente, o que é devido pelo doente ao médico. No entanto, mantendo-se o médico assim à distância em relação aos doentes, mesmo que daí não decorra qualquer prejuízo às suas atividades estritamente técnicas, há, contudo, o perigo de que ele venha a gozar de pouca popularidade ou "simpatia" entre os enfêrmos, ainda que fique assegurada a admiração destes por sua competência profissional. E' significativo, a este respeito, que, segundo foi observado, os médicos que gozavam de maior popularidade ou "simpatia", entre seus clientes

em Campos do Jordão, eram justamente aqueles a cujos elogios estes acrescentavam o que exprimiam na frase: — "Ele é igual". Queriam dizer, com isto, que o médico não os fazia sentir, tanto quanto seria de esperar, a distância que deles o separava, permitindo-lhes maior intimidade.

Como era possível promover esta intimidade, esta aproximação pessoal, sem despertar a atitude de hostilidade, cuja repressão é, segundo do A. R. Radcliffe-Brown, uma das funções sociais do respeito, da deferência, que mantém a distância social? Em todos os casos que o autor pôde observar, pareceu-lhe que a conciliação se dava, sempre que se estabeleciam *relações jocosas* entre os doentes e o médico.

De acôrdo com o Professor Radcliffe-Brown, "relação jocosa é a que se estabelece entre duas pessoas, sendo a uma delas permitido, pelo costume, e em alguns casos exigido, que caçoe ou brinque à custa da outra, de quem, por sua vez, se exige que não se ofenda". (1)

A relação jocosa decorre de uma situação em que existe, ao mesmo tempo, uma conjunção e uma disjunção social entre as partes em jogo. Sua função é evitar o conflito ou hostilidade resultante da divergência de interesses, sem recorrer ao extremo respeito, à evitação parcial ou completa, enfim, ao distanciamento social entre as pessoas envolvidas. Através dela, a atitude de hostilidade se manifesta, sem determinar um impasse nas relações entre as respectivas partes.

Embora em seu artigo, "On Joking Relationship", trate apenas das relações jocosas formalizadas ou padronizadas, o professor Radcliffe-Brown sugere que tais relações implicam sempre num "compôsto de amizade e antagonismo" (*a compound of friendliness and antagonism*).

Parece significativo, em confirmação à teoria do Professor Radcliffe-Brown, que nos casos observados em Campos do Jordão, de relações jocosas entre médicos e clientes, em geral, os principais intermediários das manifestações eram justamente os doentes que gozavam de maior prestígio junto aos médicos, graças às mesmas qualidades pessoais que, por outro lado, lhes haviam valido posições de liderança entre os companheiros como, por exemplo, as de diretores dos grêmios sanatoriais, dos jornais internos, etc.

(1) "What is meant by the term "joking relationship" is a relation between two persons in which one is by custom permitted, and in some instances required, to tease or make fun of the other, who in turn is required to take no offense." A. R. Radcliffe-Brown, artigo citado, p. 195.

Através de artigos apresentados aos concursos literários promovidos pelos grêmios, através das páginas humorísticas dos pequenos jornais internos, e das peças teatrais escritas e representadas pelos doentes, os médicos recebem críticas, insinuações e sugestões que, em outro contexto social, determinariam um impasse nas relações entre eles e os clientes.

O seguinte artigo, apresentado por um doente, em um concurso promovido pelo grêmio de seu sanatório, constitui um exemplo interessante dos fatos aqui referidos:

"MINHA VIDA DE PECTÁRIO
(Excerto das minhas memórias)

Ao Dr. X., esse médico democrático que rouba rodela de tomate do nosso prato de salada.

Só sabe quem viveu.

A experiência que acumulei nos meus longos anos de tuberculose me autorizam a apresentar este esboço das minhas memórias no concurso instituído aqui no Sanatório pelo meu médico n.º 6. (Que Deus lhe dê mais sorte que aos outros cinco!).

Uma boa purga também é um prêmio.

Quero que saibam os senhores examinadores dos trabalhos que não faço questão de prêmios nem de menções honrosas. Como recompensa, bastam-me os benefícios da catarsis que esta minha narração desataviada seguramente me vai proporcionar. O intestino mental da gente também precisa de vez em quando do purgante que em boa hora os padres inventaram e que Freud adotou na sua técnica de curar malucos e solteironas obcecadas. E quanto às vantagens psicanalíticas de uma confissão escrita, acho que um desafo bem feito no papel é quasi tão bom quanto os inquiritos anamnesticos que a saca-rolha o Doutor X. nos arranca, quando pelo peso dos nossos pecados lhe caímos nas unhas.

Nada como a lingua destrambelada.

Mas para que a droga freudiana faça efeito, é necessário que eu me liberte por uns momentos das convenções que limitam a expressão literária e, embora usando por vezes de uma linguagem menos acadêmica, possa dar livremente o nome exato aos meus bois, e às minhas vacas também, se por acaso as encontrar neste meu exame nas prateleiras empoeiradas em que no meu inconsciente se guardam as experiências da minha vida de pectário.

Os doutores não creem em nada.

Se os senhores médicos acreditassem em nutrição, eu tentaria convencê-los de que a minha doença começou no dia em que, em vez do generoso leite humano, sugado em seio materno, eu comeci a chupar, em mamadeiras suspeitas, leite-de-vaca suspeito, feito para bezerrros.

Na era da espinhela caída.

E como não fui consultado sobre a época em que desejava vir sobre dietética infantil ainda eram muito vagos nos lugares adiantados, e completamente nulos em nosso país, de maneira que mesmo a alimentação artificial que eu tive foi, com toda a certeza, bastante imperfeita, pelo menos qualitativamente.

De mal a pior

A tragédia da má-nutrição da minha primeira infância se agravou na idade pré-escolar, em que se fixam os costumes alimentares. Uma exagerada e mal-compreendida solicitude familiar pela minha frágil constituição orgânica permitiram que eu me pervertesse psiquicamente no meu regime alimentar, criando preferências e idiossincrasias nocivas a uma nutrição racional e completa.

Maldito hidrato-de-carbono!

No período escolar não tive mais sorte: as refeições tomadas às pressas e as intoxicações inaparentes causadas pelo abuso de doces e outros comestíveis duvidosos oferecidos aos escolares daquela época pelos enxames de vendedores ambulantes, — tudo concorreu para agravar ainda mais a situação. Até onde me ajuda a memória, posso apontar facilmente, à luz da nutrologia moderna, as carências e excessos principais do meu regime de então: carências de protídios, minerais e vitaminas; excesso de hidratos-de-carbono.

Quem paga o que deve não faz mais que a obrigação.

Não é para admirar, pois, que tenha atingido a puberdade em evidente estado de desnutrição, nem que, ao atingir a idade adulta, me tenha visto em palpos de aranha para saldar a letra de cobrança que a natureza então me apresentou para resgate das minhas inconscientes transgressões às suas leis.

Enfim, nos braços dela!

Numa tarde opressiva do verão santista, uma amigdalectomia desastrosa abriu-me as portas do paraíso da tuberculose pulmonar.

Uma forte hemorragia, fruto duma nova técnica operatória pela primeira vez experimentada em mim, levou-me ao hospital, e dêle ao gabinete de Raios X, e dêste ás culminâncias curadoras de Campos do Jordão. Não é, pois, à toa que eu costume responder, quando me interrogam:—

— “Já lhe fizeram a cobáia?”

— “Sim, já me fizeram de cobáia.”

Falo de cadeira.

Falo porque sei. A primeira reação de todo tuberculoso que se descobre como tal é uma vontade louca de xingar. Xingar a vida, a falta-dê-sorte, o diabo, enfim. Eu xinguei o médico. (Na sua ausência, é claro). Quando minha tia, visivelmente conturbada, trouxe-me uma caixa de injeções em cujo rótulo li a indicação para “enfraquecimento geral e especialmente no caso de afecção tuberculosa”, tive a intuição da verdade, e dando um safanão na caixa, vociferei:

— “Tuberculosa é a vó dêle!”

Não citei parentela mais próxima porque na sala se achavam duas tias teosóficas e quatro primos congregados marianos.

Isto é um resumo.

Este trabalho é apenas um resumo da parte inicial das memórias que talvez venha a escrever um dia. Tenho acumulado um enorme acervo de experiências de toda a sorte neste terreno: primeiras impressões da nova vida, o ambiente psíquico-social da pulmotuberculose, aventuras de sanatório e fóra dele, lutas, vitórias e derrotas, marchas e contra-marchas, a volta à vida normal, o destino nos levando a grandes alturas, para que depois maior seja a nossa queda... Que leve o diabo!

O nosso moto.

Esse devia ser o moto dos tuberculosos: “Que leve o diabo!” Se um dia escrever o tal livro, não me esquecerei de recomendar isso. Mas o mais certo é que não escreva livro algum. Para que se escreva um livro é preciso que haja uma grande vontade. E até essas coisas a tuberculose rouba da gente. Não. No meu espírito não há vontade alguma de escrever um livro. E onde não há, el-rei perde.

Para concluir.

Para concluir direi que tudo tem seu lado bom neste mundo louco de coisas relativas. O simples fato de vir a conhecer a ma-

ravilha destas montanhas já é uma forte compensação à desdita de todos nós, pectários. O ar aqui é mais puro, há mais passarinhos cantando, as estrelas brilham mais... Ainda nos resta a ventura de nestas alvoradas de sol chegar à janela e, estendendo os braços, declamar, num êxtase perfeito:

— “Oh! as manhãs indecorosas de Campos do Jordão!”

BUGRINHO*

Nos pequenos jornais internos que foi possível observar em vários estabelecimentos, havia anedotas, artigos e versos humorísticos em que se aplicavam sanções satíricas aos médicos e enfermeiros. Um deles, por exemplo, trazia uma “charge” em três quadros. Um apresentava um indivíduo gordo, corado, de aparência robusta, e, em baixo, a legenda: “Quando entrei no sanatório, eu era assim”... O segundo quadro apresentava o mesmo indivíduo, magro, pálido de faces encovadas, e a legenda: “Depois cheguei a ficar assim...” Finalmente, o terceiro quadro mostrava o mesmo indivíduo estendido num caixão mortuário, e a legenda: “...e acabei ficando assim...”

Em outro estabelecimento, ao se comemorar o segundo aniversário de gestão do diretor clínico, os doentes lhe prestaram uma homenagem singular e bastante significativa para este estudo: O médico se prontificou a assumir, durante a comemoração, o papel de réu; um doente desempenhou o papel de juiz, outro o de promotor público e, um terceiro, o de advogado de defesa. Durante a sessão, foi lido o seguinte libelo:

POR LIBELO CRIME ACUSATÓRIO A JUSTIÇA PÚBLICA CONTRA O REU

DR. (nome do médico)

PROVARÁ QUE — desde que exerce o réu a função de Diretor Clínico do Sanatório..... de Campos do Jordão, vem impedindo a livre locomoção de vários internados, privando-os desse direito de liberdade garantido aos cidadãos pela Constituição do País, conforme consta das páginas 301 a 330 dos autos; e por isso, está incurso no parágrafo 1.º do artigo 148 do Código Penal;

PROVARÁ QUE — o mesmo acusado é autor intelectual de lesões corporais de natureza grave, em pessoas de internados que se acham sob seus cuidados médicos, constatado que foi e está

em perícias procedidas pela Justiça, inquirições de testemunhas e demais peças do processo que constam dos autos, e que o tornam incurso no artigo 129, parágrafos n.º 1 e 3, do Código Penal; e por isto pede a condenação do acusado, de acôrdo com o parágrafo 1.º do artigo 148 combinado com o artigo 129, parágrafo 3.º do Código Penal Brasileiro.

Em seguida, o “promotor” leu uma longa e veemente acusação ao “réu”. Finalmente, subiu à tribuna o “advogado de defesa”, e não apenas defendeu o seu constituinte, mas ainda lhe teceu o mais patético panegírico, levando o “juiz” a declarar a sua absolvição.

Em outro estabelecimento, os doentes representaram uma comédia em que apareciam cenas como as seguintes: ao examinar um cliente, o médico manda-o tossir sucessivamente, além de lhe dar fortes pancadas no peito e na costa; ao se retirar, o cliente está abatido e exausto pelo esforço empreendido durante a consulta. Em outra cena, o médico munido de um balde e de um enorme cano de borracha de irrigar jardim, procura “fazer tubagem” no cliente; em outra, se dispõe a operá-lo, munido de serrote, machadinha, torqueses, etc.

Teve o autor, também, oportunidade de examinar uma peça teatral, escrita por um doente. Principalmente no ato, “Vida de Doutor”, este revelava, ao mesmo tempo, enternecimento e hostilidade em relação aos médicos.

A quase completa ausência de alusões aos administradores de sanatórios, nos referidos artigos, anedotas e peças teatrais, é bastante significativa, especialmente tendo-se em mente a franca hostilidade dos doentes em relação a estes funcionários, em contraste com o que se dá com referência aos médicos. Os administradores, sendo quase sempre leigos e sem preparo especializado (1), gozam de muito pouco prestígio junto aos doentes, em relação aos quais exercem sua autoridade quase exclusivamente à custa de sanções disciplinares. Por isso mesmo, em relação a eles, os impulsos de hostilidade dos enfermos, quase sempre, predominam sobre os de amizade e cooperação. O respeito que procuram impôr pouco consegue resguardá-los contra tais impulsos hostis, uma vez que os doentes relutam em reconhecer a distância social que, em relação a eles, tais funcionários pretendem manter.

(1) O autor já viu um sanatório administrado por um ex-motorista e outro por um ex-barbeiro.

Entre os doentes, de um lado, e os administradores de sanatórios, proprietários de pensões e, até certo ponto, os enfermeiros, de outro, a oposição quase sempre se manifesta abertamente, e os conflitos, embora intermitentes, se sucedem com frequência.

6. CONCLUSÕES

As observações e os inquéritos em que se baseou o presente estudo conduzem às seguintes conclusões:

I. Existe em São Paulo uma consciência cada vez mais difundida e cada vez mais intensa do problema social constituído pela tuberculose.

II. A concepção da tuberculose como um "flagelo social" torna cada vez mais intensa a consciência do estigma por parte do doente.

III. O descobrimento da doença pode ser visto como uma súbita mudança de "status" pelo doente.

IV. Há um lapso entre a declaração da doença e a aceitação da nova concepção de si mesmo por parte do doente.

V. O sigilo é um dos recursos adotados pelos enfermos a fim de se manterem no "status" anterior à declaração da doença.

VI. O sigilo acarreta um desconforto mental que se traduz em retraimento com referência a antigas relações primárias e na evitação de novas relações deste tipo.

VII. O desconforto produzido pelo sigilo, bem como o desejo de um tratamento mais drástico, assim como o de evitar a disseminação da própria enfermidade, mais a pressão das expectativas das pessoas com as quais convivem, fazem com que, mesmo na ausência de medidas compulsórias de isolamento, muitos doentes afluam, espontaneamente, para as estações de cura e para os estabelecimentos especializados.

VIII. A prolongada interação entre doentes e profissionais a eles ligados tende a dar continuidade e consistência ao grupo, daí emergindo uma organização espontânea e um acervo de modos peculiares de pensar, sentir e agir.

IX. A interação que há mais de três décadas se estabeleceu entre os doentes de Campos do Jordão levou, assim, à formação de um

sistema de idéias, sentimentos e padrões de comportamento, cujo conjunto os próprios doentes e médicos vieram a perceber, designando-o, significativamente, com a expressão "ambiente tuberculoso".

X. Os seguintes indícios do "ambiente tuberculoso" de Camanas conversas mantidas pelos doentes, por seus parentes e agregados e pelos profissionais a eles ligados; a gíria que emergiu da própria experiência do grupo; o espírito de grupo, manifestado nas tendências em dividir o mundo em "tuberculosos" e "não-tuberculosos" e em super-avaliar a própria experiência de "doente" em contraste com a dos "sãos", de "veterano" em contraste com a dos "novatos", de doente de estação de cura ou de sanatório, em contraste com a dos de fóra, e no uso de termos como "colega" e "irmão", com referência a companheiros de enfermidade.

XI. A atitude inicial do doente neófito em relação ao "ambiente tuberculoso" é de oposição e repulsa e é, em grande parte, gerada pelo estereótipo corrente em relação à tuberculose, ao tuberculoso e ao ambiente sanatorial.

XII. A acomodação do doente ao "ambiente tuberculoso" se dá gradualmente, em obediência tanto à tendência humana de "racionalização" como à pressão do próprio grupo, através de suas expectativas e sanções.

XIII. Não se pode falar em manifestações psíquicas específicas do tuberculoso, embora algumas manifestações humanas universais como, por exemplo, a tendência à dramatização, à racionalização, etc., sejam incrementadas pela situação especial de vida que a doença impõe.

XIV. A chamada "agressividade do tuberculoso" — frequente, devido à semelhança da situação da maior parte dos doentes, porém, não unânime — pode ser explicada, em parte, em termos de "frustração-e-agressividade", em vista da insatisfação ou compressão de tendências fundamentais, imposta pelo regime higieno-dietético, pelo sedentarismo obrigatório, etc., e, em parte, em termos de conflitos de interesse entre doentes e outros grupos com os quais os mesmos mantêm contato.

XV. Se entre os próprios doentes surgem conflitos, manifestações de intolerância, antipatia, etc., como em todo o grupo humano, de outro lado também são frequentes as manifestações de solidariedade, simpatia, etc., não havendo, portanto, fundamento para qualquer ge-

neralização deprimente para os doentes como, por exemplo, a de que estes "invejam aos companheiros cujo estado é melhor", "são perversos", etc. . . .

XVI. A observação de que a prolongada interação entre doentes dá ao grupo consistência, criando um acervo de modos de pensar, sentir e agir que o grupo espontaneamente transmite aos novos membros, mostra a importância potencial dos "ambientes coletivos" como meio educacional uma vez que se disponha de elementos satisfatórios para a implantação e disseminação de padrões de comportamento (higiénico, por exemplo) considerados mais desejáveis.